

## 1245 - DISFAGIA ¿ENTIDAD AUSENTE O INFRADIAGNOSTICADA?

**María Delgado Ferrary, Claudio Montañés García, Andrea Fondón Domínguez, Fernando Garrachón Vallo y Ana Agudo Beato**

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

### Resumen

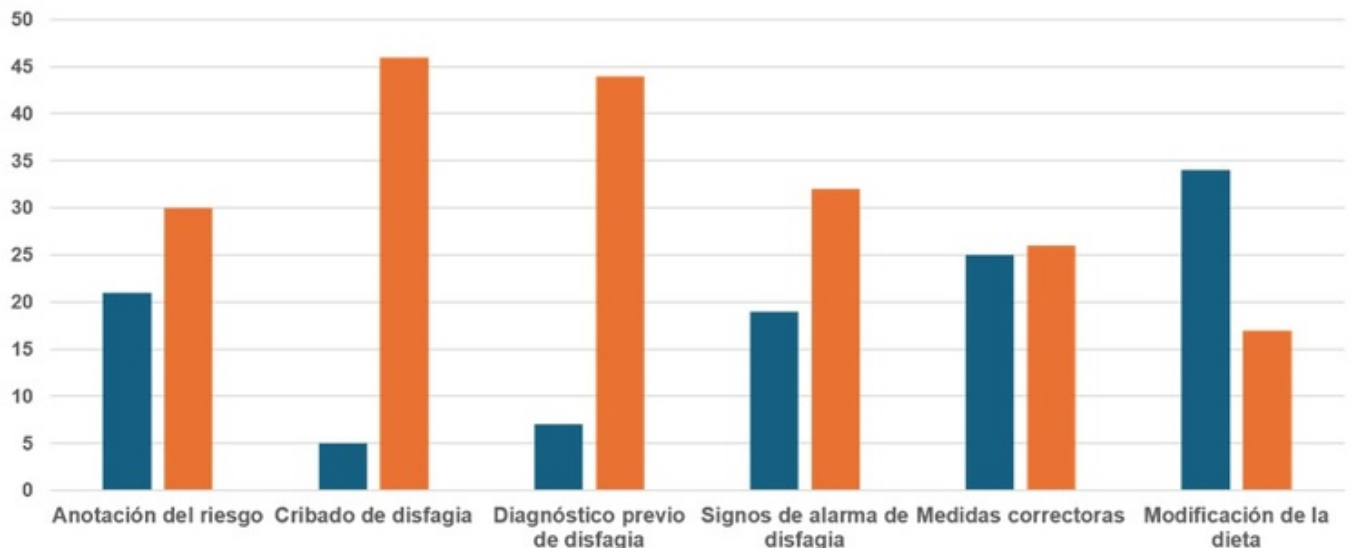
**Objetivos:** Describir la incidencia de disfagia en los pacientes ingresados en Medicina Interna de un hospital de tercer nivel y valorar el registro realizado por los facultativos en su historia clínica, así como las medidas correctoras/terapéuticas adoptadas.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal en el que se han recogido los datos de 97 pacientes ingresados el 14 de mayo de 2024 en el servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel, previo consentimiento informado verbal. Se excluyeron aquellos que aún no habían sido valorados por un/a internista, no dieron su consentimiento o estaban en situación de últimos días. Se les realizó un cribado de disfagia mediante la escala EAT-10 modificada (considerándose la presencia de síntomas de alarma diarios o una puntuación mayor a 3 como positivo), índice de Barthel (considerándose menor a 45 dependencia grave) y se han revisado todas las referencias a disfagia y medidas correctoras recogidas en la historia clínica ("Diraya"). Los datos se han procesado mediante el programa IBM SPSS statistics V26.

**Resultados:** Se recogieron un total de 97 pacientes, el 56,7% (55) varones. La mediana de edad fue 80 años (rango intercuartílico 25-75% (RIC) 72-86 años) y la estancia mediana al corte fue 6 días (RIC 3-11 días). El 50% tenía dependencia grave. Únicamente el 7,2% (7 pacientes) tenía diagnóstico previo de disfagia y el 6,2% (6) se realizó cribado. A pesar del déficit diagnóstico, hasta el 44,3% (43) de los casos tenía pautadas modificaciones dietéticas (textura). Cuando realizamos nuestro cribado (EAT-10 modificada) evidenciamos presencia de disfagia en el 52,6% (51) de los pacientes. Los datos demográficos y características basales de la muestra según la presencia de disfagia se recogen en la tabla. Destaca que, de los pacientes con cribado positivo, el 86,3% (44) no tenía diagnóstico previo y solo constaba cribado en el 9,8% (5). Más de la mitad (58,8%, 30) no tenía ninguna referencia al riesgo de disfagia por parte de profesionales sanitarios y solo el 49% (25) tenía medidas correctoras de la disfagia (posturales, espesantes) o modificaciones dietéticas (66,7%, 34). Únicamente en 4 casos (7,8%) se consultó con la Unidad de Disfagia de nuestro centro. En el Gráfico 1 se compara qué porcentaje de pacientes con cribado positivo tiene o no referencia a su patología en la historia clínica.

	<b>EAT-10 modificado negativo (n = 46)</b>	<b>EAT-10 modificado positivo (n = 51)</b>
	Número (%) o Mediana (RIC)	Número (%) o mediana (RIC)

<b>Factores demográficos y características basales de la muestra</b>		
Edad	77,5 (66,5-84)	80 (77-86)
Sexo (varón)	27 (58,7%)	28 (54,9%)
Dependencia grave (Barthel < 45)	12 (26,1%)	36 (70,6%)
Días de ingreso	5 (3,7-10,25)	7 (2-11)
<b>Anotaciones en historia clínica</b>		
Síntomas de disfagia	0 (0%)	45 (88,2%)
Riesgo de disfagia	6 (13%)	21 (41,3%)
Cribado en Hª clínica	1 (2,2%)	5 (9,8%)
Diagnóstico previo de disfagia	0 (0%)	7 (13,7%)
Signos de alarma	2 (4,3%)	19 (37,3%)
<b>Medidas terapéuticas adoptadas</b>		
Medidas correctoras de disfagia	4 (8,7%)	25 (49%)
Modificación de la textura	9 (16,9%)	34 (66,7%)



**Conclusiones:** La disfagia en nuestro medio tiene una elevada prevalencia. Aunque el diagnóstico es *a priori* sencillo, ya que la escala EAT-10 modificada se encuentra ampliamente validada, el porcentaje de cribado que realizamos es ínfimo y, en consecuencia, no se adoptan las medidas correctoras pertinentes. En el futuro habría que sistematizar el cribado para prevenir las complicaciones derivadas de la misma o reflexionar sobre los motivos por los que no se realiza.