






ARTÍCULO ORIGINAL

# Evolución clínica de disfagia en pacientes con ictus de hospitales del Seguro Social, Honduras 2025

*Clinical evolution of dysphagia in stroke patients in Social Security hospitals, Honduras 2025*

Marlene Isabel Bonilla Godoy<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0008-2865-5187>, Guillermo José Oviedo Coello<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0009-7819-868X>,  
Edna J. Maradiaga<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-8424-4752>, Leonardo Sierra<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-0623-0619>,  
José Elpidio Sierra<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-9538-6166>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina de Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras.

**RESUMEN. Introducción:** Disfagia post-ictus es frecuente entre 20-80% de casos asociándose a complicaciones que aumentan morbi-mortalidad y la evolución puede depender de múltiples factores. **Objetivo:** Describir la evolución de disfagia post-ictus y manejo rehabilitador en pacientes internados en hospitales de la Seguridad Social en Honduras, febrero-mayo 2025. **Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal en pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico confirmado de ictus que presentaron disfagia mediante prueba Gugging Swallowing Screen (GUSS) evaluándose en dos momentos: ingreso a rehabilitación y alta hospitalaria siguiendo criterios de inclusión/exclusión. Se realizó análisis univariado (frecuencias/porcentajes y estadística descriptiva), y bivariado para evolución mediante prueba t-Student pareada/Wilcoxon para puntaje GUSS y t-Student/U Mann-Whitney para diferencias de puntaje GUSS entre factores, cambios en severidad de disfagia mediante prueba McNemar,  $p < 0.05$  fue considerado significativo. Se contó con dictamen ético. **Resultados:** Se evaluaron 19 pacientes, edad  $66.3 \pm 16.3$ , 68.4% sexo masculino, ictus isquémico 84.2% afectando arteria cerebral media en 63.2%; puntaje GUSS inicial  $10.3 \pm 5.7$  y final con mediana de 15.0 ( $p < 0.05$ ), disfagia moderada-severa inicial en 73.6% y final en 47.3% ( $p < 0.05$ ), 15.8% sin disfagia al alta, tiempo estimado de mejoría con mediana de 5.0 días y frecuencia de complicaciones en 10.5%. Intervenciones más frecuentes: educación familiar 100%, maniobras posturales 89.5%, sedestación al comer 84.2% y alimento texturizado 78.9%, hubo apoyo familiar en 84.2%. Disfagia mejoró cuando hospital dio alimento texturizado, contrario a severidad de ictus y presencia de afasia ( $p < 0.05$ ). **Discusión:** Disfagia post-ictus puede mejorar tempranamente si hay intervenciones adecuadas, hay factores que pueden afectar positiva o negativamente la evolución. **Palabras clave:** Evolución clínica, Honduras, Ictus, Rehabilitación, Trastornos de deglución.

## INTRODUCCIÓN

La disfagia constituye un trastorno de la deglución que se caracteriza por obstáculos en la preparación oral del bolo alimenticio o en su paso desde la boca hasta el esófago, siendo frecuente tras sufrir un ictus, y su presencia influye en la calidad de vida y en el pronóstico de los pacientes debido a la alta tasa de complicaciones que esta conlleva.<sup>1</sup>

La mayoría de los pacientes recuperan su función deglutoria de manera satisfactoria en las primeras 2 semanas; siendo crucial los primeros diez días, tras los cuales puede haber una recuperación tardía o fase subaguda; solo 11-13% de los pacientes persisten con disfagia después de los 6 meses dependiendo de la capacidad de recuperación del hemisferio no afectado.<sup>2</sup> La evolución del paciente depende de múltiples factores extrínsecos e intrínsecos, como el tamaño de la lesión, presencia de alteraciones de la comunicación, y severidad del ictus según escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) entre otros.<sup>2</sup>


La disfagia posterior a un ictus se asocia a deshidratación, desnutrición y complicaciones respiratorias particularmente neumonías por aspiración, prolongando el tiempo de hospitalización, significando peor pronóstico y mayor mortalidad,<sup>3,4</sup> por lo que resulta fundamental asegurar una deglución segura y un aporte nutricional que incluya todos los requerimientos hídricos y calóricos.<sup>5</sup> El manejo de la disfagia es multimodal incluyéndose medidas higiénico-dietéticas, posturales, conductuales, farmacológicas e intervenciones de neuroestimulación asociadas a ejercicios vocales o deglutorios.<sup>3</sup> Entre las medidas dietéticas se enfatiza, el diseño de una alimentación adecuada

Recibido: 22-10-2025 Aceptado: 27-02-2026 Primera vez publicado en línea: 21-05-2026  
Dirigir correspondencia a: José Elpidio Sierra  
Correo electrónico: jsierra@unah.edu.hn

**DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS:** Se recibió un financiamiento parcial por parte de la Dirección de Investigación Científica Humanística y Tecnológica (DICITH) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras a través de beca básica de posgrado para la eficiencia terminal.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:** Ninguna.

**Forma de citar:** Bonilla-Godoy MI, Oviedo-Coello GJ, Maradiaga EJ, Sierra L, Sierra JE. Evolución clínica de disfagia en pacientes con ictus de hospitales del Seguro Social, Honduras 2025. Rev Méd Hondur. 2026; 94(2). XX. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94i2.22730>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

e individualizada modificando la textura y consistencia de los alimentos, junto a técnicas de rehabilitación<sup>6</sup> como las modificaciones posturales que pueden reducir hasta un 25% el riesgo de aspiración, siendo la más utilizada y segura la flexión cervical anterior.<sup>7</sup> Conjuntamente se pueden aplicar maniobras deglutorias como la supraglótica,<sup>7</sup> ejercicios de Shaker, y el fortalecimiento bucolinguofacial entre otras y que mejoran el tono muscular favoreciendo una deglución efectiva.<sup>8</sup> Existen también estrategias alternativas como uso de fármacos tipo toxina botulínica, electromiografía de superficie, biofeedback, estimulación magnética transcranial y técnicas quirúrgicas como la gastrostomía.<sup>7</sup>

En Honduras la evolución de la disfagia no ha sido estudiada a pesar de su frecuencia y alta tasa de complicaciones por lo que el objetivo de este estudio fue describir la evolución de la disfagia y su manejo rehabilitador en pacientes internados con ictus en hospitales del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa y San Pedro Sula, febrero-mayo de 2025.

## PARTICIPANTES Y METODOS

Se realizó estudio observacional, descriptivo longitudinal en dos hospitales del IHSS: Hospital Regional del Norte (HRN) en San Pedro Sula y Hospital de Especialidades en Tegucigalpa.

La población seleccionada fueron pacientes  $\geq 18$  años internados con diagnóstico confirmado de ictus, en los meses de febrero-mayo de 2025 e interconsultados al Servicio de Rehabilitación en cada hospital. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia y la muestra fue calculada mediante el programa en línea OPEN EPI versión 3.01 considerándose un universo de 74 pacientes con ictus atendidos entre agosto-octubre de 2024, una proporción esperada de disfagia del 50% y un error estimado del 5%, se obtuvo muestra de 63 pacientes con ictus, 32 pacientes del IHSS de Tegucigalpa y 31 del HRN. Fueron seleccionados bajo criterios de inclusión: pacientes  $\geq 18$  años con diagnóstico confirmado de ictus y con disfagia determinada por la escala Gugging Swallowing Screen (GUSS),<sup>9-11</sup> estado cognitivo por Escala Rancho los Amigos (ERLA)<sup>12</sup> mayor o igual a IV, y que dieran consentimiento informado; se excluyeron pacientes con ictus hemorrágico sometidos a cirugía, ventilación mecánica  $\geq 7$  días, extubación  $< 24$  horas, portador de gastrostomía en primera evaluación, con complicaciones médicas graves que impidieran evaluación subsiguiente por disfagia, agitación psicomotriz, deseo de no continuar en la evaluación subsiguiente; y como criterio de eliminación fue no contar con la evaluación final.

Se efectuaron dos evaluaciones: la primera al ser interconsultados como Servicio de Rehabilitación y la segunda previa al alta hospitalaria del paciente donde se utilizó la técnica de cuestionario tipo entrevista, aplicando 2 instrumentos, pero con verificación de información pertinente al expediente clínico. El instrumento 1 registró: número de expediente, código del paciente, validación de los criterios de inclusión/exclusión, diagnóstico de disfagia y observaciones de eventualidades. El instrumento 2 contenía los siguientes apartados: Sección

I para registro de datos del entrevistador, fecha, código del entrevistado, hospital y sala del paciente; Sección II donde se incluyó datos generales: edad, sexo, grupo étnico y estado nutricional, Sección III para datos clínicos como tipo de ictus, localización anatómica de la lesión, síndrome clínico, nivel cognitivo en ERLA, puntaje del NIHSS,<sup>13</sup> escala de control de tronco (ECT), antecedente de ventilación mecánica, presencia y tipo de alteración de comunicación, fecha de inicio de síntomas neurológicos, fecha y tiempo para hospitalización, tiempo para iniciar rehabilitación, puntaje inicial y final de GUSS, así como categorías de severidad de disfagia inicial y final. Se consideró como mejoría de disfagia el aumento de puntaje GUSS más cambio de categoría de disfagia; paciente con indicación de gastrostomía se consideró no mejorado. Sección IV para registro de tratamiento: estrategias compensatorias, facilitadoras y alternativas, número de sesiones de rehabilitación y prácticas cumplidas en sala y por último la Sección V donde se registró síntomas/signos de deshidratación, desnutrición y aspiración.

Disfagia fue definida por un puntaje menor a 20 en la escala GUSS, entendiéndose disfagia leve: 15-19 puntos, disfagia moderada: 10-14 puntos, disfagia severa: 0-9 puntos.<sup>9,11</sup> El estado nutricional se abordó mediante mediciones antropométricas utilizando técnica de la International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK), para las siguientes variables: 1. Pliegue cutáneo tricípital, 2. Pliegue subescapular, y 3. Perímetro braquial, utilizando plicómetro y cinta métrica de marca Cescorf,<sup>14</sup> donde la sumatoria de los pliegues obtenidos (estimación de reserva calórica estática) y el perímetro de brazo (estimación de reserva proteica) se compararon con tablas de referencia específicos para edad y sexo, determinándose desnutrición en el componente respectivo cuando los valores obtenidos estaban debajo del percentil 25; también se solicitó valores de albúmina (estimación del componente visceral) tomándose como desnutrición aquel valor debajo de 3.5 g/dL; fue considerado paciente con desnutrición cuando se encontró alteración en uno o más de los componentes descritos al inicio o al final del estudio (desnutrición previa o asociada a disfagia).<sup>15</sup>

El diagnóstico de aspiración fue basado en al menos tres de los siguientes criterios: temperatura  $> 38^\circ\text{C}$ , tos productiva, taquipnea ( $> 22$  respiraciones/min), taquicardia, crépitos inspiratorios, respiración bronquial, rayos X anormal, hipoxemia ( $\text{PO}_2 < 9.3$  kPa, cultivo aislado del patógeno).<sup>16</sup> Se estableció la deshidratación por los síntomas presentados según la clínica, (presencia o ausencia) considerándose anormal una manifestación en piel y mucosas más cambio en concentración o disminución en diuresis o cambios hemodinámicos.<sup>17</sup>

Los instrumentos fueron validados y la información fue recolectada por los residentes del Posgrado de Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) de primero, segundo y tercer año previamente capacitados. Los datos obtenidos de los formularios fueron revisados previa digitación en plantilla creada en EpiInfo™ versión 7.2.6.0 (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], Atlanta, Georgia) y se analizaron con el programa estadístico

IBM Software SPSS versión 30.0. Se aplicó análisis univariado mediante frecuencias y porcentajes para variables cualitativas; para variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión según normalidad. Para el análisis de evolución, se utilizó prueba t-Student pareada/Wilcoxon según prueba de normalidad en el puntaje GUSS o t-Student/U Mann-Whitney para diferencias en puntaje GUSS entre factores y los cambios en las categorías de severidad de disfagia mediante prueba McNemar, para tiempo de mejoría se realizó análisis de supervivencia mediante curva de Kaplan-Meier, valor  $p < 0.05$  se consideró significativo.

El protocolo de investigación fue sometido a consideración del Comité de Ética en investigación Biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la UNAH aprobado mediante dictamen 013-2025, se obtuvo permiso institucional por cada hospital; se aplicó consentimiento informado, la participación fue voluntaria y confidencial asegurando el anonimato mediante custodia de los cuestionarios. Los investigadores tomaron curso de buenas prácticas clínicas de la Global Health Network.

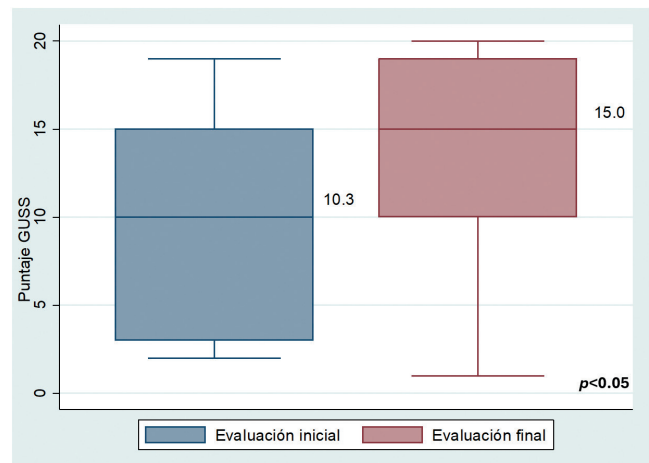
## RESULTADOS

Se recibieron 42 solicitudes de interconsulta en los servicios de rehabilitación de ambos hospitales y se evaluaron 19 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión. Al inicio 9 pacientes presentaron disfagia severa (47.3%), 5 disfagia moderada y leve respectivamente (26.3% c/u), tras la segunda evaluación 4 pacientes continuaron con disfagia severa (21.0%), 5 moderada (26.3%), 7 leve (36.8%) y tres resultaron sin disfagia (15.8%),  $p < 0.05$ ; cumplieron con el criterio de mejoría (aumento de puntaje GUSS más cambio en severidad de disfagia) en (68.4%), 13 pacientes (**Archivo complementario**).

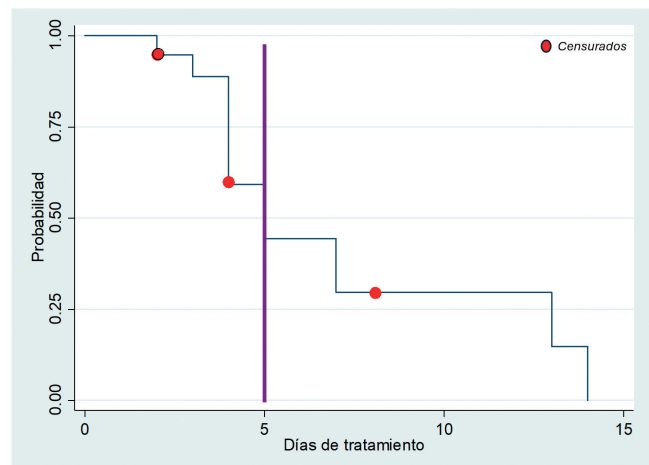
Al inicio el puntaje GUSS fue  $10.3 \pm 5.7$ , y al final tuvo una mediana de 15.0 con Rango intercuartílico (RIQ 25% y 75% de 10.0 y 19.0 respectivamente),  $p < 0.05$  (**Figura 1**). El tiempo estimado de mejoría en la disfagia tuvo una mediana de 5.0 días. (RIQ 25% y 75% de 4 días y 7 días respectivamente) (**Figura 2**).

Los pacientes evaluados tuvieron las siguientes características: edad  $66.3 \pm 16.3$  años, 68.4% (13) fueron del sexo masculino. La sumatoria de pliegues obtenida fue  $30.5 \pm 9.1$  mm, perímetro braquial con valor de  $28.6 \pm 3.2$  cm, niveles de albúmina de  $3.4 \pm 0.8$  mg/dL ( $n=15$ ) por lo que según los criterios aplicados 63.2% (12) presentaron desnutrición en la primera evaluación, el ictus fue isquémico en 84.2% (16) afectando la arteria cerebral media en 63.2% (12), el puntaje de NIHSS al ingreso fue de  $12.0 \pm 7.3$ , todos presentaron algún trastorno en la comunicación, fueron hospitalizados en las primeras 24 horas y su atención por rehabilitación fue en promedio de dos días (**Cuadro 1**).

El tratamiento prescrito para disfagia, las prácticas realizadas y cumplimientos por personal de sala fue individualizado para cada uno de los participantes; entre las prácticas utilizadas se observaron educación al familiar con un 100% (19), manio-



**Figura 1.** Evolución del puntaje GUSS en adultos  $\geq 18$  años con ictus, Instituto Hondureño de Seguridad Social (Tegucigalpa y San Pedro Sula), febrero-mayo de 2025,  $n=19$ .



**Figura 2.** Tiempo de mejoría mediante Kaplan-Meier, adultos  $\geq 18$  años con ictus, Instituto Hondureño de Seguridad Social (Tegucigalpa y San Pedro Sula), febrero-mayo de 2025,  $n=19$ .

bras posturales con un 89.5% (17) y sedestación para comer 84.2% (16) (**Cuadro 2**).

Referente a complicaciones de disfagia se encontró que, en el estado de hidratación, 21.1% (4) presentaban lengua saburral, 15.8% (3) orina concentrada, 5.3% (1) tenían ojos hundidos, sed aumentada, diuresis disminuida, turgencia de piel alterada, o hipotensión respectivamente, ninguno presentó taquicardia; cumplieron con el criterio de deshidratación 10.5% (2). En cuanto a las complicaciones respiratorias 10.5% (2) presentaban crépitos inspiratorios, 5.3% (1) con radiografía de tórax anormal o hipoxemia respectivamente; cumplieron criterio de aspiración 10.5% (2). A los 4.0 días (RIQ 25% y 75% de 3.0 y 7.0 días) se encontraron las complicaciones en el estado de hidratación o respiratorias. En cuanto a desnutrición final se encontró que la sumatoria de pliegues fue de  $29.7 \pm 8.8$  mm, el perímetro braquial fue 28.0cm (RIQ 25% y 75% de 26cm y 30cm), los niveles de albúmina fueron de  $3.5 \pm 0.8$  mg/dL ( $n=10$ ),

**Cuadro 1.** Características generales de pacientes ≥18 años con disfagia por ictus, Instituto Hondureño de Seguridad Social (Tegucigalpa y San Pedro Sula), febrero-mayo de 2025, n=19.

Características generales y clínicas	n	(%)
Edad	66.3±16.3	--
Sexo		
Masculino	13	(68.4)
Femenino	6	(31.6)
Antropometría inicial (alteraciones)		
Componente calórico (pliegues)	4	(21.1)
Componente proteico (perímetro)	8	(42.1)
Componente visceral (albúmina)	8	(42.1)
Desnutrición inicial	12	(63.2)
Características Ictus		
Isquémico	16	(84.2)
Hemorrágico	3	(15.8)
Arteria lesionada		
ACM <sup>a</sup>	12	(63.2)
ACP <sup>b</sup>	4	(21.1)
Basilar	2	(10.5)
ACA <sup>c</sup>	1	(5.3)
Escalas de severidad ictus		
Estado cognitivo ERLA <sup>d</sup>	5.0	(5.0, 7.0)
Puntaje NIHSS <sup>e</sup>	12.0±7.3	--
Control postural (ECT) <sup>f</sup>	12	(6.0, 49.5)
Ventilación mecánica <7 días	1	(5.3)
Alteración de comunicación <sup>g</sup>	19	(100.0)
Disartria	12	(63.2)
Afasia motora	3	(15.8)
Afasia mixta	3	(15.8)
Tiempo a hospitalización (horas)	24.0	(8.0, 24.0)
Tiempo a rehabilitación (días)	2.1±1.6	--

<sup>a</sup>Arteria cerebral media, <sup>b</sup>Arteria cerebral posterior, <sup>c</sup>Arteria cerebral anterior, <sup>d</sup>Escala Rancho los Amigos, <sup>e</sup>National Institute of Health Stroke Scale, <sup>f</sup>Escala Control de Tronco, <sup>g</sup>Tipo de alteración no consignado=1.

p>0.05; estos valores significaron encontrar desnutrición en componente calórico en 21.1% (4), en componente proteico de 47.4% (9) y en el componente visceral de 26.3% (5); se pudo determinar desnutrición final en 57.9% (11) similar que en la evaluación inicial, en 9 pacientes no se encontró valores de control de albúmina por lo que no pudo evaluarse la evolución del componente visceral para esta variable.

Los participantes tuvieron cambios en el puntaje de GUSS final respecto al inicial, pudiendo observar que hubo mejoría entre los factores observados, excepto cuando se tuvo un grado severo-muy severo de ictus por NIHSS, presencia de afasia y cuando en el hospital no se proporcionó la textura del alimento recomendado, en estos tres factores hubo diferencias en la evolución según presencia o ausencia del mismo, p<0.05 (**Cuadro 3**).

Quedaron fuera de este análisis el tipo de ictus (isquémico/hemorrágico ya que este último tuvo frecuencia ≤3), igual para las prácticas de tratamiento que debían cumplirse debido a la severidad de disfagia (indicación de Sonda Nasogástrica (SNG), medicación o alimentación por SNG e hidratación intravenosa, donde el no cumplimiento tuvo frecuencia ≤3), por tanto, esta baja frecuencia significó datos no robustos para aplicar las pruebas estadísticas comparativas entre posibles factores para evolución de disfagia. En 36.8% (7) pacientes el familiar tuvo que aportar alimento texturizados y en ellos el puntaje inicial de GUSS tuvo mediana de 14.0 al inicio y 19.0 al final (p=0.03),

**Cuadro 2.** Tipo de tratamiento prescrito y prácticas de sala cumplidas en pacientes ≥18 años con disfagia por ictus, Instituto Hondureño de Seguridad Social (Tegucigalpa y San Pedro Sula), febrero-mayo de 2025, n=19.

Tratamiento y prácticas de sala	n	(%)
Maniobras compensatorias		
Maniobras posturales <sup>a</sup>	17	(89.5)
Sedestación para comer	16	(84.2)
Alimentos texturizados <sup>a</sup>	15	(78.9)
SNG <sup>b</sup>	12	(63.2)
Líquidos IV	10	(52.6)
Maniobras facilitadoras		
Maniobras deglutorias <sup>a</sup>	15	(78.9)
Movimientos facilitadores	13	(68.4)
Respuestas sensitivas	12	(63.2)
Respuestas orales	11	(57.9)
Maniobras alternativas		
Gastrostomía <sup>a</sup>	3	(15.8)
Número de sesiones recibidas	4.0±1.9	--
Prácticas de sala		
Educación al familiar	19	(100.0)
Apoyo del familiar	16	(84.2)
Alimento texturizado por hospital	11	(57.9)
Medicamentos por SNG <sup>a,b,c</sup>	11	(57.9)
Líquidos IV cumplidos <sup>a,d</sup>	9	(47.4)
Alimento texturizado por familiar	7	(36.8)
SNG <sup>b</sup> cumplida	7	(36.8)
Alimentación por SNG cumplida	5	(26.3)
Solicitud interconsulta		
Nutrición	14	(73.7)
Psicología	8	(42.1)
Cirugía	3	(15.8)

<sup>a</sup>No consignado=1, <sup>b</sup>SNG=Sonda Nasogástrica, <sup>c</sup>No aplica=7, <sup>d</sup>No aplica=9

5.3% (1 paciente) no se le proporcionó el alimento acorde a su severidad de disfagia; en 63.2% (12) que tenían indicado SNG se cumplió esa orden y se les brindó alimentación por la misma, su puntaje inicial GUSS fue 7.3±4.7 y final de 11.0±6.6 (p<0.001). En 57.9% (11) se indicó hidratación intravenosa pero solo en 9 se cumplió la orden, el puntaje inicial GUSS fue 8.1±5.8 y final 11.1±8.1 (p=0.01). A 63.2% (12) pacientes se ordenó dar medicamentos a través de SNG, el cumplimiento solamente fue en 57.9% (11) y su puntaje inicial de GUSS tuvo mediana de 7.0 y final de 13.0 (p=0.01).

**DISCUSIÓN**

En el presente estudio se encontró que aproximadamente 6 de cada 10 pacientes con disfagia por ictus internados en el IHSS presentaron mejoría de la disfagia evidenciada con un aumento del puntaje GUSS, reflejando un cambio de categoría en la severidad. Un estudio realizado en Japón que evaluaba disfagia al ingreso y al alta hospitalaria en pacientes con ictus encontró que de los 233 pacientes con algún grado de disfagia al ingreso, 32% se recuperaron y 44% recuperaron algún grado de habilidad para comer (mejoría).<sup>18</sup> Otro estudio realizado en India donde se evaluó incidencia, factores de riesgo y complicaciones de disfagia en pacientes con ictus usando Escala de Ingesta Oral Funcional (FOIS) y Evaluación de Mann de la Capacidad de Deglución (MASA) determinando disfagia al

**Cuadro 3.** Evolución de la disfagia inicial-final según factores en los adultos  $\geq 18$  años con disfagia por Ictus, Instituto Hondureño de Seguridad Social (Tegucigalpa y San Pedro Sula), febrero-mayo de 2025, n=19.

Factores evaluados	Puntaje GUSS inicial	Puntaje GUSS final	Valor p <sup>a</sup>	Diferencias de puntajes	Valor p <sup>b</sup>
Edad					
<70 años (n=11)	13.0	17.0	0.005	5.0	
$\geq 70$ años (n=8)	9.1 $\pm$ 6.5	11.9 $\pm$ 7.9	0.02	4.0	0.2
Estado nutricional inicial					
Adecuado (n=7)	14.0	19.0	0.03	4.0	
Desnutrición (n=12)	9.2 $\pm$ 5.9	12.9 $\pm$ 6.9	<0.001	4.5	0.5
Arteria dañada					
ACM (n=12)	13.0	18.0	0.003	5.0	
Otras (n=7)	8.0 $\pm$ 5.9	10.9 $\pm$ 7.9	0.03	4.0	0.2
Nivel cognitivo ERLA					
$\geq 6$ (n=9)	15.0	19.0	0.007	3.9 $\pm$ 1.6	
4-5 (n=10)	6.0 $\pm$ 3.9	9.4 $\pm$ 6.0	0.005	3.4 $\pm$ 2.9	0.3
Severidad NIHSS					
Leve-moderada (n=12)	13.5	19.0	0.002	5.0	
Severa-muy severa (n=7)	6.9 $\pm$ 5.8	9.0 $\pm$ 7.9	0.07	4.0	0.03
Control postural					
Sedestación regular	8.7 $\pm$ 5.2	14.0	0.003	3.6 $\pm$ 2.5	
Dificultad rodamiento	14.6 $\pm$ 4.8	20.0	0.06	3.8 $\pm$ 2.2	0.8
Alteración comunicación					
Disartria (n=12)	11.3 $\pm$ 5.4	15.7 $\pm$ 4.3	<0.001	4.4 $\pm$ 1.7	
Afasia (n=6)	8.0	10.0	0.2	1.8 $\pm$ 2.8	0.04
Hospitalización $\geq 48$ horas					
No (n=8)	14.0	19.0	0.02	4.0	
Sí (n=11)	8.2 $\pm$ 5.3	12.1 $\pm$ 6.7	<0.001	5.0	0.4
Abordaje tardío ( $\geq 2$ días)					
No (n=8)	11.5 $\pm$ 4.7	15.9 $\pm$ 4.3	<0.001	4.4 $\pm$ 1.3	
Sí (n=11)	9.0	14.0	0.02	3.1 $\pm$ 2.8	0.1
Textura por hospital					
Sí (n=11)	10.7 $\pm$ 3.9	15.8 $\pm$ 3.2	<0.001	5.1 $\pm$ 0.9	
No (n=8)	8.5	13.0	0.09	1.6 $\pm$ 2.3	0.001
IC Nutrición					
Sí (n=14)	9.0	14.0	0.003	5.0	
No (n=5)	16.0	20.0	0.04	3.0	0.09
IC Psicología					
Sí (n=8)	10.5 $\pm$ 5.6	14.4 $\pm$ 6.3	0.001	5.0	
No (n=11)	10.0	15.0	0.007	4.0	0.5
Tratamientos					
Respuestas orales					
Sí (n=11)	10.0	15.0	0.004	5.0	
No (n=8)	10.0	16.0	0.05	3.0	0.3
Estimulación sensitiva					
Sí (n=12)	8.1 $\pm$ 4.8	11.7 $\pm$ 4.7	<0.001	5.0	
No (n=7)	15.0	19.0	0.02	4.0	0.5
Maniobras deglutorias					
Sí (n=15)	13.0	19.0	<0.001	4.0	
No (n=3)	2.0	1.0	1.0	-1.0	0.1
Movimientos facilitadores					
Sí (n=13)	13.0	19.0	0.002	4.0	
No (n=5)	7.6 $\pm$ 5.8	10.0 $\pm$ 8.6	0.2	4.0	0.4

<sup>a</sup>Valor de p para el cambio entre puntaje inicial y final de GUSS (t-Student/Wilcoxon según normalidad), <sup>b</sup>Valor de p para diferencia de medias/medianas entre factores (t-Student/U MannWhitney según normalidad).

ingreso, al alta y en los 3 meses siguientes, permitió observar que la mejoría se dio en aquellos con disfagia leve y moderada.<sup>19</sup> La mejoría encontrada tanto en el presente estudio como en los dos mencionados parece ser independiente de la escala clínica utilizada para determinar disfagia, las escalas permiten un abordaje para el diagnóstico clínico, por tanto, un manejo cuidadoso (multidisciplinario e individualizado al paciente) aseguran el éxito en la rehabilitación de este tipo de problemas.<sup>20</sup>

En este estudio también se encontró que los pacientes mejoraron su disfagia en un término de 4-5 y hasta 7 días tras la intervención de rehabilitación. Żdanowicz A. et al realizaron un estudio retrospectivo analizando disfagia en base a severidad leve-moderada mediante escala GUSS observando una mejoría entre el primer al séptimo día.<sup>21</sup> Otro estudio realizado en Corea encontró que los pacientes que tenían indicación de restricción oral de alimentos (disfagia severa) mejoraron en una proporción de 60.8% en 1 mes.<sup>22</sup> Jin X. et al en China en un

estudio sobre predictores de recuperación de disfagia posterior a un ictus demostraron que la tasa de recuperación de la disfagia aumentó del 13.5% a la semana al 95% a los 6 meses después del ictus.<sup>23</sup> Aunque en los estudios citados la variable evolución no se registró día a día, pudo observarse mejoría o recuperación durante la primera semana (similar al presente estudio) incluso se puede hablar de tasas de recuperación total sobre todo a largo plazo.

El cambio entre el puntaje final comparado con el inicial de GUSS fue bajo (no significativo) cuando los pacientes presentaban un grado de severidad NIHSS severo-muy severo o si presentaban afasia; cuando se compararon las diferencias de medias/medianas del puntaje GUSS entre factores la evolución fue mejor cuando el NIHSS fue leve-moderado comparado con NIHSS severo-muy severo o cuando hubo disartria comparado con presencia de afasia, siendo esa diferencia significativa. Un estudio realizado por P. D'Netto et al en 2023 sobre factores predictores de disfagia encontró que un puntaje de NIHSS $\geq$ 12 y la presencia de alteraciones de comunicación como afasia eran factores predictivos negativos para la evolución de disfagia.<sup>24</sup> Asimismo, Yang C. et al en otro estudio realizado en 2022 sobre factores de riesgo de disfagia en pacientes con ictus isquémico reportó que un puntaje NIHSS $\geq$ 12 era factor predictivo para la persistencia de disfagia 14 días posterior a su ingreso.<sup>25</sup> De igual forma, en el estudio de India previamente citado, los que tenían disfagia severa mejoraron más lentamente o de manera incompleta lo cual pudo atribuirse a un NIHSS elevado siendo reconocido como el predictor principal.<sup>19</sup> Un puntaje alto de NIHSS significa más funciones afectadas siendo cruciales las funciones ejecutivas (iniciación, aprendizaje, y retroalimentación) que son importantes en la deglución pues esta es un proceso que amerita aprendizaje y ejecución deglutoria sobre todo cuando hay daño en la corteza motriz como la mayoría de los pacientes del presente estudio (63.2%);<sup>26</sup> En la afasia está alterada la comprensión o expresión de lenguaje, su relación en la evolución de disfagia podría plantearse desde la hipótesis que los movimientos del habla y la fase oral deglutoria dependen de regiones laterales de la corteza motora primaria y áreas premotoras mapeadas somatotópicamente al tracto vocal anterior, sin embargo el control superior de la disfagia y su relación con otras funciones corticales superiores no se basan en el compromiso de solo una vía ya que se sabe que una amplia red de regiones cerebrales participan en el control de la deglución.<sup>27</sup>

En el presente estudio, el hecho que la institución ofrezca el alimento en la textura adecuada a la necesidad del paciente según la severidad de disfagia es un aspecto que parece haber influido en la mejoría de disfagia cuando se comparó con aquellos pacientes a quienes no se dio el alimento adecuado. Huang L. et al en China encontraron que las modificaciones en las texturas de los alimentos mejoraron la función deglutoria en pacientes con disfagia por ictus;<sup>28</sup> un alimento con textura ajustada a la severidad de disfagia asegura un mejor control motor

del bolo alimenticio con menos riesgo de penetración/aspiración dado que ese control motor responde a las distintas aferencias recibidas (consistencia, tamaño, sabor, temperatura, y forma);<sup>27</sup> por todo lo anterior es importante que las intervenciones sean adecuadas para este tipo de problemas, las cuales deben ser producto de competencias clínicas que debe tener el personal de salud.<sup>29</sup>

Desde un enfoque teórico sabemos que la deglución es un acto fisiológico esencial que involucra un número complejo de procesos neurofisiológicos con un componente reflejo pero consciente y aprendido, y la injuria a cualquier nivel tanto en las vías aferentes, eferentes, zonas de relevo, tractos profundos y corteza pueden alterar la normalidad de ésta. La mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente previo al alta debido a la neuro plasticidad intrínseca del ser humano el cual es un proceso natural, sin embargo, el uso de medidas compensatorias o alternativas puede hacer que este proceso de recuperación sea más rápido y seguro.<sup>30</sup>

Este estudio tiene como limitantes la selección no aleatoria de los pacientes que no permite extrapolar los resultados a la población general, el número pequeño de la muestra obtenida hace que algunos análisis no sean los más robustos. Además, no se obtuvo los valores de albumina en todos los pacientes tanto al inicio como al final debido a factores propios de la institución, y el alta hospitalaria estuvo determinada por los jefes de sala fundamentados en la mejoría médica y no la mejoría de disfagia por lo que la variable tiempo en días, está condicionada.

En conclusión, este estudio permite demostrar que los pacientes con disfagia por ictus en el IHSS pueden presentar una evolución favorable en el puntaje obtenido a través de la escala GUSS, lo cual se traduce en un cambio en la categoría de la severidad de la disfagia en 6 de cada 10 pacientes en un tiempo que puede oscilar entre 4-5 días y hasta un máximo de 7 con una proporción de complicaciones baja para lo esperado. Algunas prácticas pueden facilitar esta mejoría como es proveer el alimento adecuado a la disfagia del paciente, por otro lado, la evolución puede afectarse negativamente si hay afasia motora o una categoría severa-muy severa del ictus en la escala NIHSS.

## CONTRIBUCIONES

Todos los autores participaron en la concepción y el diseño del estudio. MB y GO lideraron la recolección de los datos. JS lideró el análisis estadístico. JS y EM lideraron la redacción y la revisión del artículo en el proceso editorial. Todos los autores aprobaron la versión final del mismo.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece a autoridades y personal de las instituciones que permitieron la realización de estos estudios, residentes del Posgrado de Rehabilitación-UNAH del primero, segundo y tercer año por el apoyo en enrolamiento de pacientes.

**DETALLES DE LOS AUTORES**

Marlene Bonilla, médica residente del posgrado de rehabilitación, maris\_bonilla-93@hotmail.com  
 Guillermo Oviedo, médico residente del posgrado de rehabilitación, ovieloguille87@gmail.com

Leonardo Ramsés Sierra, fisiatra, leonardo.sierra@unah.edu.hn  
 Edna J. Maradiaga, médica salubrista, edna.maradiaga@unah.edu.hn  
 José Sierra, fisiatra, jsierra@unah.edu.hn

**REFERENCIAS**

- Terré R. Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Rev. Neurol [Internet]*. 2020;70(12):444–452. doi:10.33588/m.7012.2019447
- De Stefano A, Dispenza F, Kulamarva G, Lamarca G, Fata A, Merico A, et al. Predictive factors of severity and persistence of oropharyngeal dysphagia in sub-acute stroke. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021;278(3):741-748. doi: 10.1007/s00405-020-06429-2.
- Coelho PM, Almeida PL, Carmezim I, Silva A, Evangelista R, Dinis C, et al. Mortality and Pulmonary Complications of Post-stroke Dysphagia: A Casuistic Review of an Acute Stroke Unit. *Cureus*. 2024;16(12):e74993. doi: 10.7759/cureus.74993.
- Khedr EM, Abbass MA, Soliman RK, Zaki AF, Gamea A. Poststroke dysphagia: frequency, risk factors, and topographic representation: hospital-based study. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg*. 2021;57:23. doi:10.1186/s41983-021-00281-9.
- Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M, et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. *Neurología*. 2023;38(6):419–26. doi:10.1016/j.nrl.2020.07.025.
- Lozano-Estevan MC, González-Rodríguez LG, Cuadrado-Soto E, Bermejo LM, Salas-González MD. Protocolo de actuación en el abordaje dietético y nutricional en pacientes con disfagia. *Nutr Hosp* 2023;40(N.º Extra 2):55-61. doi:10.20960/nh.04957
- Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Guía de Disfagia: Manejo de la Disfagia en AP. España: Brysen Farma: 2020.
- Sepúlveda Contreras J, Jarpa Muñoz F. Efectividad de ejercicios para rehabilitar la disfagia orofaríngea posterior a un accidente cerebrovascular: una revisión integradora. *Rev Investig Innov Cienc Salud [Internet]*. 2022 [citado 9 enero 2025];4(1):73–91. Disponible en: <https://riics.info/index.php/RMC/article/view/81>. doi:10.46634/riics.81
- Avery W. Dysphagia management in : Glen G, editor. *Stroke rehabilitation, a function-based approach*. Elsevier: St. Louis, Missouri; 2016.
- Bartels MN, Duffy CA, Beland HE. Pathophysiology, medical management, and acute rehabilitation of stroke survivors in: Glen G, editor. *Stroke rehabilitation, a function-based approach*. Elsevier: St. Louis, Missouri; 2016.
- Selg J, Holmlund T, Jåghagen EL, McGreevy J, Svanberg S, Wester P. Validity and Reliability of the Swedish Version of the Gugging Swallowing Screen for use in Acute Stroke Care. *Dysphagia*. 2025;40(1):176-186. doi: 10.1007/s00455-024-10717-y
- Miles A. Evaluation and treatment of swallowing problems en: Zasler ND, Katz DI, Zafonte RD. *Brain injury medicine, principles and practice*. Springer Publishing: New York; 2022. Miles A. Evaluation and treatment of swallowing problems, in: Zasler ND, Katz DI, Zafonte RD, editors. *Brain injury medicine, principles and practice*. New York: Springer Publishing; 2021.
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418.
- Marfell-Jones MJ, Stewart AD, De Ridder JH, International Society for the Advancement of Kinanthropometry. *International standards for anthropometric assessment*. 2nd ed. Lower Hutt (New Zealand): International Society for the Advancement of Kinanthropometry; sf.
- Pacheco Bouthillier D. Desnutrición: Evaluación del estado nutricional en la población adulta del área médicoquirúrgica del Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit Mex*. 2002;56(4):163–8.
- Dziewas R, Ritter M, Schilling M, Konrad C, Oelenberg S, Nabavi DG, et al. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J Neurol Neuropsychiatry*. 2004;75(6):852–856. doi:10.1136/jnnp.2003.019075..
- Lozano-Estevan M, Bermejo L, Cervera-Muñoz A, Martínez-García R, Cuadrado-Soto E. Importancia de la hidratación en personas con disfagia y sus consecuencias. *Nutr Hosp [Internet]*. 2024;40(3) [citado 25 julio 2025]: 41-44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112024000700011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112024000700011&lng=es).
- Hota S, Inamoto Y, Oguchi K, Kondo T, Otaka E, Mukaino M, et al. Outcomes of Dysphagia Following Stroke: Factors Influencing Oral Intake at 6 Months After Onset. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021;30(9):105971. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105971
- Kiran Kumar D, Mathensingh A, Kalimuthu MB, George P, Benton RCA, Thomas R, et al. Incidence, risk factors and complications of dysphagia in stroke patients admitted to medical wards at a tertiary hospital in South India. *Neurol India*. 2025;73(1):110–116. doi:10.4103/ni.ni\_972\_21.
- Hearth and Stroke Foundation of Canada. Canadian stroke best practice recommendation. Rehabilitation, recovery and community participation following stroke. [Internet]. Canada: Hearth and Stroke Foundation of Canada; 2019. [citado 22 octubre 2025] Disponible en: <https://www.hearthandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/2019-csbpr6-rehabrecovery-module-eng-final-dec2019.ashx?rev=d9be6748ea0945368a0733e6b26423ae>

**ABSTRACT. Introduction:** Post-stroke dysphagia is common in 20-80% of cases, associated with complications that increase morbidity and mortality, and its progression can depend on multiple factors. **Objective:** To describe the evolution of post-stroke dysphagia and rehabilitation management in patients admitted to Social Security hospitals in Honduras, February-May 2025. **Methods:** Longitudinal descriptive study in patients ≥18 years old with a confirmed diagnosis of stroke who presented dysphagia using the Gugging Swallowing Screen (GUSS) test, evaluated at two points in time: admission to rehabilitation and hospital discharge, following inclusion and exclusion criteria. Univariate analysis (frequencies/percentages and descriptive statistics) and bivariate analysis were performed to assess progression using the paired Student's t-test/Wilcoxon test for GUSS scores and Student's t-test/Mann-Whitney U test for differences in GUSS scores between factors. Changes in dysphagia severity were assessed using the McNemar test,  $p < 0.05$  was considered significant. Ethical approval was obtained. **Results:** Nineteen patients were evaluated, age  $66.3 \pm 16.3$ , 68.4% male, ischemic stroke 84.2% affecting the middle cerebral artery in 63.2%; initial GUSS score  $10.3 \pm 5.7$  and final median score 15.0 ( $p < 0.05$ ), initial moderate-severe dysphagia in 73.6% and final in 47.3% ( $p < 0.05$ ), 15.8% without dysphagia at discharge, estimated time of improvement with a median of 5.0 days, and frequency of complications at 10.5%. Most frequent interventions: family education 100%, postural maneuvers 89.5%, sitting while eating 84.2%, and textured food 78.9%; there was family support in 84.2% of cases. Dysphagia improved when the hospital provided textured food, contrary to stroke severity and the presence of aphasia ( $p < 0.05$ ). **Discussion:** Post-stroke dysphagia can improve early if appropriate interventions are taken; there are factors that can positively or negatively affect the outcome. **Keywords:** Clinical evolution, Deglutition disorders, Honduras, Rehabilitation, Stroke.

21. Żdanowicz A, Sobkowiak H, Gawrysiak M, Wiszniewska M. Swallowing disorders in ischemic stroke: a retrospective analysis of dysphagia severity differences based on hemisphere damage and patient age. *J Clin Med.* 2025;14(3):900. doi:10.3390/jcm14030900
22. Oh HM, Kim TW, Park HY, Kim Y, Park GY, Im S. Role of rs6265 BDNF polymorphisms and poststroke dysphagia recovery: A prospective cohort study. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(1):e13953. doi:10.1111/nmo.13953
23. Jin X, Shang S, Tong H, Liu M, Li D, Xiao Y. Predictors of recovery from dysphagia after stroke: a systematic review and metaanalysis. *Int J Nurs Sci.* 2025;12(2):184–191. doi:10.1016/j.ijnss.2025.02.002.
24. D'Netto P, Rumbach A, Dunn K, Finch E. Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia.* 2023;38(1):1-22. doi: 10.1007/s00455-022-10443-3.
25. Yang C, Pan Y. Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A meta-analysis and systematic review. *PLoS ONE.* 2022;17(6): e0270096. doi: 10.1371/journal.pone.0270096
26. Suarez-Escudero JC, Lema-Porto KS, Palacio-Patiño D, Izquierdo-Moreno M, Bedoya-Londoño CL. Disfagia orofaríngea neurogénica: concepto, fisiopatología clínica y terapéutica. *Arch Neurocién.* 2022;27(4):44-56. Doi: 10.31157/an.v27i4.347.
27. Leonard R, Kendall K. *Dysphagia, Assessment and treatment planning. A team approach.* 4<sup>th</sup> ed. San Diego: Plural Publishing; 2019.
28. Huang L, Cao X, Wu J, Quan Y, Zuo Y, Zhang X, et al. Screening for swallowing disorders in patients with poststroke utilizing the Gugging Swallowing Screen and its adoption in dietary management. *Neurogastroenterol Motil.* 2025;37(9):e70049. doi:10.1111/nmo.70049.
29. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2019;50(12):e344–e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211
30. Sasegbon A, Cheng I, Hamdy S. The neurorehabilitation of poststroke dysphagia: Physiology and pathophysiology. *J Physiol.* 2025;603(3):617–634. doi:10.1113/JP285564.