



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Disfagia en el paciente post-Accidente Cerebro Vascular:

Cuidados enfermeros

...

Revisión bibliográfica

Estudiante: Carlos Espeso Sanz

Tutelado por: Francisco José Navas Cámara

Soria, 28 de Mayo de 2018

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ACV: Accidente Cerebrovascular

AIT: Accidente Isquémico Transitorio

CP: Complicación Potencial

EAT-10: *Eating Assessment Tool*

ECV: Enfermedad Cerebrovascular

EEl: Esfínter Esofágico Inferior

EES: Esfínter Esofágico Superior

FA: Fibrilación Auricular

FEI: Federación Española del Ictus

FEES: *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*

GUSS: *Gugging Swallowing Screen*

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

INE: Instituto Nacional de Estadística

MECV-V: Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad

MNA: *Mini Nutritional Assessment*

MUST: *Malnutrition Universal Screening Tool*

NRS 2002: *Nutritional Risk Screening*

SGA: *Subjective Global Assessment*

SNC: Sistema Nervioso Central

SNG: Sonda Nasogástrica

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

VFC: Videofluoroscopia

RESUMEN

Introducción. La disfagia es una complicación frecuente en el paciente que ha sufrido un ictus, se define como la alteración de la deglución en cualquiera de sus tres fases: oral, faríngea o esofágica. La disfagia de tipo neurógeno precisa unas intervenciones de enfermería específicas, entre las que se incluyen valoración, detección y prevención de otras complicaciones como la neumonía por aspiración.

Objetivo. Realizar una revisión bibliográfica que actualice los conocimientos sobre los cuidados de enfermería de la disfagia post-ictus.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía de los últimos 10 años, en las bases de datos científicas Cuiden, Medline, Scielo y en la Biblioteca Cochrane Plus, utilizando el formato PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcome*), incluyendo los artículos publicados a partir del 2007 que tengan como tema principal la disfagia tras un ictus. Las palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica han sido: ictus/*stroke*, disfagia/*dysphagia*, nutrición/*nutrition* y enfermería/*nursing* y el total de artículos utilizados en la discusión ha sido de 18.

Resultados y discusión. Hay que valorar la deglución en el paciente que ha sufrido un ictus lo antes posible, detectando la presencia de disfagia según signos y síntomas específicos, mediante herramientas como el test del agua, el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad o la Videofluoroscopia. Con este cribado se pueden evitar complicaciones como la aspiración, la neumonía, la desnutrición y la deshidratación. Enfermería es responsable de la higiene bucodental, la posición corporal, las maniobras de deglución compensatorias y la educación nutricional en el paciente con disfagia.

Conclusiones. Para brindar los mejores cuidados de enfermería es necesario conocer la anatomofisiología de las estructuras que participan en la deglución. El cuidado principal es valorar la deglución en todos los pacientes que han sufrido un ictus, aunque también es importante conocer las intervenciones en la disfagia para evitar la neumonía por aspiración y la desnutrición. Por otra parte, enfermería realiza el cribado de la disfagia tras un ACV, y aunque existen varias herramientas de detección, la que cuenta con más respaldo es la videofluoroscopia.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. El ictus	1
1.1.1. Concepto y clasificación	1
1.1.2. Epidemiología	3
1.1.3. Complicaciones potenciales principales.....	4
1.2. La disfagia post-ictus	4
1.2.1. Fisiología de la deglución	4
1.2.2. Fisiopatología de la deglución	5
1.2.3. Tipología de la disfagia	6
1.2.4. Cribaje de la disfagia	6
1.2.5. Cuidados de enfermería y recomendaciones generales	8
1.3. Justificación del trabajo	9
1.4. Objetivos	10
2. MATERIAL Y MÉTODOS	10
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	13
3.1. Valoración de la disfagia post-ictus	13
3.1.1. Momento adecuado	13
3.1.2. Signos y síntomas de la disfagia	13
3.1.3. Porcentaje de disfagia tras sufrir un ictus	14
3.1.4. Relación entre el ictus, la disfagia y el estado nutricional	15
3.2. Métodos de detección/cribado de la disfagia	15
3.2.1. Test del agua de <i>DePippo</i>	16
3.2.2. Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad o test de <i>Clavé</i>	16
3.2.3. Pulsioximetría.....	16
3.2.4. Videofluoroscopia (VFC).....	16
3.2.5. Laringoscopia o FEES	17
3.2.6. Otros métodos de cribado	17
3.3. Aspiración y neumonía por aspiración	17
3.4. Desnutrición y deshidratación	18
3.5. Cuidados de enfermería a pacientes con disfagia secundaria a ACV	18
4. CONCLUSIONES	20

5. BIBLIOGRAFÍA	21
6. ANEXOS	24
ANEXO I. Dibujo esquemático sobre un ACV.	
ANEXO II. Test de detección de la disfagia EAT-10.	
ANEXO III. Problema de autonomía y problema interdependiente de la disfagia post-ictus.	
ANEXO IV. Detalles de búsqueda en la base de datos Medline.	
ANEXO V. Tabla-resumen de los artículos utilizados en la discusión.	
ANEXO VI. Herramientas que detectan la desnutrición.	

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Sintaxis de búsqueda y selección de artículos.....	12
Figura 1. Clasificación de los ictus según la ECV	2
Figura 2. Síntomas que alertan un ictus.....	3
Figura 3. Número de defunciones causadas por ECV, por sexos, en 2016	3
Figura 4. Etapas de la deglución.....	5
Figura 5. Tipos de disfagia	6
Figura 6. Secuencia de realización del MECV-V	7
Figura 7. Profesionales que intervienen en la disfagia post-ictus.....	9
Figura 8. Flujograma de la búsqueda bibliográfica	11
Figura 9. Sensibilidad y Especificidad	15

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El ictus

1.1.1. Concepto y clasificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades cardiovasculares como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos entre los que se encuentran las patologías vasculares cerebrales, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro¹. Estas enfermedades o ictus, se deben a taponamientos que impiden la circulación de la sangre hacia el cerebro, ya sea por la formación de coágulos sanguíneos, o por hemorragias producidas por la rotura de los vasos cerebrales, provocando una suspensión de la actividad cerebral o apoplejía, y una anoxia en el encéfalo que ocasiona la muerte de las células cerebrales. En definitiva, un ictus es el símil a un infarto de miocardio, pero a nivel cerebral².

Según su naturaleza o tipo de lesión, los ictus se clasifican en hemorragias cerebrales o ictus isquémicos (ANEXO I³). Los primeros son ocasionados por la rotura de una vena o una arteria cerebral; se dividen en hemorragias cerebrales y en hemorragias subaracnoideas. Las hemorragias cerebrales o hematomas, se producen por la extravasación de la sangre al parénquima cerebral (ictus intraparenquimatoso), en cambio las hemorragias subaracnoideas, que tienen lugar entre la parte interna del cráneo y la superficie del cerebro, se deben a la rotura de un aneurisma arterial provocando un derrame sanguíneo al espacio subaracnoideo o leptomeníngeo^{4,5}. Los ictus isquémicos son más frecuentes que los hemorrágicos^{5,6} (85%-15% respectivamente); tienen lugar cuando un coágulo de sangre o trombo provoca un taponamiento en una arteria del cerebro, con la consecuente reducción del flujo sanguíneo, y por lo tanto del oxígeno y de los nutrientes⁵. Existen 4 clases de ictus isquémicos según la etiología: aterotrombótico, lacunar, embólico y de causa desconocida, y cuatro según la clínica: infarto completo de circulación anterior (TACI), infarto parcial de circulación anterior (PACI), lacunar (LACI) e infartos de la circulación posterior (POCI). El TACI suele ser embólico, tiene mal pronóstico; el PACI es tanto aterotrombótico como embólico y es el más frecuente; el lacunar es un infarto de menos de 15 mm, con síntomas específicos y buen pronóstico; el POCI suele ser trombótico⁶. Atendiendo a la evolución, los ictus isquémicos se dividen en ataque isquémico transitorio o AIT, y en infarto cerebral establecido o progresivo.

En la Figura 1 se representa esquemáticamente la clasificación de los ictus a partir de la ECV.

Por otra parte, los accidentes cerebrovasculares (ACV) se distinguen según la localización de la lesión y la extensión, diferenciándose en ictus en el hemisferio izquierdo o derecho, que ocasionan parálisis del lado contrario del cuerpo (hemiplejía derecha e izquierda respectivamente), ictus en el cerebelo, e ictus en el tallo del encéfalo, los más peligrosos, ya que en el tronco encefálico se sitúa el control de las funciones involuntarias como la presión arterial, el latido cardíaco o la respiración. Otras funciones que pueden afectarse son el control de la deglución, los movimientos de los ojos, el habla, la audición y la ejecución de las órdenes procedentes de los hemisferios cerebrales a las extremidades⁵.

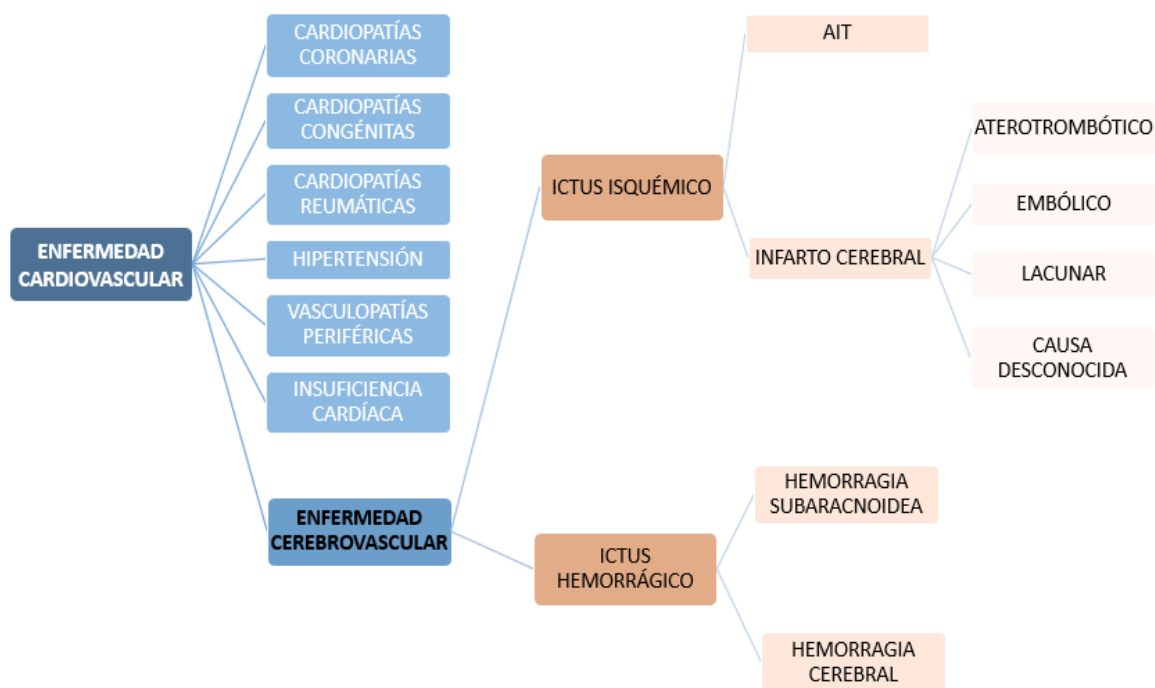


Figura 1. Clasificación de los ictus según la ECV

Fuente: elaboración propia.

Los factores de riesgo del ACV son heterogéneos; la mayoría de los factores de riesgo de un ictus isquémico coinciden con los de la enfermedad isquémica coronaria⁷. Las causas, que pueden ser controlables o modificables, y no modificables o no controlables, son⁶⁻⁸:

-Modificables: obesidad, inactividad física, tabaquismo, alcoholismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hiperhomocisteinemia, hipercoagulabilidad, apnea del sueño, hipertensión arterial, malnutrición, terapia hormonal/anticonceptivos y fibrilación auricular.

-No modificables: edad, sexo, raza, historia familiar de ictus, ictus o AIT previos y estenosis de la arteria carótida.

En función de la parte del cerebro afectada la sintomatología es diferente, pero los síntomas de alerta más frecuentes son los identificados en la Figura 2, además de otros como la sensación de hormigueo en el brazo, la pierna y/o la cara de uno de los planos sagitales del cuerpo. Los síntomas aparecen de forma súbita pudiéndose disipar sin dejar “huella” (AIT), pero eso no indica que haya que olvidarse de la gravedad de la situación, ya que existen altas posibilidades de recidivas. No obstante, las secuelas de los ictus en los niños (secuelas motrices, cognitivas, ataques epilépticos) pueden mantenerse a lo largo de su vida⁷.

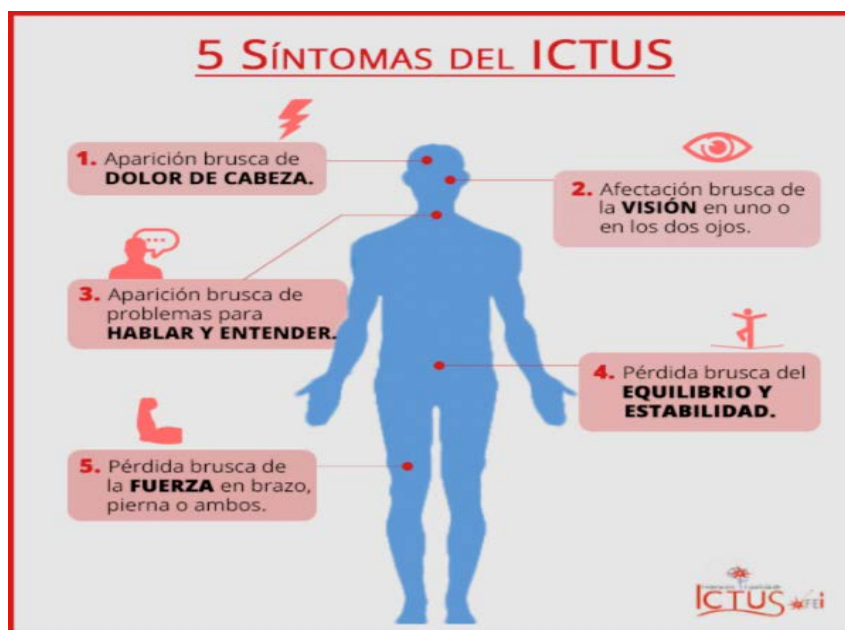


Figura 2. Síntomas que alertan un ictus

Fuente: Ictusfederación⁷.

1.1.2. Epidemiología

La incidencia del ictus aumenta año tras año, con la cardiopatía isquémica forma el “tándem” que ocasiona el mayor número de muertes mundial¹. La Federación Española del Ictus (FEI) advierte que 1 de cada 6 habitantes sufrirá un ACV en vida, un tercio morirá.

En 2016, la principal causa de muerte fue la producida por el grupo de enfermedades del sistema cardiovascular (258 fallecidos por 100.000 habitantes). Los ACV ocuparon el segundo puesto en el *ranking* de defunciones de las enfermedades circulatorias, que disminuyeron un 4,6 % en comparación con el año anterior⁹.

Según el sexo, las ECV han sido en el año 2016 la primera causa de muerte en mujeres, la tercera en varones, y la segunda en ambos sexos (Figura 3). Además, es la primera causa de gasto económico¹⁰ y discapacidad en adultos, y la segunda causa de demencia en España^{7,9}.

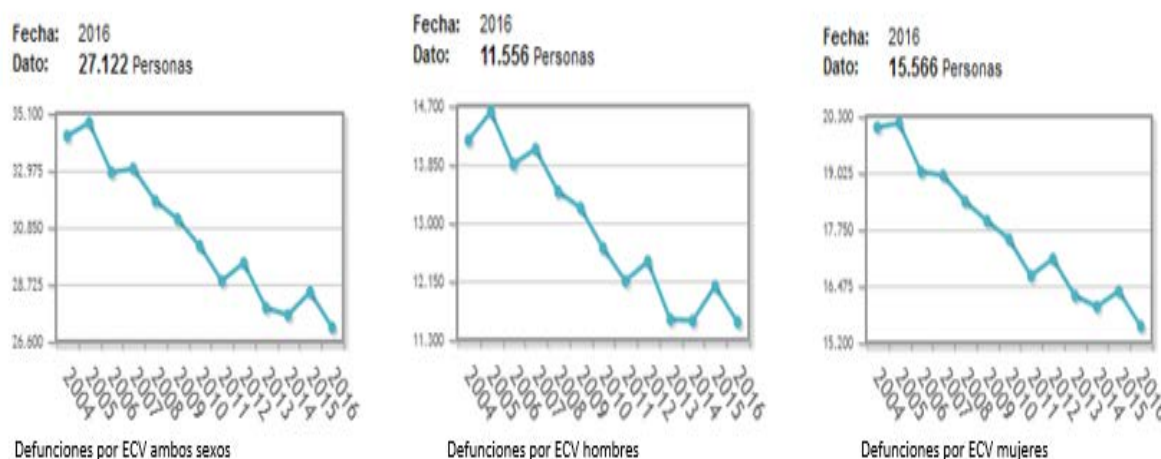


Figura 3. Número de defunciones causadas por ECV, por sexos, en 2016

Fuente: modificado de INE⁹.

1.1.3. Complicaciones potenciales principales

Los problemas comunes de una persona que ha sufrido un ictus son: alteraciones en las emociones (enfado, ansiedad, depresión), fatiga, afasia, disfagia, discapacidad física, problemas en la visión, debilidad, problemas de continencia y/o parálisis⁸. Por su parte, la FEI señala que la complicación más frecuente del paciente con hemiplejía post-ictus es el hombro doloroso⁷.

Las complicaciones potenciales (CP) principales son: hipertensión craneal, depresión, atelectasia y neumonía secundarias a la afectación de los reflejos de la tos y nauseoso, síndrome de dificultad respiratoria secundario a la aspiración de secreciones gástricas y neumonía, infarto agudo de miocardio (IAM) y arritmias cardíacas (la fibrilación auricular (FA) la más frecuente), y trastorno de la deglución.

Entre las CP secundarias, se encuentran el coma (puntuación en la escala de Glasgow por debajo de 8), las convulsiones o epilepsias, la incontinencia y/o el tromboembolismo pulmonar (TEP), entre otros^{6,10}.

1.2. La disfagia post-ictus

La disfagia es una de las complicaciones frecuentes en el paciente que ha sufrido un ACV. Se define como el trastorno o alteración de la deglución en cualquiera de sus fases: oral, faríngea o esofágica. La disfagia incluye el retraso o falta de avance del bolo alimenticio, y/o el paso equivocado del bolo a la vía aérea, provocando riesgos en la eficacia de la deglución, en la seguridad o en ambas^{5,6,11}.

El porcentaje de pacientes con disfagia post-ictus es variable, depende de la muestra y el lugar escogidos. Arnold et al. (citado en Ballesteros y Palazuelo¹²) señalan que el 20 % de pacientes que han sufrido un ictus presentan disfagia, de ellos, el 20 % tiene neumonía por aspiración, un quinto morirá en un año. Por su parte, Martino et al. (citado en Rowat¹³) incrementan a la mitad los pacientes que padecerán disfagia post-ictus; de ese 50 % la mayor parte verá resuelto el problema de disfagia, en cambio, la alteración empeorará en el 19 % de los casos. Guillén-Solà et al.¹⁴ indican un rango muy amplio de pacientes con disfagia tras un ictus agudo: 25-85 %.

La disfagia es una causa importante de la neumonía por aspiración, así como del aumento del coste sanitario, de la estancia hospitalaria, la desnutrición, la deshidratación y la mortalidad^{8,11,12}.

1.2.1. Fisiología de la deglución

La deglución es el mecanismo de transporte de alimentos líquidos y sólidos desde la boca hasta el estómago, previa masticación. Es un acto complejo, requiere secuencias motoras voluntarias e involuntarias, controladas por el SNC en última instancia, aunque también participan el sistema digestivo y el respiratorio. Es necesario tener una fundamentación teórica de estas estructuras y de la fisiología de la deglución para valorar, *a posteriori*, la disfagia. En la deglución intervienen la cavidad oral, la faringe, la laringe y el esófago, además de los treinta músculos y seis pares craneales (V, VII, IX, X, XI y XII). La deglución consta de tres fases: oral, faríngea y esofágica (Figura 4). La oral es la única voluntaria, y se divide a su vez en preparatoria y de transporte. En la primera tiene lugar el sellado labial, la masticación, la preparación y la mezcla del bolo con la saliva, y el contacto de la lengua con el paladar blando; en la fase oral de transporte, el bolo alimenticio alcanza la parte posterior de la boca a la vez que la lengua se

separa del velo del paladar para permitir su paso a la cavidad faríngea. En la fase faríngea, que es involuntaria, el bolo alimenticio pasa, en menos de un segundo, hacia el esfínter esofágico superior (EES); cesa la respiración y asciende la laringe previo descenso y cierre de la epiglotis, para que el bolo pase por el EES. En la última fase, que corresponde a la fase esofágica, involuntaria, aparecen las ondas peristálticas por el cuerpo del esófago en sentido descendente. Éstas propulsan el bolo alimenticio hacia el esfínter esofágico inferior (EEI), que se relaja y permite el paso del bolo al estómago^{8,11}.

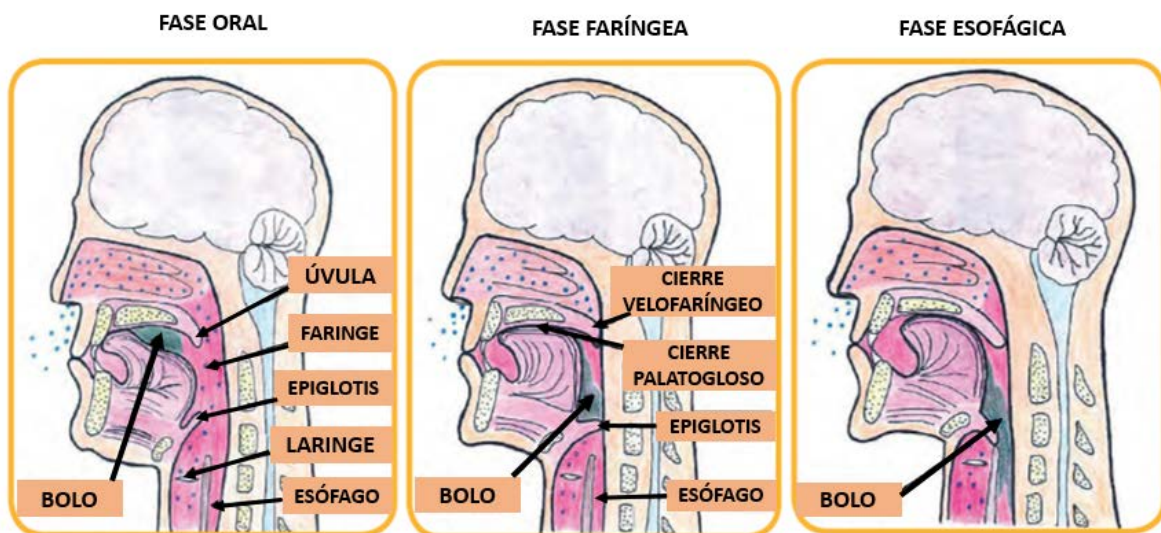


Figura 4. Etapas de la deglución

Fuente: Modificado de IMSERSO¹¹.

1.2.2. Fisiopatología de la deglución

Cuando el bolo ingerido no tiene un tamaño adecuado, el diámetro de la luz de las estructuras que intervienen en la deglución es menor al normal, la contracción peristáltica está alterada, o hay una inhibición deglutoria que no permite la relajación del EES y del EEI, hay una alteración del proceso fisiológico deglutorio que se conoce con el nombre de disfagia. La disfagia es motora cuando hay una falta de coordinación, o cuando las contracciones peristálticas son débiles, y es mecánica cuando el bolo es de un tamaño muy grande o la luz tiene un diámetro disminuido. Todo ello puede dar lugar a problemas de seguridad y de eficacia. De seguridad como consecuencia de un trayecto erróneo: el bolo pasa en menor o mayor parte a la laringe, pudiendo producir atragantamientos, asfixia, aspiraciones silentes e infecciones respiratorias; los problemas de eficacia son aquellos que ocasionan una pérdida de la capacidad para alimentarse y mantener una nutrición e hidratación correctas, ocasionan pérdida severa de peso por una desnutrición, y deshidratación por la falta de ingesta de líquidos^{6,11,15}.

No hay que olvidar que existen otros factores que pueden modificar la deglución, como la viscosidad y la temperatura de los alimentos, la edad, la posición corporal, los fármacos y los procedimientos invasivos, como las traqueostomías o la utilización de sondas nasogástricas (SNG)¹⁵.

1.2.3. Tipología de la disfagia

En función de las estructuras implicadas en la deglución que están afectadas se distinguen dos tipos de disfagia: la disfagia orofaríngea y la esofágica. En la disfagia orofaríngea se ve afectada la propulsión del bolo alimenticio y la apertura del EES, mientras que en la esofágica hay un trastorno en la movilidad a nivel del esófago (desde el EES hasta el estómago)^{6, 11}.

Otra forma de clasificar las disfgias es según el agente causal; se explica esquemáticamente en la Figura 5.

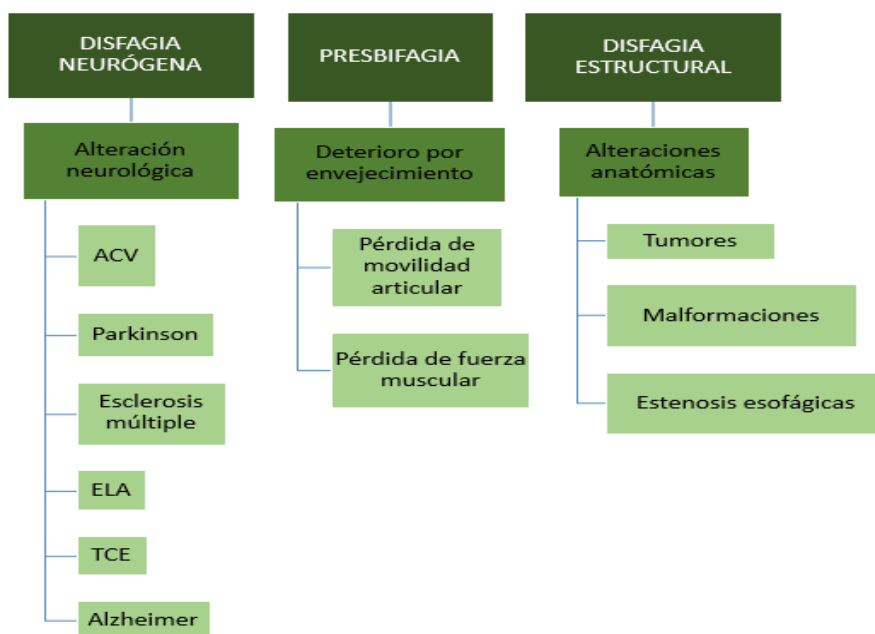


Figura 5. Tipos de disfagia

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica; TCE: Traumatismo Craneoencefálico.

Fuente: elaboración propia.

1.2.4. Cribaje de la disfagia

Después de sufrir un ACV, el objetivo de averiguar si el paciente tiene disfagia y de qué tipo es, tiene relación con los problemas de seguridad y de eficacia tratados en el apartado 1.2.2. La evaluación de la eficacia se lleva a cabo para observar la capacidad del paciente de ingerir los alimentos y líquidos que necesita evitando así la desnutrición y/o la deshidratación; la valoración de la seguridad va dirigida a comprobar la capacidad del paciente de ingerir alimentos y/o líquidos, sin que éstos se desvíen de la vía deglutoria normal al sistema respiratorio, pudiendo producir complicaciones graves como atragantamientos o aspiraciones¹¹.

Para que el profesional de enfermería detecte correctamente la disfagia, previamente ha tenido que llevar a cabo una correcta valoración. Los signos y síntomas que pueden indicar una alteración en la segunda necesidad de Virginia Henderson “comer y beber adecuadamente” son los siguientes^{8, 11}:

- tos o asfixia al deglutir, arcadas
- dificultad para iniciar la deglución en la fase oral, deglución en fases (fraccionada)
- mal sellado labial
- sensación de comida atascada en la garganta y residuos en la cavidad bucal

- infecciones respiratorias de repetición por el paso de alimentos/líquidos en los pulmones
- voz húmeda (carraspeo), disnea durante o después de la ingesta
- babeo o control difícil de la saliva
- pérdida de peso, signos de desnutrición y deshidratación

Existen varias herramientas de detección de la disfagia indicando, algunas de ellas, el tipo de disfagia en relación con la textura y volumen de los alimentos sólidos o líquidos.

Para evaluar la seguridad y eficacia de la deglución se pueden utilizar métodos clínicos o pruebas complementarias específicas.

Métodos clínicos:

- Historia clínica: el profesional de enfermería realiza preguntas sobre la dieta actual, los hábitos alimentarios y los posibles síntomas digestivos y respiratorios que el paciente pueda presentar durante y después de la ingesta. Se puede utilizar el test de despistaje de la disfagia EAT-10 (ANEXO II¹⁶)¹¹.

- Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V): tiene el objetivo de averiguar el volumen y la viscosidad ideales para que el paciente realice una ingesta eficaz y segura, mediante la utilización de tres tipos de viscosidades en el siguiente orden: néctar, *pudding* y líquido, a tres volúmenes crecientes: 5, 10 y 20 ml (Figura 6). La prueba debe acompañarse de un pulsioxímetro para monitorizar la saturación periférica. El test se detendrá cuando haya cualquier signo o síntoma mencionado anteriormente, o cuando la saturación disminuya respecto a la del comienzo de la prueba en más del 3 %^{6, 11, 17}.

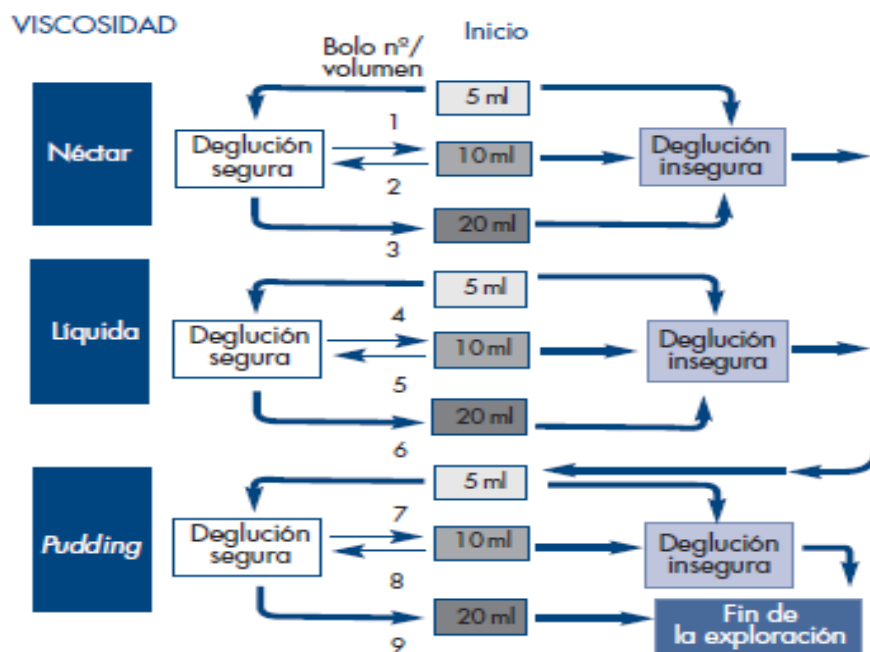


Figura 6. Secuencia de realización del MECV-V

Fuente: Acosta et al⁶.

- Test del agua: es una prueba sencilla que consiste en pedir al paciente que beba un determinado volumen de agua y evaluar si existe alteración de la seguridad, por la presencia de algún signo o síntoma de los anteriormente enumerados.

Pruebas complementarias específicas:

- La VFC o Videofluoroscopia: se considera la técnica de referencia (*gold standard*) para el estudio de la disfagia orofaríngea^{11,17}. Mediante radiología se obtienen imágenes de la deglución de la persona empleando diferentes volúmenes y viscosidades, con igual secuencia que la del MECV-V, utilizando un bolo formado por contraste de bario hidrosoluble y radiopaco¹¹.

- FEES o laringoscopia: evalúa directamente la deglución y los movimientos de la laringe¹⁷.

1.2.5. Cuidados de enfermería y recomendaciones generales

Como ya se ha dicho, es importante que el profesional de enfermería reconozca los signos y síntomas de la disfagia antes de iniciar y administrar cualquier tipo de alimento líquido o sólido, y sea conocedor de los métodos de despistaje de la misma. Todo ello corresponde con la primera etapa del proceso enfermero: la valoración. Se valorará, principalmente, la deglución, el funcionamiento neurológico y el estado nutricional general^{10,15}. En el ANEXO III¹⁸ se detallan el problema de autonomía y el problema interdependiente relacionados con la disfagia post-ictus.

Los cuidados y recomendaciones de enfermería antes, durante y después de la ingesta son los siguientes^{10,11,15}:

Antes:

❖ Asegurar que el paciente está en alerta; favorecer un entorno tranquilo y sin distracciones.

❖ Realizar una higiene oral adecuada para estimular la salivación y la deglución (para ello se utilizan gasas estériles con clorhexidina o Cariax gingival[®]). Si el paciente tiene xerostomía se pueden ofrecer alimentos o bebidas ácidas en pequeñas cantidades.

❖ Retirar pieles, cartílagos o espinas de los alimentos.

❖ No emplear pajitas o jeringas.

Durante:

❖ Colocar al paciente sentado con la espalda recta, el cuerpo bien alineado y los pies apoyados en el suelo sin las piernas cruzadas. Si está encamado, colocar al paciente en posición de Fowler. Evitar la hiperextensión de la cabeza; al deglutir puede acercarse el mentón al tórax para facilitar el paso del bolo alimenticio a la vía digestiva y prevenir la aspiración.

❖ Supervisar la ingesta, y ayudar en lo necesario favoreciendo siempre la independencia. En caso de ayuda, se debe estar a la altura del paciente.

❖ Las ingestas deben ser frecuentes y de poca cantidad. Asegurar que no hay residuos de comida entre toma y toma.

❖ Evitar que el paciente hable o se distraiga mientras mastica y deglute.

❖ Ofrecer el tiempo necesario, no hay prisa por terminar pronto.

Después:

- ❖ Asegurar que no hay restos de comida en la cavidad bucal.
- ❖ El paciente debe permanecer entre 15 y 30 minutos en la posición de Fowler o incorporado.
- ❖ Mantener buena higiene oral y dental (cepillar los dientes, encías, paladar y lengua para retirar los restos).

Por último, el abordaje de la disfagia debe ser de carácter multidisciplinar. Es importante que haya comunicación entre todos los profesionales (Figura 7) para optimizar los cuidados, ofrecer una nutrición e hidratación completa y adecuada, y evitar las complicaciones, en especial las respiratorias (broncoaspiraciones).

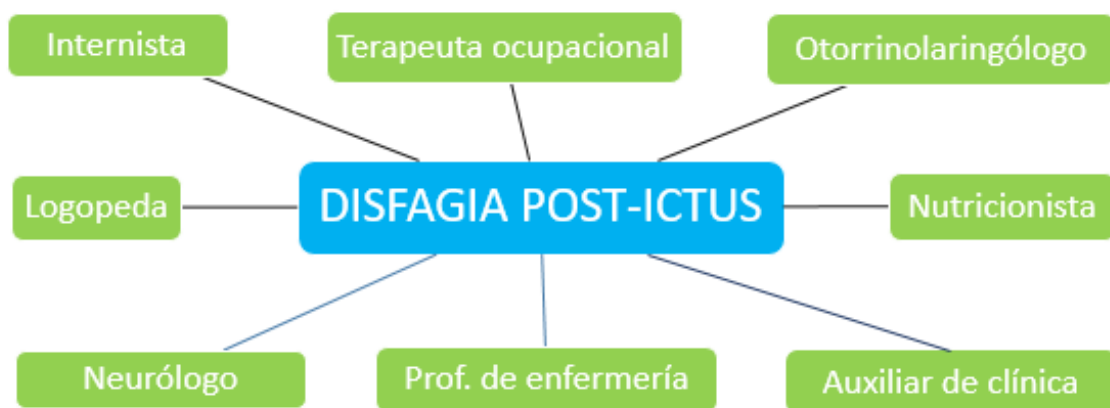


Figura 7. Profesionales que intervienen en la disfagia post-ictus

Fuente: elaboración propia.

1.3. Justificación del trabajo

La justificación principal de haber elegido este trabajo es una cuestión personal. He partido, como motivación intrínseca, de una experiencia familiar en la que una mala praxis de enfermería tuvo consecuencias. Al apreciar eso, considero necesario en primer lugar, que el personal de enfermería amplíe los conocimientos sobre este tema, en concreto de los cuidados enfermeros a pacientes que han sufrido un ACV y como consecuencia tienen su deglución alterada; segundo, se evitan problemas solucionables como las complicaciones (neumonías por aspiración) que son muy frecuentes en los pacientes que tienen ictus y que sufren una disfagia, lo que justifica que, con muy poco trabajo o con poco gasto de tiempo y de recursos, efectuar una valoración de la deglución o una prueba de detección de disfagia, produce un ahorro en el sistema de salud.

Es por ello que creo conveniente realizar una revisión bibliográfica sobre la disfagia post-ictus, en concreto, de los cuidados de enfermería y el cribaje de la misma con el fin de optimizar la atención al paciente.

1.4. Objetivos

Objetivo principal

❖ Actualizar, mediante una revisión bibliográfica, los conocimientos más recientes sobre los cuidados de enfermería en la disfagia post-ictus.

Objetivos específicos

- ❖ Establecer cuál es el método de detección de disfagia más efectivo.
- ❖ Describir los cuidados enfermeros, relacionados con la segunda necesidad de V. Henderson, que requiere el paciente con una disfagia post-ACV.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el abordaje de la disfagia en pacientes que han sufrido un ictus consultando las bases de datos científicas Cuiden, Medline, Scielo y en la Biblioteca Cochrane Plus, empleando el formato PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcome*).

La búsqueda principal ha tenido lugar entre noviembre de 2017 y enero de 2018. No obstante, se optó por realizar una segunda búsqueda en el mes de mayo de 2018, siguiendo la misma estrategia y en las mismas bases de datos de la primera búsqueda, con el fin de ofrecer este trabajo lo más actualizado posible, a pesar de no haber encontrado ninguna referencia más.

Para definir los términos de búsqueda se han utilizado los Descriptores de Ciencias de la Salud o DeCS, obteniendo así las palabras clave: ictus/*stroke*, disfagia/*dysphagia*, nutrición/*nutrition* y enfermería/*nursing*. Para establecer la estrategia de búsqueda se han combinado estos términos mediante los operadores lógicos booleanos AND, OR y NOT; igualmente se ha hecho uso del truncamiento de sufijo: asterisco (*).

Las pautas para la selección de artículos son las siguientes:

Criterios de inclusión:

- Artículos con fecha de publicación comprendida entre 2007 y 2018.
- Artículos escritos en cualquier idioma.
- Artículos que se centren en el la disfagia tras un ictus.
- Artículos relacionados con los objetivos de este trabajo.
- Estudios realizados en humanos.

Criterios de exclusión:

- Artículos publicados antes del 2007.
- Artículos no relacionados con el tema del trabajo.
- Artículos con fuente de publicación dudosa o desconocida.
- Literatura gris: cartas al director o ensayos divulgativos.
- Artículos no relacionados con la enfermería.

En la Tabla 1 se muestra la sintaxis de búsqueda y los artículos seleccionados, y en el ANEXO IV se exponen los detalles de búsqueda en la base de datos Medline.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se ha obtenido un total de 1450 artículos de los cuales se han seleccionado 572 para trabajar con ellos. Gracias a las pautas de selección, el total se redujo a 16 artículos. De esos 16 artículos se encontraron 4 por duplicado, escogiéndose 12 artículos finalmente. Además de las referencias seleccionadas de Medline (11) y Cochrane (1), se han escogido otras 6 referencias de otras fuentes como Enfispo, la Sociedad Española de Neurología (SEN), el instituto Guttman, el IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), el Hospital Universitario de Torrejón (Madrid) y la base de datos en línea y repositorio digital Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal) obteniendo un total de 18 referencias. En el ANEXO V se expone una tabla resumen de los 18 artículos empleados en el apartado 3. Resultados y Discusión.

En la Figura 8 se puede observar de forma esquemática todo el proceso de búsqueda.

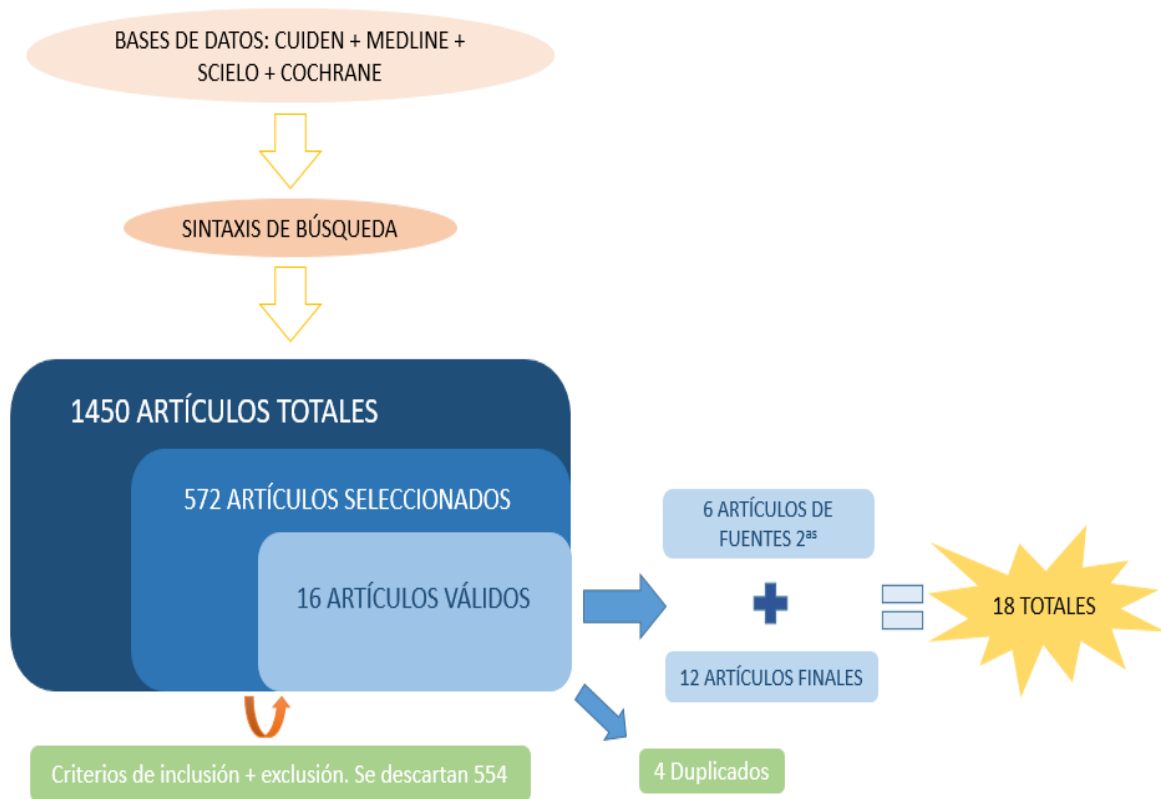


Figura 8. Flujograma de la búsqueda bibliográfica

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Sintaxis de búsqueda y selección de artículos

Motores de búsqueda	DeCS + OB	FILTROS	AT	AS	AV	AR
Cuiden	<i>stroke AND nursing</i>	Artículos originales	77	47	-	0
	<i>stroke AND care AND nursing</i>		47	25	0	0
	<i>stroke OR ACV AND nutrition</i>		233	153	-	0
	<i>ictus OR stroke OR ACV AND nutritional AND status AND enfermería</i>		379	194	-	0
	<i>cuidados AND enfermería AND nutrition AND ictus</i>		1	1	0	0
	<i>ictus AND enfermería AND nutrition</i>		3	2	0	1
Medline (PubMed)	<i>ictus OR stroke AND nursing AND nutrition NOT prevention</i>	10 years Humans	75	68	7	0
	<i>ictus OR stroke OR ACV AND nutrition AND care AND nursing NOT diagnosis NOT prevention</i>		25	22	2	0
	<i>ictus OR stroke OR ACV AND nutrition AND dysphagia NOT medicine NOT physiotherapy NOT diagnosis</i>		21	19	2	0
SciELO	<i>ictus</i>	2008/2018	9	0	0	0
	<i>ictus AND nurs*</i>		3	0	0	0
	<i>ictus AND nurs* AND nutri*</i>		1	0	0	0
	<i>enfermería AND stroke AND care</i>		22	0	0	0
Cochrane Library	<i>ictus OR stroke AND Nutrition AND nursing</i>	All Trials	326	6	1	1
	<i>stroke AND nutrition</i>		157	5	0	0
	<i>stroke AND support AND Nutritional</i>		39	5	0	1
	<i>stroke AND support AND nutritional AND care</i>		10	10	0	1

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud; OB: Operadores Booleanos; AT: Artículos Totales; AS: Artículos Seleccionados; AV: Artículos Válidos; AR: Artículos Repetidos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El ictus es la causa más común de disfagia que representa una complicación frecuente e invalidante con registros elevados de morbi-mortalidad entre los pacientes que han sufrido un ACV. En la fase aguda del ACV, el profesional de enfermería, además de ofrecer cuidados inmediatos, tiene que valorar y evaluar la deglución para detectar cualquier compromiso en el proceso deglutorio. A continuación se expondrán y analizarán los resultados encontrados en los 18 artículos empleados para este trabajo haciendo especial hincapié en los procesos de valoración y posteriormente en los cuidados de enfermería (ANEXO V).

3.1. Valoración de la disfagia post-ictus

3.1.1. Momento adecuado

En diferentes artículos^{8,14,19,20} la disfagia es el tema principal a tratar, pero solamente en uno de ellos⁸ aparece explicado el momento en el que se debe evaluar la deglución tras haber sufrido un ACV. Hughes⁸ junto con Rowat¹³ y Bretón et al.¹⁷ acotan a las primeras 24 horas el tiempo para evaluar la deglución con el objetivo de detectar y/o evitar la disfagia. No obstante Ballesteros et al.¹² y Ojo et al.²¹ añaden que el cribado no se debe demorar más de 72 horas, si no ha podido realizarse en las 24 horas primeras.

En la guía clínica de Wirth et al.²² se enumeran 31 recomendaciones con distintos grados de evidencia. Una de las diez recomendaciones que los autores han concluido como punto de consenso clínico (PCC) es la sexta recomendación. Esta expresa, al igual que Perry et al.²³, que la evaluación de la disfagia debe hacerse lo antes posible, aunque no determinan ningún periodo para llevarla a cabo.

Generalizando, St. John y Berger²⁴, al igual que Fernández¹⁰, abogan por la valoración de la disfagia en todos los pacientes que han sufrido un ictus previa administración de cualquier alimento líquido o sólido (cuidado estándar), pero Acosta et al.⁶ van más allá, y señalan que la valoración debe hacerse antes de cada cambio de dieta, o en cualquier momento si el paciente muestra signos y síntomas de disfagia, una vez superada la fase aguda.

3.1.2. Signos y síntomas de la disfagia

La deglución del paciente que ha sufrido un ictus puede estar o no alterada. Ello se averigua a través de ciertos signos y síntomas que indican que el paciente sufre o tiene riesgo de sufrir una disfagia. Se han encontrado un total de 25 signos y síntomas diferentes en 6 de los 18 artículos seleccionados, que se han clasificado según su incidencia de aparición en los artículos en: signos/síntomas principales, importantes y ocasionales. En los 12 artículos restantes no se ha encontrado nada relacionado con los signos/síntomas de la disfagia.

- Principales: 3 o más signos y síntomas repetidos. Los 6 artículos^{6,8,12,14,17,25} comparten en común siete signos y síntomas, que son: carraspera, tos, restos de comida en la boca, cambio en la calidad de la voz, ingesta enlentecida, dificultad para formar el bolo en la fase oral y pérdida rápida de peso.

- Importantes: signos y síntomas que se han encontrado al mismo tiempo en dos referencias, estos son: atragantamiento^{6,8}, falta de apreciación del sabor^{6,12}, sentimiento de comida en la garganta^{8,12}, deshidratación^{6,8}, infecciones respiratorias recurrentes por aspiración^{8,25} (principal desde el punto de vista clínico), y deglución fraccionada y babeo^{17,25}.

- Ocasionales: síntomas y signos clínicos no repetidos por otro/s autor/es, son: hemiparesia/hemiplejía facial y/o lingual y fiebre de más de 38°C de etiología inespecífica⁶; mal

sellado labial, disnea durante y después de la ingesta, mala higiene oral, regurgitación nasal, y mal control de secreciones y saliva¹⁷.

Ballesteros y Palazuelo¹² hacen una mención especial de los síntomas de la disfagia. Señalan que la herramienta de autoevaluación EAT-10 (ANEXO II), escala fiable y validada, detecta los síntomas específicos de disfagia que, además de los enumerados con anterioridad, son: odinofagia (dolor al tragar), esfuerzos extra y estrés al tragar, y problemas al comer fuera de casa. Si bien el EAT-10 abarca ítems y aspectos personales no tratados por otros autores, pone de manifiesto ciertas desventajas:

- El paciente puede obviar síntomas y signos como la tos, el cambio en la calidad de la voz, o la pérdida de peso, que sí puede detectar el profesional de enfermería durante su valoración.

- Para la evaluación, el paciente debe estar consciente y ser colaborador, de otra manera el EAT-10 no se podría llevar a cabo.

- El profesional de enfermería, y no el paciente, es el encargado de la valoración, por lo que el EAT-10 debería ser empleado como una herramienta complementaria.

Bretón et al.¹⁷ y Corrigan et al.²⁵ son los únicos autores que enumeran los signos y síntomas haciendo referencia al tipo de disfagia (orofaríngea), mientras que el resto de autores^{6,8,12,14} no diferencian la disfagia, pluralizando y englobando la disfagia orofaríngea y la esofágica en disfagia "a secas". Por su parte, Guillén et al.¹⁴ distinguen la disfagia en moderada-severa o leve-no disfagia según los signos y síntomas clínicos que presente el paciente durante la exploración.

El profesional de enfermería debe conocer y saber reconocer a través de la observación los signos y síntomas de la disfagia orofaríngea, pudiendo complementar la valoración con otras herramientas, como establecen Ballesteros y Palazuelo¹² cuando el paciente pueda y quiera colaborar. Sin embargo, clasificar en un tipo u otro de disfagia mediante la sintomatología, como señalan Guillén et al.¹⁴, es una competencia de medicina, no de Enfermería.

3.1.3. Porcentaje de disfagia tras sufrir un ictus

Se han encontrado 8 artículos en los que aparecen datos muy dispares sobre disfagia tras un ACV^{12-14,17,19,20,22,25}. Guillén et al.¹⁴, Bretón et al.¹⁷, Geeganage et al.²⁰ y Wirth et al.²² hablan de disfagia tras un ictus agudo en un rango porcentual muy amplio, en concreto entre el 25 y el 85 %, es decir, según estos autores, entre más de dos y casi nueve pacientes de un total de diez sufren un problema de disfagia en la fase inicial del ictus, rango bastante dilatado, ya sea por el volumen de la muestra, o por el lugar seleccionado para sus estudios/artículos.

Por su parte, Rowat¹³ y Crary et al.¹⁹ datan en más del 50 % la disfagia durante la fase aguda del ictus; Corrigan et al.²⁵ contemplan un rango definido de disfagia (40-60%), haciendo también referencia a la fase aguda del ictus.

El porcentaje más bajo de disfagia tras ictus lo aportan Ballesteros y Palazuelo¹² (20 %). Sorprendentemente su artículo es el más actual (2017). Si bien el 20 % es un dato que llama la atención en comparación con el resto de resultados, las autoras añaden que en los pacientes con disfagia, esta persistirá en más del 50 %, aunque no especifican la duración. Para Rowat¹³ la persistencia de la disfagia es menor (19%), y afirma que en una semana tras el ictus (dos para Geeganage et al.²⁰, y un mes para Corrigan et al.²⁵), la mayoría de los pacientes con disfagia verán resuelto su problema deglutorio.

Del resto de artículos (10), en 8 no aparece ningún dato porcentual relacionado con la incidencia de la disfagia post-ictus, y en los otros 2, los autores simplemente comentan que la disfagia ocurre en altas tasas tras un ictus^{8,26}.

3.1.4. Relación entre el ictus, la disfagia y el estado nutricional

Hughes⁸ y Ojo y Brooke²¹ señalan al ictus (en general y sin especificar) como el causante de la disfagia. Bretón et al.¹⁷ van más allá y dejan claro que la existencia de disfagia previa al ACV no tiene más riesgo de desnutrición, aunque sí lo hace si la disfagia persiste una vez superada la fase aguda del ictus (después de la primera semana).

Por su parte, Corrigan et al.²⁵, comentan que una malnutrición y disfagia previas al ACV aumenta el riesgo nutricional. Ballesteros y Palazuelo¹² están de acuerdo con Corrigan et al.²⁵ en que el culpable de la disfagia es la severidad del ictus, es decir, la localización y la extensión del área dañada del cerebro. Añaden que, además de la disfagia, la gravedad del ictus también condiciona el estado nutricional y favorece las infecciones respiratorias y la broncoaspiración¹².

3.2. Métodos de detección/cribado de la disfagia

Todos los autores^{6,12-14,17,19,21,22,24,25} alegan que es imprescindible detectar la disfagia en el paciente que ha sufrido un ictus. Sin embargo, no están de acuerdo con la elección del mejor método de cribado. Cada autor o grupo de autores indica el/los método/s más adecuado/s, justificándose con valores de Sensibilidad y Especificidad (Figura 9), esto es, la capacidad del método para detectar la disfagia y la capacidad del test para detectar la ausencia de la misma, respectivamente.

SENSIBILIDAD (S)

$$S = \frac{VP}{VP + FN}$$

ESPECIFICIDAD (E)

$$E = \frac{VN}{VN + FP}$$

VP: Verdades positivas; VN: Verdades negativas; FP: Falsos positivos; FN: Falsos negativos

Figura 9. Sensibilidad y Especificidad

Fuente: elaboración propia.

Los principales métodos que se utilizan en el cribado y que se analizarán a continuación son: test del agua, Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), pulsioximetría, videofluoroscopia (VFC), laringoscopia o FEES (siglas en inglés: *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*) y otros métodos como el GUSS (siglas en inglés: *Gugging Swallowing Screen*).

3.2.1. Test del agua de *DePippo*

Se han encontrado opiniones opuestas sobre la utilización de este método. Rowat¹³ y Ojo y Brooke²¹ argumentan que el test del agua debe realizarse lo antes posible para detectar la disfagia, añadiendo otros autores^{12,24} que es la prueba más empleada para la detección de la disfagia post-ictus. Varios investigadores^{14,17,22,25} están en contra del uso de este método ya que está dirigido a la identificación del riesgo-no riesgo de aspiración, es decir, solamente evalúa la seguridad deglutoria y no su eficacia.

En cuanto a la sensibilidad del test del agua, algunos autores^{12,14,22} proporcionan a este test datos en torno al 80 %, mientras que otros^{24,25} expresan que la mitad de los pacientes no serán identificados de riesgo de aspiración porque realizan aspiraciones silentes (no detectables con el test del agua), además de poder producirles complicaciones, como la broncoaspiración¹⁴.

3.2.2. Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad o test de *Clavé*

Hay consonancia entre los autores^{6,14,17} que señalan que el método MECV-V evalúa la eficacia y la seguridad de la deglución, siendo un test básico a pie de cama. Asimismo manifiestan que la textura con la que se debe iniciar el test es la textura néctar (ver Figura 6).

El MECV-V puede realizarse con un pulsioxímetro^{12,14,17}.

3.2.3. Pulsioximetría

Rowat¹³ explica que una desaturación durante una prueba de disfagia indica aspiración; las vías aéreas se ven estrechadas (broncoconstricción) y tiene lugar un desequilibrio en la relación ventilación-perfusión (V/Q).

La pulsioximetría puede asociarse con otros métodos de cribado como el test del agua o el MECV-V pues son métodos coste-efectivos y no invasivos^{14,17}. Wirth et al.²² en cambio no recomiendan el uso del pulsioxímetro junto al test del agua. Acosta et al.⁶ y Ballesteros y Palazuelo¹² tienen claro que el pulsioxímetro debe utilizarse durante el test MECV-V pero tienen opiniones diferentes sobre lo que supone una desaturación. Para Acosta et al.²² una desaturación del 3 % o más (al igual que Guillén et al.¹⁴) indica disfagia, en cambio, para Ballesteros y Palazuelo¹² una desaturación desde un 2 % (de la misma manera que Rowat¹³), indica aspiración.

Por tanto, la pulsioximetría se puede emplear junto a otros métodos de cribado, pero no está claro lo que significa una desaturación ni cuál es el porcentaje de desaturación que advierte la disfagia y/o la aspiración.

3.2.4. Videofluoroscopia (VFC)

La mayoría de los investigadores^{12-14,17,22,25} están de acuerdo que la VFC es el “*gold standard*” para la detección de disfagia ya que esta prueba distingue una penetración (paso de alimento por encima de las cuerdas vocales a la vía respiratoria) de una aspiración (paso de alimento por debajo de las cuerdas vocales). No obstante, la VFC tiene limitaciones: no está disponible en todos los centros, es un método de elevado coste, requiere el traslado del paciente al servicio de radiología y, como argumentan Corrigan et al.²⁵, requiere que el paciente esté consciente y sea cooperador. Guillén et al.¹⁴ explican que si el MECV-V es positivo, esto es, hay alteraciones en los signos de seguridad (cambios de voz, tos, desaturación), el paso consecutivo es realizar una VFC. De esta manera, se evita realizar esta prueba en pacientes que no hayan

mostrado signos en el MECV-V, no irradiando al paciente innecesariamente y manteniendo un coste-efectividad apropiado.

3.2.5. Laringoscopia o FEES

A diferencia de la VFC, la laringoscopia puede llevarse a cabo sin tener que desplazar al paciente a otra parte del hospital^{13,17,22}. Ambas pruebas son invasivas y requieren cooperación pero la FEES, a diferencia de la VFC, no precisa material ni personal específico¹², y no utiliza la técnica de rayos X^{13,22}. La debilidad de esta prueba es que permite observar la deglución pero no la aspiración^{12,13}. Por esta razón Corrigan et al.²⁵ señalan que la laringoscopia es un buen complemento de la VFC.

3.2.6. Otros métodos de cribado

El GUSS o *Gugging Swallowing Screen* es el test con mayor rigor científico y uno de los más aplicables por enfermería¹².

Wirth et al.²² y St. John y Berger²⁴ explican que este test detecta el riesgo de aspiración, tiene la máxima sensibilidad (100 %) y una especificidad entre el 50 y el 70 %. Según los últimos autores²⁴ los profesionales de enfermería concluyen que se trata de una prueba que no consume más tiempo que los métodos de cribado tradicionales y que, tras un entrenamiento adecuado, se ven capacitados para emplearlo adecuadamente.

Por su parte, Crary et al.¹⁹ apuestan por su propio método de evaluación, el método MASA (*Man Assessment of Swallowing Ability*) arguyendo que es un test validado, no como el método VFC, y que evalúa aspectos cognitivos, motores y de comunicación a diferencia de otros métodos de cribaje.

3.3. Aspiración y neumonía por aspiración

La mayoría de autores^{8,12-14,17,20,22,24,26} concluyen que tras un ictus hay que detectar, prevenir y/o manejar la disfagia para evitar así que se produzcan aspiraciones e infecciones secundarias pues el riesgo de padecer neumonía es elevado^{12,17,20,22,24}. Además, si el paciente ya ha aspirado o sufre neumonía por aspiración, se eleva considerablemente la tasa de morbimortalidad, hasta el 50 % para Ballesteros y Palazuelo¹², y triplica el riesgo de sufrir otras complicaciones¹⁴, aumentando la estancia hospitalaria y el coste sanitario²⁶.

Ballesteros y Palazuelo¹² añaden que realizar un cribado de disfagia reduce en el 75 % la incidencia de neumonías por aspiración.

Según Bretón et al.¹⁷ la mayoría de los métodos de cribado de disfagia se centran en detectar las aspiraciones silentes, aspiraciones que no se reconocen por signos o síntomas, que son frecuentes en uno de cada dos pacientes con disfagia post-ACV^{13,24}.

El estudio de Aoki et al.²⁶ necesita una mención especial dado que aporta información muy relevante sobre la actuación multidisciplinar para prevenir las aspiraciones tras disfagia post-ictus. Concluyen que con una intervención de distintos profesionales en equipo las aspiraciones se producen en menos del 7 % de los pacientes, mientras que sin una actuación multidisciplinar la incidencia se eleva al 16 %.

3.4. Desnutrición y deshidratación

Es crucial valorar la desnutrición y la deshidratación en la fase aguda del ictus (en las primeras 24-72 horas) además de la deglución^{8,10,12,14,17,22,27}, en especial cuando ya se ha detectado una disfagia en el paciente^{13,17,21}. Ballesteros y Palazuelo¹² y Bretón et al.¹⁷, atribuyen a la desnutrición el incremento de la morbi-mortalidad y de la discapacidad en el paciente con ictus, cuando el culpable de ello, en primera instancia, es la disfagia.

Según diferentes autores^{13,20,22,25,28} las personas que sufren un ACV ya estaban desnutridas antes de producirse la enfermedad. Todos ellos aportan datos de desnutrición pre-ACV muy variables: para Wirth et al.²² alcanza el 24 %; según Rowat¹³ y Corrigan et al.²⁵ los porcentajes pueden variar desde el 6 % al 60 %; y para Geeganage et al.²⁰ y Wang et al.²⁸ los casos de desnutrición previa oscilan entre el 8 % y el 30 %. Esta heterogeneidad es debida al tipo de estudio, muestra seleccionada y población elegida a analizar por cada autor o grupo de autores a la hora de desarrollar una investigación.

Tampoco hay consenso en la elección de la herramienta más adecuada para detectar la desnutrición. Hughes⁸ y Mould²⁷ sostienen que el mejor instrumento es el MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*). Wang et al.²⁸ añaden además que el NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening*) también es una buena herramienta, pero que hay otras que se pueden utilizar como el MNA (*Mini Nutritional Assessment*) o el SGA (*Subjective Global Assessment*). En el ANEXO VI se adjuntan las cuatro herramientas de cribado de desnutrición²⁹⁻³². Confrontando lo anterior, Wirth et al.²² sostienen que la herramienta más adecuada es el NRS 2002 habiendo otras que se pueden utilizar igualmente. Por su parte, Bretón et al.¹⁷ se desentienden de conflictos y determinan que el MUST, el NRS 2002 y el MNA son las más usadas.

En definitiva, es evidente que el profesional de enfermería tiene que identificar la desnutrición y la deshidratación en el paciente con dificultades para deglutir, pero no está claro cuál es la mejor herramienta para ello, aunque el MUST y el NRS 2002 son las más destacadas.

3.5. Cuidados de enfermería a pacientes con disfagia secundaria a ACV

Para satisfacer la segunda necesidad de Virginia Avenel Henderson “*comer y beber adecuadamente*” en el paciente con disfagia post-ictus, se necesitan cuidados continuados de profesionales muy cercanos: los profesionales de enfermería. Observan, detectan, ayudan (parcial o totalmente) y educan de una forma eficaz al paciente disfágico, así como a su familia.

Valorar y manejar la deglución, la disfagia, la desnutrición y la deshidratación en estos pacientes es esencial para su evolución y rehabilitación^{6,23,27}. A continuación se exponen los cuidados enfermeros en el paciente con disfagia neurógena (secundaria a un ACV).

La mayoría de los autores^{6,8,12,13,17,23-27,33} afirman que el cuidado principal en la segunda necesidad de V. Henderson es realizar una valoración de la deglución y una de la disfagia, independientemente del método empleado para ello.

Acosta et al.⁶ en sintonía con Ballesteros y Palazuelo¹², señalan que conocer el tipo de dieta y los cambios en la misma, las medidas posturales, la consistencia y textura de los alimentos y el uso adecuado de espesantes, son cuidados básicos en estos pacientes.

La posición corporal durante y después de la ingesta es una de las intervenciones del profesional de Enfermería. Elevar el cabecero de la cama hasta un ángulo de 45-60° (posición Fowler) mientras el paciente se alimenta, así como mantener esa posición entre 20 y 30 minutos después de la ingesta, evita el riesgo de aspiración en un 75-80 % de los pacientes^{6,8,13,25,33}; St.

John y Berger²⁴ son los únicos que manifiestan que cuando se realice cualquier test de detección de disfagia también hay que elevar previamente la cabecera a 60° en pacientes encamados, y flexionar el mentón hasta el pecho en los pacientes que puedan estar en posición sedente.

Cita aparte necesita el uso de gelatinas o espesantes que están indicados en pacientes con disfagia neurológica, ya que toleran mejor el agua y otros líquidos mezclados con dichos productos¹⁷.

Ballesteros y Palazuelo¹² mencionan las maniobras de deglución compensatorias específicas que puede realizar o enseñar el profesional de enfermería. Son maniobras voluntarias que ayudan a modificar la fisiología de la deglución conscientemente, a saber:

- Maniobra de Mendelson: elevar voluntariamente la laringe tocándose con una mano el cartílago tiroideos y mantener la mano unos segundos después de haber tragado.

- Maniobra de Masako: tocar con la punta de la lengua los incisivos inferiores y tragar para facilitar el paso del bolo de la faringe al esófago evitando residuos en la vallécula (depresión entre epiglotis y base de la lengua).

- Deglución con resistencia frontal: colocar la mano en la frente y presionar al deglutir para mejorar el cierre glótico y evitar rutas falsas del alimento.

Otro cuidado básico en estos pacientes es la higiene bucodental. La mayoría de los autores^{8,12,23,26,33} coinciden en que una adecuada higiene oral (dientes, lengua, encías y paladar) antes y después de la alimentación reduce la incidencia de neumonía y candidiasis oral. Sin-Hee y So-Sun²⁹ añaden que la higiene se debe realizar empleando clorhexidina al 0,12 % tres veces al día como mínimo, y que tras la administración de medicación se debe enjuagar la boca con 30 ml de agua.

En cuanto al empleo de suplementos nutricionales orales, no se deben suministrar a pacientes que no estén desnutridos^{13,22}.

Por otra parte, la educación nutricional es una intervención de enfermería que se debe potenciar. Enseñar hábitos de alimentación, higiene corporal, velocidad apropiada al comer y volumen máximo de alimento a ingerir en pacientes que estén en riesgo o tengan disfagia, es importante para desarrollar una alimentación adecuada²³.

Una anotación que ofrece Rowat¹³ relacionada con la segunda necesidad de V. Henderson pero no con la disfagia, es que está totalmente prohibido administrar dextrosa durante las primeras 48 horas tras un ACV, por el alto riesgo de provocar una hiperglucemia.

Para finalizar este apartado, se enumeran las actuaciones que un profesional de enfermería **nunca** debe efectuar en pacientes con disfagia⁶:

- Iniciar una alimentación con líquidos, ya que en la disfagia neurógena es difícil manejar esta consistencia; es mejor empezar con cucharaditas de flan, *pudding* o yogurt muy fríos (favorece la transición del bolo y el reflejo deglutorio).

- Ofrecer consistencias con las que ha sufrido disfagia y/o ha realizado una aspiración.

- Cambiar una dieta sin llevar a cabo una prueba de deglución, como el test MECV-V.

- No registrar el balance nutricional diario.

- Intervenir de forma autónoma sin formar parte de un equipo multidisciplinar con logopedas, higienistas dentales, facultativos, terapeutas ocupacionales, etc.

4. CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión bibliográfica, se obtienen las siguientes conclusiones:

- Es imprescindible comprender la anatomofisiología de las estructuras implicadas en la deglución para detectar la disfagia y ofrecer los mejores cuidados de enfermería.
- La videofluoroscopia se presenta como la mejor herramienta de mayor consenso para la detección de la disfagia. No obstante, es necesario ampliar la investigación en este ámbito para establecer cuál es el mejor método de cribado.
- Es necesario que el profesional de enfermería valore lo antes posible la función deglutoria en todos los pacientes con ACV, para detectar y prevenir los problemas evitables derivados de la disfagia.
- Las intervenciones del profesional de enfermería (posturales, ayuda a la deglución, utilización de espesantes, educación sanitaria) a realizar en la disfagia post-ictus evitan complicaciones como la neumonía por aspiración y la desnutrición.
- La actuación de enfermería para valorar y detectar la deshidratación y la desnutrición en la fase aguda del ACV es indispensable en una atención óptima.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Who.int. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2015 [citado el 22 Feb 2018]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/
2. Sociedad Española de Neurología (SEN) y su Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Observatorio del ictus [Internet]. 2011 [citado el 22 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.observatoriodelictus.com/index.php/que-es-un-ictus>
3. premiummadrid GLOBAL HEALTH CARE. Accidente cerebrovascular o ictus [Internet]. Madrid: premiummadrid. 2016 [citado el 5 Mar 2018]. Disponible en: <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/fernando-miguel/accidente-cerebrovascular-o-ictus/>
4. Fundación del Cerebro. FEEN [Internet]. 2017 [citado el 22 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcerebro.es/index.php/enfermedades-neurologicas/121-el-ictus>
5. Institut Guttmann [Internet]. 2017 [citado el 22 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.guttmann.com/ca/node/2018>
6. Acosta Ramírez P, Alegría Barrero E, Álvarez Rodríguez NE, Antolín Serna T, de Antonio Sanz E, Aranda Moreno S, et al. Atención hospitalaria al paciente con ictus. 2015; 1:127-132.
7. Ictusfederacion.es. Federación Española del Ictus [Internet]. 2016 [citado el 24 Feb 2018]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/infoictus/prevencion/>
8. Hughes SM. Management of dysphagia in stroke patients. Nursing older people. 2011; 23:21-24.
9. INE.es. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. 2016 [citado el 24 Feb 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf
10. Fernández Benito RE, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. Nuber Cientif. 2012; 1:60-69.
11. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Guía de nutrición para personas con disfagia [Internet]. 2012 [citado el 26 Feb 2018]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf
12. Ballesteros Palomar MD, Palazuelo Amez L. ¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle?. Nutr Hosp [Internet]. 2017; 34:46-56. Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1239>
13. Rowat A. Malnutrition and dehydration after stroke. Nursing Standard. 2011; 26:42-46.
14. Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. Rehab [Internet]. 2011 [citado el 17 Feb 2018]; 45:292-300. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-cribaje-disfagia-el-ictus-utilidad-S004871201100123X>

15. Molina Gil B, Guerra Blanco FJ, Gutiérrez Fonseca R. Disfagia y aspiración. En: Fundación Jiménez Díaz, editores. Libro virtual de formación en Otorrino-laringología. Madrid: SEORL; 2015. p. 1-26.
16. nestlenutrition-Institute. [Internet]; 2009 [citado el 5 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.nestlenutrition-institute.org/docs/default-source/global-dcoument-library/nutrition-tools/eat-10-spanish---final-11212016.pdf>
17. Bretón I, Cuerda C, Camblor M, Velasco C, Frías L, Higuera I, et al. Nutrición en el paciente con ictus. Nutr Hosp [Internet]. 2013 [citado el 11 Feb 2018]; 6:39-48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309228933005.pdf>
18. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson S.A. 2000.
19. Crary MA, Humphrey JL, Carnaby-Mann G, Sambandam R, Miller L, Silliman S. Dysphagia, Nutrition, and Hydration in Ischemic Stroke Patients at Admission and Discharge from Acute Care. Dysphagia. 2013; 28:69-76.
20. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PMW. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke(Review). Wiley. 2012; 1-97.
21. Ojo O, Brooke J. The Use of Enteral Nutrition in the Management of Stroke. Nutrients [Internet]. 2016 [citado el 11 Mar 2018]; 8:1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5188480/>
22. Wirth R, Smoliner C, Jäger M, Warnecke T, Leischker A, Dziewas R, et al. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. etsm [Internet]. 2013 [citado el 11 Mar 2018]; 5:14. Disponible en: <https://etsmjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2040-7378-5-14>
23. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. Worldviews on Evid-Bas Nurs. 2012; 40:1-25.
24. St. John J, Berger L. Using the Gugging Swallowing Screen (GUSS) for Dysphagia Screening in Acute Stroke Patients. The Journal of Cont Educ in Nurs. 2015; 46:103-104.
25. Corrigan ML, Escuro AA, Celestin J, Kirby DF. Nutrition in the Stroke Patient. Nutr in Clin Prac. 2011; 26:242-252.
26. Aoki S, Hosomi N, Hirayama J, Nakamori M, Yoshikawa, Nezu T, et al. The Multidisciplinary Swallowing Team Approach Decreases Pneumonia Onset in Acute Stroke Patients. PLOS ONE. 2016; 11:1-8.
27. Mould, J. Nurses ´must` control of the nutritional needs of stroke patients. British Journal of Nurs. 2009; 18:1410-1414.
28. Wang J, Luo B, Xie B, Hu HY, Feng L, Li ZN. Evaluation methods on the nutritional status of stroke patients. 2014; 18:3902-3907.
29. bapen.org. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [Internet]. 2015 [citado el 16 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.bapen.org.uk/>

30. espen.org. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism [Internet]. 2018 [citado el 16 Abr 2018]. Disponible en: <http://www.espen.org/>
31. mna-elderly.com. Nestlé Nutrition Institute. [Internet]. 2004 [citado el 16 Abr 2018]. Disponible en: http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf
32. Detsky A, McLaughlin J, Baker J, Johnston N, Whittaker S, Mendelson R, et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? JPEN. 1987; 11:8-13.
33. Sing-Hee, Y, So-Sun K. Development and Evaluation of an Enteral Nutrition Protocol for Dysphagia in Patients with Acute Stroke. J Korean Acad Nurs. 2014; 44:280-293.

6. ANEXOS

ANEXO I. Dibujo esquemático sobre un ACV³.

CÓMO SE PRODUCE

- 1 La circulación sanguínea de una parte del cerebro se interrumpe
- 2 En el área afectada, la falta de oxígeno provoca lesiones o muerte de tejido cerebral
- 3 Los síntomas aparecen en el lado del cuerpo opuesto al del cerebro que sufrió la lesión

CÓMO SE MANIFIESTA

- Pérdida de fuerza o sensación de adormecimiento en una mitad del cuerpo (mitad de la cara, brazo y pierna)
- Pérdida brusca de visión, parcial o total, en uno o ambos ojos
- Dificultad para hablar o comprender

EXISTEN DOS TIPOS

ISQUÉMICO

Es debido a una falta de llegada de sangre a una determinada zona del cerebro. **Infarto cerebral**



HEMORRÁGICO

Está causado por la rotura de un vaso sanguíneo del cerebro. **Hemorragia cerebral**





EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

ANEXO III. Problema de autonomía y problema interdependiente de la disfagia post-ictus¹⁸.

PROBLEMA DE AUTONOMÍA		INTERVENCIÓN NIC
Déficit de autocuidado: alimentación (00102)	SUPLENCIA	<p>1803: Ayuda con el autocuidado: alimentación. Ayudar a una persona a comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en una posición cómoda. Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona. Proporcionar higiene bucal antes y después de las comidas. <p>3200: Precauciones para evitar la aspiración. Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, nauseoso y capacidad deglutoria. Evaluar la presencia de disfagia. Alimentar en pequeñas cantidades. Evitar los líquidos y usar agentes espesantes. Posición a 90 ° o lo más incorporado posible. Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos. <p>1860: Terapia de deglución: facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución. Evitar el uso de pajitas para beber. Ayudar a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución. Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer. Enseñar al paciente a no hablar mientras come.
	<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	

PROBLEMA DE COLABORACIÓN	INTERVENCIONES NIC
CP: Neumonía 2ª a aspiración	<p>0840: Cambio de posición.</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar en la posición terapéutica especificada. Colocar en posición de alineación corporal correcta. Elevar el cabecero de la cama. <p>1710: Mantenimiento de la salud bucal.</p> <p>3200: Precauciones para evitar la aspiración.</p>

ANEXO IV. Detalles de búsqueda en la base de datos Medline.

Motor de búsqueda	DeCS + OB	FILTROS
Medline (PubMed)	<i>ictus OR stroke AND nursing AND nutrition NOT prevention</i>	10 years Humans
	DdB (((ictus[All Fields] OR ("stroke"[MeSH Terms] OR "stroke"[All Fields])) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields])) AND ("nutritional status"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "status"[All Fields]) OR "nutritional status"[All Fields] OR "nutrition"[All Fields] OR "nutritional sciences"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "sciences"[All Fields]) OR "nutritional sciences"[All Fields])) NOT ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND ("2008/02/15"[PDat] : "2018/02/11"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	
	<i>ictus OR stroke OR ACV AND nutrition AND care AND nursing NOT diagnosis NOT prevention</i>	10 years Humans
	DdB ((((((ictus[All Fields] OR ("stroke"[MeSH Terms] OR "stroke"[All Fields])) OR ACV[All Fields]) AND ("nutritional status"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "status"[All Fields]) OR "nutritional status"[All Fields] OR "nutrition"[All Fields] OR "nutritional sciences"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "sciences"[All Fields]) OR "nutritional sciences"[All Fields])) AND care[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "feeding"[All Fields]) OR "breast feeding"[All Fields])) NOT ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms])) NOT ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND ("2008/02/15"[PDat] : "2018/02/11"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	
	<i>ictus OR stroke OR ACV AND nutrition AND dysphagia NOT medicine NOT physiotherapy NOT diagnosis</i>	10 years Humans
	DdB ((((((ictus[All Fields] OR ("stroke"[MeSH Terms] OR "stroke"[All Fields])) OR ACV[All Fields]) AND ("nutritional status"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "status"[All Fields]) OR "nutritional status"[All Fields] OR "nutrition"[All Fields] OR "nutritional sciences"[MeSH Terms] OR ("nutritional"[All Fields] AND "sciences"[All Fields]) OR "nutritional sciences"[All Fields])) AND ("deglutition disorders"[MeSH Terms] OR ("deglutition"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "deglutition disorders"[All Fields] OR "dysphagia"[All Fields])) NOT ("medicine"[MeSH Terms] OR "medicine"[All Fields])) NOT physiotherapy[All Fields]) NOT ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms]) AND ("2008/02/15"[PDat] : "2018/02/11"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	
DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud; OB: Operadores Booleanos; DdB: Detalles de Búsqueda.		

ANEXO V. Tabla-resumen de los artículos utilizados en la discusión (varios artículos).

AUTORES	AÑO LUGAR	TÍTULO	CONCLUSIONES
Acosta et al. ⁶	2015 ESPAÑA	Atención hospitalaria al paciente con ictus.	No hay.
Hughes. ⁸	2011 REINO UNIDO	Management of dysphagia in stroke patients.	El artículo ha utilizado un estudio de un caso para mostrar las experiencias de las personas que viven con disfagia tras un ACV. El artículo demuestra la importancia de evaluar a un paciente de manera holística asegurando que la hidratación y necesidades nutricionales se cumplan de manera efectiva y segura. La higiene oral, el estado nutricional y la posición correcta durante la ingesta son aspectos importantes del manejo de la disfagia. Las enfermeras son fundamentales para garantizar que las necesidades de disfagia de los pacientes se cumplan y se manejen rápido y de forma segura.
Fernández et al. ¹⁰	2012 ESPAÑA	Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus.	Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta muy útil para nuestra profesión, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, ya que se favorece la continuidad de los cuidados, se fomenta la formación para el desarrollo profesional y se facilita la aplicación del proceso enfermero en su aplicación y registro.
Ballesteros y Palazuelo. ¹²	2017 ESPAÑA	¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle?	La disfagia es un problema frecuente después de un ictus, es tratable y la rehabilitación de la función deglutoria permite mejorar el estado de salud de los pacientes. La disfagia y el cribado de desnutrición se deberían valorar entre las primeras 24-72 horas tras el ictus.
Rowat. ¹³	2011 REINO UNIDO	Malnutrition and dehydration after stroke.	La disfagia, desnutrición y la deshidratación son complicaciones comunes tras un ictus que hay que detectar. Las enfermeras tienen un papel importante en el mantenimiento del estado nutricional e hidratación tras el ictus. El manejo debe dirigirse a garantizar la ingesta oral adecuada en los que puedan tragar y la nutrición enteral y/o parenteral en los que no puedan.

ANEXO V. Tabla-resumen de los artículos utilizados en la discusión (continuación).

AUTORES	AÑO LUGAR	TÍTULO	CONCLUSIONES
Guillén et al. ¹⁴	2011 ESPAÑA	Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia.	La valoración del paciente disfágico basado en los datos de exploración clínica y el MECV-V resulta en un cribaje de bajo coste, de fácil aplicación y muy sensible. El MECV-V presenta mayor sensibilidad, especificidad y eficiencia, permitiendo ajustar dietas precozmente y decidir si precisa de una valoración instrumentada.
Bretón et al. ¹⁷	2013 ESPAÑA	Nutrición en el paciente con ictus.	El ictus se asocia con un elevado riesgo de desnutrición, condicionada fundamentalmente por la existencia de disfagia, que se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad e incapacidad. Es necesario llevar a cabo una valoración del estado nutricional y de la eficacia y seguridad de la deglución en todos los casos, ya que permite establecer un plan terapéutico específico. El soporte nutricional permite mantener y mejorar el estado nutricional del paciente, puede favorecer la recuperación funcional y previene alguna de las complicaciones, como el desarrollo de úlceras por presión.
Crary et al. ¹⁹	2013 EEUU	Dysphagia, Nutrition, and Hydration in Ischemic Stroke Patients at Admission and Discharge from Acute Care.	De acuerdo con estudios previos, este estudio no identificó ninguna relación significativa entre la disfagia y el estado nutricional en pacientes con ACV isquémico agudo. Sin embargo, con base en los resultados actuales, los pacientes con ACV isquémico con disfagia están en riesgo de deshidratación al ingreso en el hospital, pudiendo aumentar durante la hospitalización. Teniendo en cuenta los factores de riesgo de la deshidratación en esta población, se justifica una mayor investigación para identificar los factores de la salud que contribuyen a la hidratación deficiente en esta población.
Geeganage et al. ²⁰	2012 REINO UNIDO	Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke(Review)	Sigue habiendo datos insuficientes sobre el efecto de la terapia deglutoria, la alimentación y los suplementos nutricionales y líquidos sobre el resultado funcional y la muerte en pacientes con disfagia post-ictus. Las intervenciones conductuales y la acupuntura redujeron la disfagia. Los suplementos nutricionales estaban asociadas con la reducción de úlceras por presión, y el aumento del consumo de energía y proteínas en la ingesta.

ANEXO V. Tabla-resumen de los artículos utilizados en la discusión (continuación).

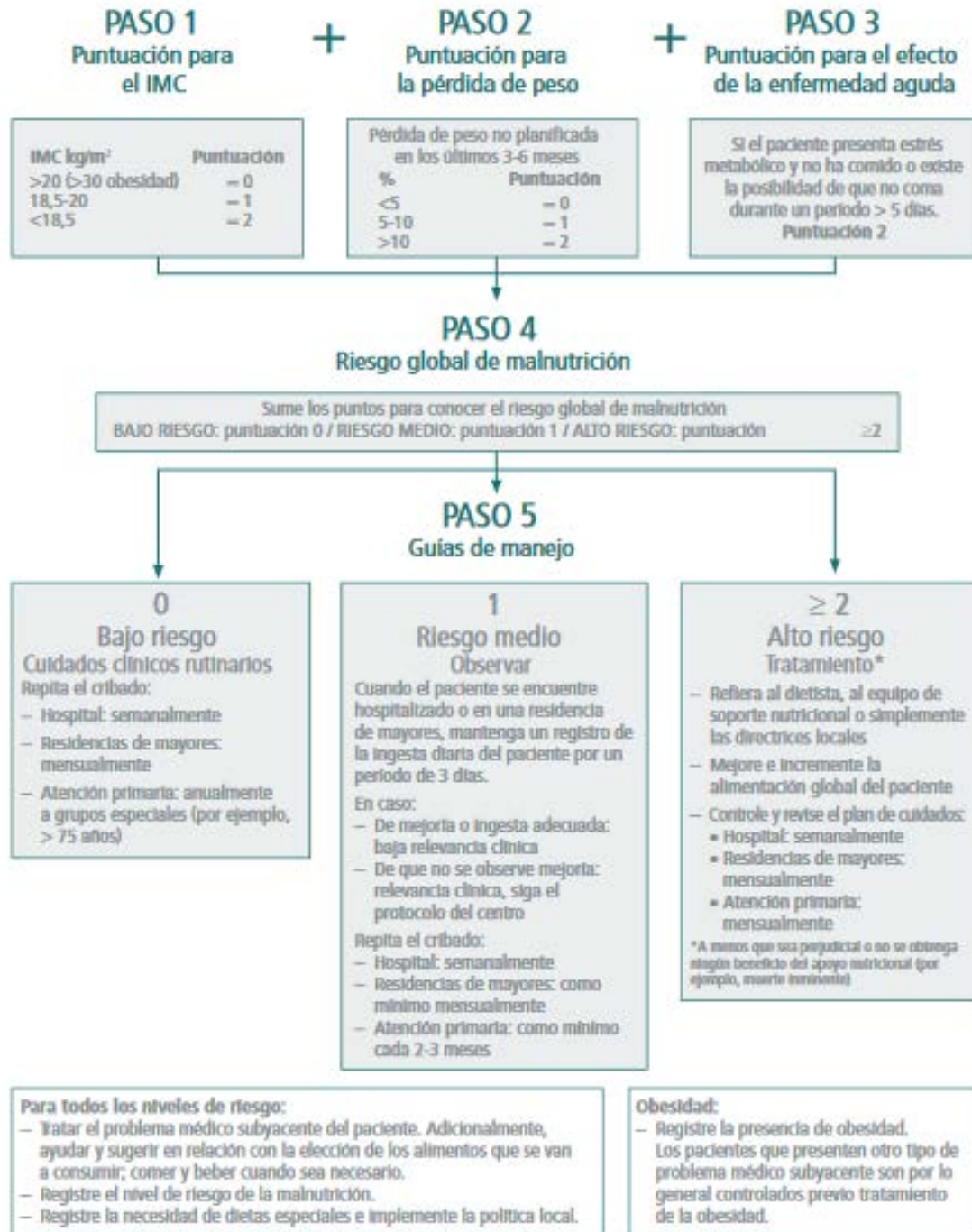
AUTORES	AÑO LUGAR	TÍTULO	CONCLUSIONES
Ojo y Brooke. ²¹	2016 SUIZA	The Use of Enteral Nutrition in the Management of Stroke	El soporte de la nutrición enteral es un método útil para satisfacer las necesidades nutricionales a los pacientes con disfagia post-ictus agudo. Se podría administrar por medio de una SNG o un PEG. A pesar de las ventajas de estos métodos de alimentación por sonda enteral, sigue habiendo dificultades.
Wirth et al. ²²	2013 ALEMANIA	Guideline clinical nutrition in patients with stroke	No hay.
Perry et al. ²³	2012 AUSTRALIA	Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes.	Esta revisión indicó los parámetros de los cuidados nutricionales de enfermería y proporcionó un marco para futuras investigaciones. Se describió un rol nutricional de enfermería funcional, de apoyo y educativo, pero poca evidencia tenía suficiente calidad para apoyar el desarrollo de políticas y prácticas o para informar a la educación. El cuidado nutricional se reveló como un elemento esencial pero poco reconocido por la enfermería de ACV.
St. John y Berger. ²⁴	2015 EEUU	Using the Gugging Swallowing Screen (GUSS) for Dysphagia Screening in Acute Stroke Patients.	El test GUSS es la herramienta de detección de la disfagia más completa debido a la seguridad de la progresión de la ingesta oral. Si se aumenta la seguridad en los test de disfagia, mejorarán los resultados del paciente y disminuirá la morbi-mortalidad post-ictus.
Corrigan et al. ²⁵	2011 EEUU	Nutrition in the Stroke Patient	El ACV conlleva un potencial elevado de discapacidad a largo plazo. La desnutrición es común tras el ictus. A través de la evaluación clínica de la deglución y del uso de modificaciones dietéticas para la disfagia, los pacientes podrán reanudar la ingesta oral. Una definición universal de malnutrición permitirá a futuros estudios caracterizar con precisión a la población con malnutrición tras ACV.
Aoki et al. ²⁶	2016 JAPÓN	The Multidisciplinary Swallowing Team Approach Decreases Pneumonia Onset in Acute Stroke Patients	El estudio demuestra que una participación multidisciplinar de los equipos de deglución disminuye eficazmente la neumonía en pacientes que han sufrido un ictus.

ANEXO V. Tabla-resumen de los artículos utilizados en la discusión (continuación).

AUTORES	AÑO LUGAR	TÍTULO	CONCLUSIONES
Mould. ²⁷	2009 REINO UNIDO	Nurses ´must` control of the nutritional needs of stroke patients.	La nutrición y la hidratación son vitales como cualquier otro tratamiento. Las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para reconocer la malnutrición y realizar su prevención y manejo. Dicho esto, la nutrición es un esfuerzo de un equipo multidisciplinar.
Wang et al. ²⁸	2014 CHINA	Evaluation methods on the nutritional status of stroke patients	Los trastornos que afectan el estado nutricional de los pacientes con accidente cerebrovascular se pueden utilizar como herramientas de evaluación. La relevancia clínica de este estudio incluye lo siguiente: permitir que el personal clínico de enfermería evalúe fácilmente el estado nutricional del paciente de manera oportuna; mejorar el cumplimiento de la evaluación nutricional; proporcionar apoyo nutricional clínico a pacientes con accidente cerebrovascular; y proporcionar una base científica para la mejora de los resultados clínicos de pacientes con apoplejía cerebral.
Sing-Hee y So-Sun. ³³	2014 COREA	Development and Evaluation of an Enteral Nutrition Protocol for Dysphagia in Patients with Acute Stroke.	Los resultados indican que el nuevo protocolo de NE para disfagia en pacientes con ictus agudo mejoró significativamente su estado nutricional y redujo las complicaciones GI.

ANEXO VI. Herramientas que detectan la desnutrición²⁹⁻³².

1. MUST: Malnutrition Universal Screening Tool²⁹.



2. NRS 2002: Nutritional Risk Screening³⁰.

	Si	No
IMC < 20,5		
¿El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
¿El paciente ha reducido su ingesta en la dieta en la última semana?		
¿Es un paciente grave?		

Estado nutricional		Severidad de la enfermedad	
Normal 0 puntos	Estado nutricional normal	Normal 0 puntos	Requerimientos nutricionales normales
Leve 1 punto	Pérdida de peso mayor al 5% en 3 meses o ingesta energética del 50-75% en la última semana.	Leve 1 punto	Pacientes con fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas, pacientes en hemodiálisis, pacientes oncológicos, diabéticos, etc.
Moderado 2 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 2 meses o IMC entre 18,5 y 20,5, más deterioro del estado general o una ingesta energética del 25-60% en la última semana.	Moderado 2 puntos	Cirugía mayor abdominal, pacientes con neumonía severa, neoplasias hematológicas.
Severo 3 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 1 mes (más del 15% en 3 meses) o IMC menor de 18,5, más deterioro del estado general o una ingesta energética del 0-25% en la última semana.	Severo 3 puntos	Pacientes con traumatismo de cabeza, pacientes críticos en UCI, pacientes trasplantados, etc.
Score: +		Score: = Total Score	

EDAD: si el paciente es mayor de 70 años, debe agregarse 1 punto al score total.
SCORE: mayor o igual a 3, el paciente se encuentra bajo riesgo nutricional, por lo que debe iniciarse lo antes posible la terapia nutricional.
SCORE: menor de 3, el paciente debe ser evaluado semanalmente; si se sabe que el paciente debe someterse a una situación de riesgo, la terapia nutricional debe ser considerada lo antes posible.

3. MNA: Mini Nutritional Assessment³¹.

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por fatiga, pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/>	J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/>	K Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/>	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/>	M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/>	N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>	O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/>	P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/>	Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/>	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal riesgo de malnutrición malnutrición

Ref: Velasco B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JD, Sieve A, Guigoz Y, Velasco B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M395-397.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-467.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12/99 10M
 Para más información: www.mna-nestle.com

4. SGA: Subjective Global Assessment³².

(Select appropriate category with a checkmark, or enter numerical value where indicated by "#.")

A. History

1. Weight change

Overall loss in past 6 months: amount = # _____ kg; % loss = # _____

Change in past 2 weeks: _____ increase,
_____ no change,
_____ decrease.

2. Dietary intake change (relative to normal)

_____ No change,

_____ Change _____ duration = # _____ weeks
_____ type: _____ suboptimal liquid diet, _____ full liquid diet
_____ hypocaloric liquids, _____ starvation.

3. Gastrointestinal symptoms (that persisted for >2 weeks)

_____ none, _____ nausea, _____ vomiting, _____ diarrhea, _____ anorexia.

4. Functional capacity

_____ No dysfunction (e.g., full capacity),

_____ Dysfunction _____ duration = # _____ weeks.
_____ type: _____ working suboptimally,
_____ ambulatory,
_____ bedridden.

5. Disease and its relation to nutritional requirements

Primary diagnosis (specify) _____

Metabolic demand (stress): _____ no stress, _____ low stress,
_____ moderate stress, _____ high stress.

B. Physical (for each trait specify: 0 = normal, 1+ = mild, 2+ = moderate, 3+ = severe).

_____ loss of subcutaneous fat (triceps, chest)

_____ muscle wasting (quadriceps, deltoids)

_____ ankle edema

_____ sacral edema

_____ ascites

C. SGA rating (select one)

_____ A = Well nourished

_____ B = Moderately (or suspected of being) malnourished

_____ C = Severely malnourished