



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DISFAGIA
DEL PACIENTE CON ICTUS”**

Andrés de Luis Castro

Fecha: enero 2020

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DISFAGIA
DEL PACIENTE CON ICTUS”**

Trabajo Fin de Grado

Autor

Andrés de Luis Castro

Tutor

David Zuazua Rico

Cotutor

Alba Maestro González



David Zuazua Rico, Doctor por la Universidad de Valencia, Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, Departamento Medicina, Área de Enfermería, Universidad de Oviedo.

Alba Maestro González, Doctora por la Universidad de Burgos, Profesora Asociada LOU3, Departamento Medicina, Área de Enfermería, Universidad de Oviedo.

CERTIFICA/N:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por D/Dña. Andrés de Luis Castro, titulado “Atención de enfermería en la disfagia del paciente con ictus”, realizado bajo la dirección de D o Dña. David Zuazua Rico, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 20 de enero de 2020.

Vº Bº

Vº Bº

Fdo. David Zuazua Rico
Director/Tutor del Proyecto

Fdo. Alba Maestro González
Cotutor del Proyecto

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
TABLA DE ABREVIATURAS	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. ICTUS	4
1.2. DISFAGIA	5
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	7
2. OBJETIVOS	8
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	8
2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	8
3. METODOLOGÍA	9
4. RESULTADOS.....	11
4.1. FACTORES PREDICTORES DE DISFAGIA POST-ICTUS.....	11
4.2. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	11
4.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	14
4.4. TRATAMIENTO POST-ICTUS	16
4.5. DISPOSITIVOS DE ALIMENTACIÓN Y RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.....	17
5. COMENTARIOS FINALES	19
6. REFLEXIÓN PERSONAL.....	20
7. REFERENCIAS	21
8. ANEXOS	25

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a toda mi familia y especialmente a mi mujer, Miriam Ruiz Menéndez que también es enfermera. Por aguantarme en todas las épocas de exámenes y sobre todo cuando en casa tenía dudas sobre algún tema en particular, cuando realizábamos trabajos en clase y ella tenía que tragarse las presentaciones una y otra vez. Eso sí, me daba buenos consejos. Por todo eso y mucho más, agradecerle todo el apoyo y confianza desde el minuto cero que me ha prestado durante estos cuatro años de carrera.

También quisiera agradecer a todos mis compañeros por su apoyo y a los profesores que han participado en mi formación en estos cuatro años, gracias a los cuales no me hubiera involucrado tanto en esta profesión tan bonita como es la enfermería. Por último, a mi tutor David Zuazua Rico por las orientaciones y la ayuda para la realización de mi trabajo fin de grado.

TABLA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
ACV	Accidente Cerebro-Vascular
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
DHSS	DePaul Hospital Swallow Screener
Dr	Doctor
EAT 10	Eating Assessment Tool
EEUU	Estados Unidos
PEG	Gastrostomía Endoscópica Percutánea
GUSS	Gugging Swallowing Screen
Kcal	Kilocalorías
MASA	Mann Assessment of Swallowing Ability
MECV-V	Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad
mL, ml	Mililitros
MNA	Mini Nutritional Assessment
NIHSS	National institute of Health Stroke Scale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NBDS	Nursing Bedside Dysphagia Screen
NOC	Nursing Outcomes Classification
OHAT	Oral Health Assessment Tool
QASC	Quality in Acute Stroke Care
Rx	Radiografía
SNG	Sonda Naso-Gástrica
SLP	Speech-Language Pathologists
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VCF	Videofluoroscopia
WST	Water Swallow Test

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Ictus

El Accidente Cerebro-Vascular (ACV) o ictus es una patología neurológica que afecta a la función del encéfalo de forma brusca y, según su origen se clasifica en isquémico o hemorrágico. El ictus isquémico se desencadena por la rotura de una placa de ateroma que provoca una obstrucción de un vaso, reduciendo o anulando el flujo de sangre a la zona distal regada por este, es el más común y se produce en un 80-85% de los casos. En cambio, cuando es hemorrágico, es a causa de una rotura de un vaso cerebral, produciendo un vertido de sangre al parénquima o los ventrículos cerebrales ^{1,2}.

El ACV ocurre de forma más frecuente en personas mayores, aunque puede ocurrir a cualquier edad ¹. Es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo y de incapacidad permanente en personas adultas. Se considera la primera causa de muerte en mujeres, aunque existe una mayor incidencia en hombres ³⁻⁵. En España se estima que los costes hospitalarios debido a las enfermedades cerebrovasculares superan los 1.500 millones/año ⁴. Los principales factores de riesgo son el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes y el sedentarismo, siendo todos ellos modificables mediante la promoción de hábitos de vida saludables ^{6,7}.

El accidente cerebrovascular produce una alteración de la función neurológica, y desencadena unas consecuencias que dependen de la extensión del daño neurológico ². Las secuelas tras sufrir un ictus isquémico causan un deterioro a nivel cognitivo y/o funcional según la ubicación o lado afectado del cerebro. Estas complicaciones están relacionadas con la comunicación, la movilidad, la deglución y producen limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes ^{2,6,8}. En cambio, en los casos de ictus hemorrágico no existen diferencias en relación a región afectada, y sus complicaciones secundarias son el vasoespasmio cerebral o la hidrocefalia ⁹. El ACV se considera la principal causa de disfagia y se estima que entorno al 50% la desarrollan, lo que supone un aumento de un tercio en la estancia hospitalaria y del riesgo de complicaciones ¹.

1.2. Disfagia

La disfagia se puede definir como la dificultad para deglutir. Estos problemas se refieren al tránsito de alimentos sólidos o líquidos desde la boca hasta el estómago a través del esófago ¹⁰.

El proceso de la deglución se divide en cuatro fases: La preparación y transferencia oral (fases voluntarias) y, la transferencia faríngea y esofágica (fases involuntarias). Durante la fase oral, los alimentos se mezclan con la saliva en el proceso de masticación. Posteriormente, mediante el desplazamiento de la lengua hacia atrás se produce la transferencia del bolo alimenticio hacia la faringe, también se conoce como reflejo de la deglución. Esta fase se denomina transferencia e incluye una fase voluntaria y una involuntaria. Una vez que el alimento que pasa hacia la faringe, la laringe se desplaza hacia adelante, permitiendo la apertura del esfínter esofágico superior y bloqueando la vía aérea ^{10,11}.

En la fase esofágica se establece peristaltismo del esófago con una relajación y contracción del esfínter esofágico inferior, mecanismo al que se le denomina peristalsis primaria, en la cual el bolo alimenticio se propulsa hacia el estómago ^{10,11}.

Durante todo el proceso de la deglución, existe una mediación del sistema nervioso central en el desplazamiento del alimento. Los músculos de la cavidad bucal, faringe y esófago, reciben la inervación directamente de los núcleos del bulbo raquídeo (**Figura 1**), por lo que una lesión del núcleo de la corteza cerebral o en un par craneal, desencadena una lateralización de sus funciones ^{8,10}.

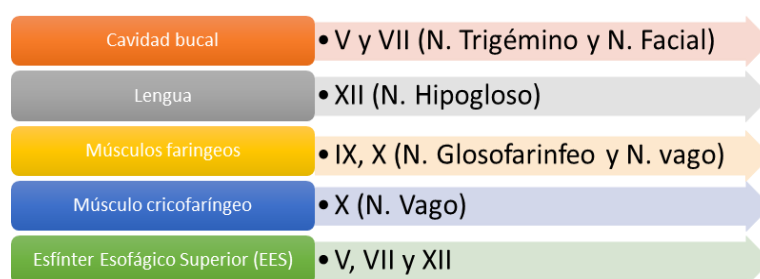


Figura 1. Inervación del proceso de deglución y pares craneales.

Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª ed. ¹⁰

Para que se lleve a cabo un adecuado transporte del bolo alimenticio, hay que tener en cuenta una serie de factores como son: la consistencia y el tamaño del bolo alimenticio, el calibre de la luz del esófago, y la integridad de las contracciones peristálticas del esfínter esofágico. Estos factores afectan al tránsito del bolo durante la deglución, pero también dependen de la inervación sensitiva del sistema nervioso central ^{11,12}.

La disfagia se clasifica en dos grupos según su fisiopatología: orofaríngea y esofágica. En la disfagia orofaríngea existe una dificultad para iniciar la deglución, y los pacientes refieren síntomas de atragantamiento y tos ^{10,11}.

Estos problemas afectan a las fases de preparación del bolo alimenticio, transferencia oral y la fase faríngea. Cuando el problema es en la fase de preparación o transferencia, es a causa de una mala formación del bolo alimenticio que produce un desplazamiento del bolo hacia la hipofaringe desencadenando una broncoaspiración o una regurgitación nasal. Cuando la dificultad afecta a la fase faríngea, es producida por una retención de alimentos debido a una mala propulsión o una obstrucción del esfínter esofágico superior ^{10,11}.

En la disfagia esofágica los síntomas se localizan en la zona baja del esternón o en la región epigástrica. Cuando los síntomas aparecen después de tragar alimentos sólidos puede ser causada por una obstrucción mecánica. En cambio, cuando es producida por alimentos sólidos y líquidos suele ser un trastorno de la motilidad esofágica ^{10,11}.

Otros de los signos de sospecha de disfagia son el babeo, un movimiento excesivo de la lengua, debilidad facial, dificultad para hablar, regurgitación de comida y/o cambios de voz después de comer (voz ronca) ^{1,6}. En algunas ocasiones se produce el rechazo y temor a deglutir (fagofobia), este suele estar causado por trastornos relacionados con el miedo y la ansiedad, a consecuencia de una obstrucción con odinofagia o broncoaspiración ^{10,13}.

La disfagia produce una alteración de la sensibilidad y/o la función motora, que afectan a la orofaringe y al esófago cervical. En las manifestaciones clínicas suele ser más habitual la disfagia orofaríngea desencadenada por una afectación neurológica, siendo la más común el ACV ^{10,11}.

El principal factor que se debe valorar tras un ictus, es el origen del infarto. Según su localización se determinará la gravedad de la disfagia. Si el origen es en el tronco del encéfalo, ocasiona un déficit en la fase faríngea de la deglución. En cambio, si la causa es debido a un infarto cortical hay una menor probabilidad de sufrir una disfagia grave ^{1,14}. En los ACV que afectan a los hemisferios cerebrales, las principales anomalías se originan en la fase voluntaria de la deglución. Si afecta al hemisferio derecho, el deterioro principalmente afecta a la motilidad. En cambio, sí afecta al hemisferio izquierdo el deterioro se produce en la fase oral. Cuando la causa del ictus es un infarto de la arteria cerebelosa, se produce un infarto medular lateral o síndrome de Wallenberg que provoca disfagia al 50% de los pacientes ¹.

Además del origen, es importante valorar si la disfagia afecta a la eficacia o a la seguridad del paciente durante las fases de la deglución. Las complicaciones relacionadas con la disminución de la eficacia, pueden ocasionar malnutrición y/o desnutrición, y se presenta entre el 48% al 65% de los casos ^{1,15-18}. Debido a la tos, los atragantamientos y el rechazo a deglutir, los pacientes no consiguen alcanzar un aporte dietético adecuado provocando un deterioro muscular y funcional ^{16,17}.

Los problemas relacionados con la seguridad, ocasionan atragantamientos por aspiración. Estos pueden desencadenar en neumonía o infecciones respiratorias, y en menor frecuencia producen asfixias u obstrucciones de la vía aérea ¹⁵⁻¹⁸. La neumonía por aspiración se presenta en entre un 30% al 55% de los pacientes post-ictus, tiene una tasa de mortalidad del 20% tras el primer año, y se calcula que entre un 10% a un 15% por cada año sucesivo ^{1,14}. Padecer disfagia grave produce una reducción de la calidad de vida en los pacientes y se considera como la principal causa de muerte después de recibir el alta hospitalaria ^{13,19}.

1.3. Justificación

Actualmente, la disfagia es un problema de salud de gran relevancia que afecta a un 10% de las personas de más de 50 años y su prevalencia aumenta con la edad ⁸. Debido al actual envejecimiento de la población, se estima que afecta a un 12% de los pacientes hospitalizados y, la disfagia orofaríngea tras un ictus tiene una prevalencia mayor del 30% ^{8,19}.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

- Identificar los principales cuidados de enfermería relacionados con la disfagia del paciente post-ictus.

2.2. Objetivos secundarios

- Identificar los factores predictores que puedan indicar trastornos graves en la deglución tras sufrir un ACV.
- Identificar los procedimientos de enfermería más relevantes para la detección de la disfagia.
- Evidenciar las principales medidas para el tratamiento de la disfagia en el paciente post-ictus.
- Describir las indicaciones y recomendaciones nutricionales para los pacientes con disfagia.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión mediante una búsqueda sistemática centrada en los procesos de enfermería en pacientes con disfagia tras sufrir un accidente cerebrovascular, comprendida entre el día 1 de enero del 2014 al día 1 de Julio de 2019, centrándose en los motores de búsqueda y bases de datos: PubMed, desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine de Estados Unidos. Cuiden Plus de la fundación Index, plataforma centrada en la gestión del conocimiento en cuidados de la salud que incluye secciones de investigación cualitativa y enfermería basada en la evidencia en el ámbito Iberoamericano.

Se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y Medical Subject Heading (MESH), combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”, mediante la estrategia de búsqueda descrita en la **Tabla 1**:

Palabras clave: Enfermería, Trastornos de la deglución, Disfagia, ictus y Accidente cerebrovascular.

Key words: Nursing, Deglutition Disorders, Dysphagia, Stroke.

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	<i>(((("Nursing"[Mesh]) OR Nursing [Title/Abstract])) AND (("Deglutition Disorders"[Mesh]) OR Dysphagia [Title/Abstract])) AND (("Stroke"[Mesh]) OR Stroke [Title/Abstract])</i>
Cuiden Plus	<i>[cla= disfagia] or [tit= disfagia] or [res= disfagia] and [cla= enfermería] or [tit= enfermería] or [res= enfermería] and [cla= accidentes cerebrovasculares] or [tit= ictus] or [res= ictus]</i>

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Se establecieron los siguientes límites como criterios de inclusión:

- Estudios en población humana.
- Artículos en inglés, español y portugués.
- Publicaciones entre el 1/01/2014 al 31/07/2019.

De los artículos obtenidos se realizó una lectura crítica del título y el resumen, y se aplicaron los criterios de exclusión:

- Artículos o estudios donde la disfagia es originada por otras patologías.
- Artículos duplicados.
- Procesos en la atención de enfermería que se consideraron que no estaban directamente relacionados con la disfagia y el ictus.

En la **Figura 2**, se muestran los resultados de búsqueda donde se obtuvieron inicialmente un total de 194 artículos, de los cuales 136 se descartaron mediante los límites de inclusión y otros 25 tras la aplicar los criterios de exclusión. Finalmente se seleccionaron 33 estudios, a los que se les realizó una búsqueda inversa y se obtuvieron 2 resultados haciendo un total de 35 artículos (**Anexo I**).

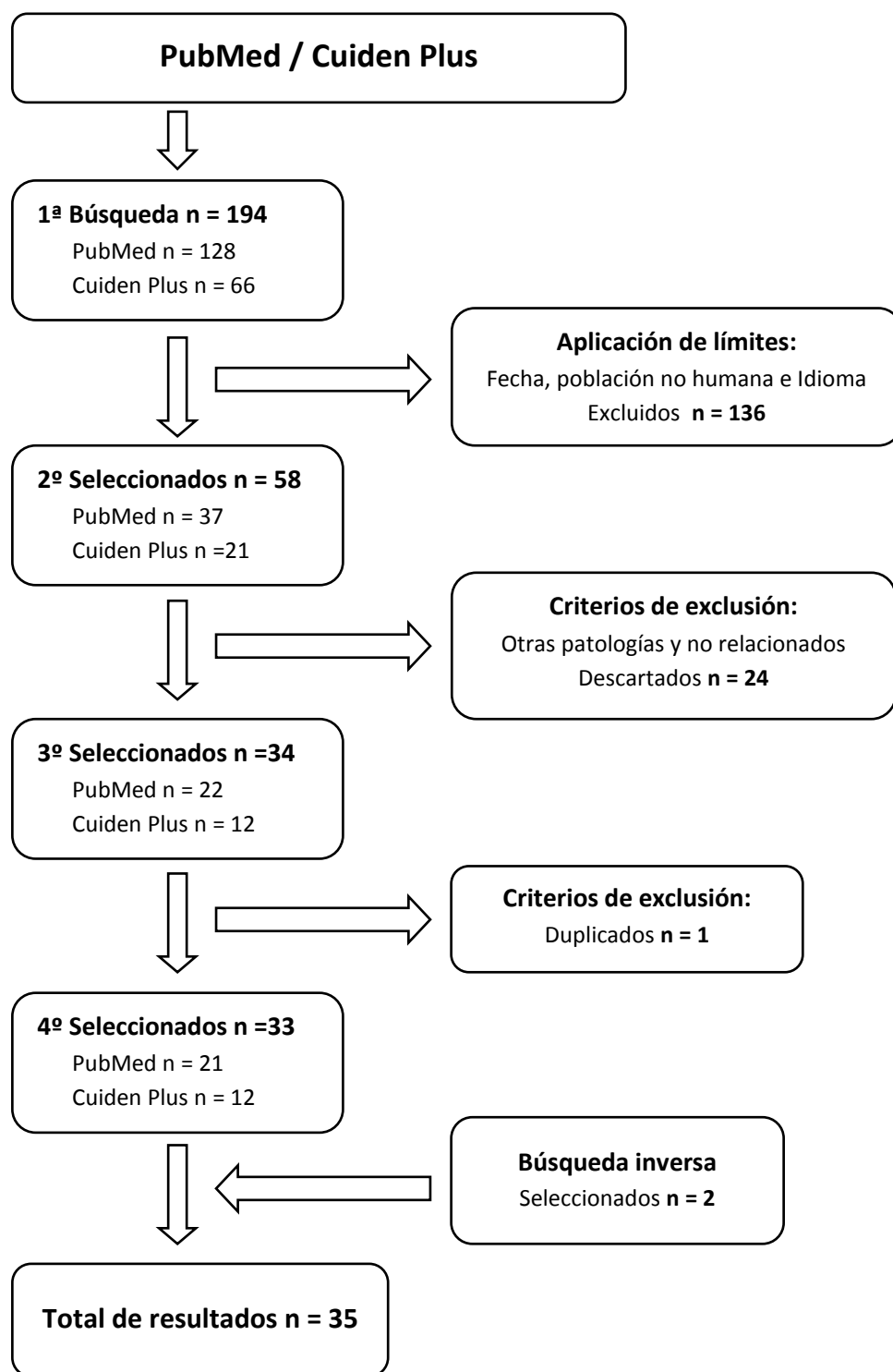


Figura 2. Resultados de búsqueda

4. RESULTADOS

Los resultados del trabajo se dividieron en cinco apartados: en primer lugar, se describen los principales factores predictores de disfagia post-ictus. En el segundo apartado, se exponen los métodos diagnósticos para la detección de trastornos de la deglución. En tercer lugar, se abordan los cuidados básicos de enfermería como el cuidado bucal. En el cuarto punto se exponen las medidas terapéuticas y, por último, se describirán los dispositivos para la nutrición enteral y las recomendaciones para el tratamiento nutricional.

4.1. Factores predictores de disfagia post-ictus

Los trastornos de la deglución tras un ictus conllevan una serie de complicaciones que se deben tener en cuenta a la hora de valorar a un paciente. Algunos de los indicios que nos pueden indicar disfagia grave, son el deterioro de la movilidad o un déficit en el reflejo de la tos ^{7,20}. Existen una serie de factores que en la fase aguda del ictus se pueden identificar como predictores de disfagia y de riesgo por aspiración, principalmente son: obtener inicialmente una puntuación ≥ 12 en la escala NIHSS, disartria grave, asimetría facial e infarto cerebral bilateral ^{21,22}.

Otros factores como la intubación orotraqueal, la alimentación por sonda nasogástrica, la estancia en la UCI mayor de 7,5 días o la necesidad de traqueotomía, también se relacionan como indicadores pronósticos de disfagia ^{9,21-23}. Todos estos factores están asociados a una peor recuperación y a un aumento de la dependencia de los pacientes tras el alta hospitalaria ^{18,22}.

4.2. Métodos diagnósticos

Los profesionales de enfermería son los principales responsables de la atención de los pacientes con disfagia con riesgo de aspiración ²⁴. La mitad de los pacientes desarrollan disfagia orofaríngea en las primeras 72 horas tras un ACV ^{5,18}. Para valorar los signos y síntomas de los trastornos de la deglución existen diferentes métodos clínicos: los cuestionarios Eating Assessment Tool (EAT 10) y DePaul Hospital Swallow Screener (DHSS), el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), el cribado de la deglución Gugging (GUSS), la herramienta de detección de disfagia de cabecera de enfermería (NBDS), el test del agua (WST), el test Toronto Bedside Swallow Screen, el protocolo Yale Swallow, el cribado Barnes Jewish Hospital y la videofluoroscopia (VCF), siendo este último el "gold estándar" o mejor diagnóstico ^{7,24-28}.

- El cuestionario EAT 10, es una herramienta de despistaje para el cribado de pacientes con riesgo de disfagia. Consiste en un cuestionario rápido de 10 preguntas (**Anexo II**), para realizar una autoevaluación de su percepción ^{15,16,25,29}. La respuesta de cada pregunta se evalúa de 0 a 4 puntos y, tiene unos valores de: 0 (ningún problema) a 4 (es un problema serio). La puntuación máxima es de 40 puntos ²⁵. En pacientes que obtienen una puntuación ≥ 3 se considera positivo, en este caso se realiza el MECV-V para valorar los signos de disfagia ^{16,25,30}. Este método tiene una alta sensibilidad y se recomienda para prevención de la disfagia en centros de atención primaria ^{16,25,29}.

- El DHSS es un cuestionario que consta de 8 ítems, con una puntuación de mínima de 0 a 38 puntos (**Anexo III**). Según la puntuación, si es $>$ de 5 puntos se realiza el test del agua y se valora si se observan signos de aspiración. Si la puntuación es $>$ 6 puntos, se evalúa por un médico. El DHSS se evaluó y comparó con la Evaluación de la capacidad de deglución de Mann (MASA) que valora la disfagia y el riesgo de aspiración. Este test tiene una sensibilidad del 69% y una especificidad del 69% ²¹.

- El MECV-V es método muy completo para la valoración, diagnóstico y tratamiento nutricional en pacientes con disfagia orofaríngea ¹⁷. Este método es muy barato y de fácil evaluación por parte de las enfermeras/os. Está diseñado por un equipo español encabezado por el Dr. Pere Clavé ^{15,29}. Mediante una evaluación se determina que tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad $\geq 60\%$ ²⁹. Esta prueba orienta al personal sanitario sobre el volumen y la viscosidad que el paciente tolera y permite seleccionar a los pacientes que requieran otro tipo de valoración más precisa como la videofluoroscopia ^{15-17,25}.

Esta prueba consiste en la administración de bolos de 5, 10 y 20 ml con diferentes viscosidades: tipo néctar, pudín y agua como consistencia líquida (**Anexo IV**) ²⁵. Durante la realización, se controla la saturación de oxígeno mediante un pulsioxímetro y el paciente debe estar sentado y tranquilo. El personal que la realiza el test se coloca a la misma altura para favorecer la flexión del cuello y en cada toma se comprueba que tenga la cavidad bucal vacía ^{15,17,29}. En primer lugar se coloca al paciente en posición de sedestación y se comienza la prueba por la viscosidad tipo néctar en un volumen de 5 ml y este se va aumentando, se realiza el mismo procedimiento con el agua y por último con la textura tipo pudín ^{17,25,29}.

Se registran los signos que producen una alteración de la seguridad y de la eficacia en la deglución como la aparición de tos, una disminución $\geq 3\%$ de la saturación basal, un fallo del sello labial o residuos en la cavidad oral u faríngea. Si en cualquier momento de la prueba se

detectan signos o síntomas que comprometen la seguridad del paciente se pasa directamente a la textura tipo pudín, si ocurre en esta fase no se continúa con la prueba. En los pacientes que no presentan ningún signo de alteración de la seguridad ni de la eficacia se determina que el test es negativo y no padecen disfagia ^{17,18,25,29}.

Algunos de los estudios revisados han evidenciado un infradiagnóstico de la disfagia orofaríngea tras ictus y, recomiendan la incorporación del MECV-V como una herramienta para el diagnóstico precoz en la valoración de enfermería ^{5,25,29}.

- El GUSS es un cribado de la deglución validado en Austria. Mediante la capacitación de las enfermeras, permite realizar la evaluación de la disfagia en caso de ausencia de SLP. Valora diferentes aspectos de la deglución con diferentes texturas y mediante unos ítems puntúa: de 0 a ≤ 9 puntos, como disfagia grave; de 10-14, moderada; de 15 a 19, leve y 20 ausente. El cribado GUSS aplicado por el personal de enfermería redujo el tiempo de evaluación de la disfagia y las tasas de neumonía con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 69% ²⁶.

- El NBDS es una prueba de evaluación de la disfagia para el uso de enfermería. En primer lugar, se valora que el paciente puede realizar la prueba. Si está intubado o porta un dispositivo de nutrición no se realiza la evaluación. El siguiente paso es observacional, teniendo en cuenta factores como la calidad del habla o el control de secreciones. Finalmente se administran diferentes texturas, primero líquido y después espesante y se valora si existen signos de aspiración. Si el paciente presenta alguna dificultad en cualquier parte de la evaluación, se deriva al terapeuta del habla ²⁸. El NBDS se evaluó por un logopedas con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 75% ^{28,31}.

- El test del agua o WST de 3 onzas, es un método de valoración de la disfagia mediante la administración de bolos de agua de 2, 10 y 50 ml, por medio de una jeringa. Este test lo realiza el neurólogo en las primeras 24 horas tras un ACV, valora la alteración de la deglución mediante el reflejo laríngeo, la tos y el estridor ^{4,32}. Mediante un metaanálisis de 11 estudios, se determina que el WST de 3 onzas tiene una sensibilidad entre el 64-79% y una especificidad entre el 61-81% ³². Algunos estudios avalan este método con la complementación del pulsioxímetro, aunque el riesgo de aspiración puede comprometer a los pacientes. Este test no aporta ninguna indicación nutricional y sus valores de seguridad son inferiores al MECV-V ^{15,29}.

- En una revisión llevada a cabo en EEUU sobre protocolos de enfermería para la detección de trastornos de la deglución tras un ictus, se identificaron tres métodos basados en

la evidencia: El test Toronto Bedside Swallow Screen, el protocolo Yale Swallow, y Barnes Jewish Hospital ²⁷.

El Toronto Bedside Swallow Screen, es un test está validado por VCF para el uso de las enfermeras y requiere de una capacitación previa de 4 horas. Tiene unos valores de sensibilidad del 96% y una especificidad del 64%. El Yale Swallow, es un protocolo que combina el test del agua de 3 onzas con una evaluación cognitiva. Se considera que sus valores de sensibilidad son del 100% y de especificidad del 64% aunque no está recomendado en pacientes con ventilación mecánica, traqueotomía o problemas pulmonares. El Barnes Jewish Hospital, es un test de cribado validado para enfermería, se realiza en menos de 2 minutos y requiere de un entrenamiento previo del personal de 10 minutos y tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 74% ²⁷.

- La videofluoroscopia (VCF) está considerada como la mejor técnica diagnóstica para la detección y evaluación de la disfagia ^{25,27}. La VCF, consiste en la administración de diferentes volúmenes y viscosidades para evaluar las diferentes fases de la deglución mediante una prueba de Rx ²⁵. Este método tiene una alta eficacia e identifica una prevalencia entre el 60-90% de la disfagia post-ictus, pero constituye una alta inversión de tiempo y recursos ^{15,25}.

Es importante la participación de las enfermeras en la detección precoz de la disfagia independientemente del método de cribado que se realiza. En un trabajo realizado en EEUU se propuso el uso de maniqués de simulación para mejorar las habilidades y ganar confianza en el entrenamiento de las enfermeras ³³. La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) además de otros estudios, recomiendan capacitar a los profesionales de enfermería para realizar una valoración temprana tras sufrir un ACV ^{20,27,34}. En cambio en un estudio realizado en un hospital de Shanghái, se detectó que la detección en las primeras 24 horas y la educación del paciente tras el alta hospitalaria son los aspectos de menor cumplimiento por parte de los profesionales ³⁵.

4.3. Cuidados de enfermería

En los cuidados de enfermería relacionados con la disfagia tras un ACV, el diagnóstico de enfermería más importante a valorar según la taxonomía NANDA, es el de “Riesgo de aspiración”; se estima que afecta a un tercio de los pacientes ^{7,36}. Los NOC se centran en la evaluación del proceso de deglución de la fase oral, faríngea y la prevención de la aspiración. Algunos de los indicadores son: la tos, la elevación faríngea, la regurgitación nasal, control de

secreciones, capacidad para la masticación, la formación del bolo alimenticio, limpieza oral y el control postural ³⁷.

En 2011 se introdujo en España una Guía de Buenas Prácticas para el desarrollo, difusión y evaluación de cuidados de enfermería basados en la evidencia, donde se incluyen el nivel de dependencia, el control del dolor, el riesgo de caídas, la vigilancia de úlceras por presión, y al igual que en otros estudios, la necesidad de realizar una evaluación precoz de la disfagia en las primeras 24 horas después de sufrir un ictus, siempre que el estado del paciente lo permita ^{4,20,24}.

Los cuidados básicos relacionados con la alimentación, hay que realizarlos en un ambiente tranquilo, de forma segura y prestar al paciente apoyo y comunicación en todo el proceso ^{15,17}. El paciente debe estar bien colocado y mantener la postura para evitar el reflujo durante 15-20 minutos tras la ingesta. Se recomienda la administración de pequeñas cantidades de comida, masticar y tragar a un ritmo adecuado ^{17,38}. Si está sentado, la espalda se mantendrá recta a unos 90° con una ligera flexión del cuello para favorecer la deglución, en cambio si está encamado, se colocará en posición de fowler ^{15,17,38}.

En hemiplejias o hemiparesias, se aconseja prestar la atención por el lado afectado para mejorar la movilidad y reforzar con una almohada el mismo lado para favorecer el tránsito de alimentos ^{15,17,38}. Hay que comprobar en cada cucharada que la cavidad bucal esté vacía, evitar el uso de jeringas y pajas de plástico para la administración de alimentos, ya que aumenta el riesgo de aspiración. Por último, realizar un barrido bucal después de las comidas para comprobar si existen restos de comida ¹⁵.

Entre los cuidados más importantes en pacientes con afectación cerebrovascular, se encuentra la higiene oral ^{2,39,40}. Una mala salud bucal produce gingivitis en los pacientes. Este problema se relaciona con el tratamiento para el ACV. Medicamentos como el atenolol o el amlodipino producen xerostomía a causa de la inhibición de saliva, lo que incrementa el riesgo de infecciones por la acumulación de bacterias en la cavidad bucal ².

Mediante dos estudios se evaluaron intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la higiene bucal en pacientes post-ictus ^{39,40}. En el primer estudio, evalúan los cuidados bucales en relación a la colonización de *Staphylococcus aureus*, se demuestra que incluir el cepillado dental mediante un cepillo de batería, cepillar la lengua, usar hilo dental y el cuidado de los labios dos veces al día reducen la incidencia ⁴⁰. En el segundo estudio, mediante el protocolo Oral Health Assessment Tool (OHAT), se evalúan medidas para la higiene oral, que

incluyen el cepillado de los dientes dos veces al día y el enjuague bucal después de las comidas. Estos estudios demuestran la importancia del cuidado bucal, además de tener unos efectos beneficiosos en los signos de disfagia ^{39,40}.

Las enfermeras deben educar y valorar la capacidad de cada paciente para realizar una limpieza bucal adecuada. Los programas o protocolos para la higiene oral son útiles para evitar infecciones y reducir la incidencia de neumonía ^{2,20,39}. Realizar una buena higiene bucal, se considera una medida preventiva y económica que evitar complicaciones en pacientes con disfagia ^{15,17,39}.

En varios estudios se evidencia, que las indicaciones y cuidados de enfermería dirigidos a pacientes con disfagia, incluyen recomendaciones para detectar y evitar posibles complicaciones que puedan empeorar la salud de los pacientes. También es importante valorar la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, además de prestar una educación sanitaria tanto al paciente como a sus cuidadores, así como la participación multidisciplinar de diferentes profesionales: enfermeras, médicos, fisioterapeutas, dietistas y geriatras, en todo el proceso asistencial. Estas medidas están dirigidas a mejorar la calidad de la atención sanitaria, donde las enfermeras/os juegan un papel fundamental en la atención y valoración del paciente ^{4,16,20,24}.

4.4. Tratamiento post-ictus

Tras un accidente cerebrovascular el principal tratamiento consiste en la aplicación de medidas farmacológicas, tratamiento neurorehabilitador, mantener un buen estado nutricional y evitar posibles complicaciones. También se considera la detección temprana de la disfagia como un medida de prevención fundamental para la rehabilitación ^{2,21,22,29}.

Algunos estudios hacen hincapié en la importancia de aplicar medidas y/o protocolos para mejorar las intervenciones de enfermería, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente, reducir la dependencia y sus complicaciones ⁴¹⁻⁴³.

En 2016 se incorporó el Quality in Acute Stroke Care (QASC) en Australia. Este protocolo incluye el control de la fiebre, la hiperglucemia y la disfagia mediante la monitorización para reducir la muerte y la dependencia de los pacientes. En las primeras 24 horas tras el ingreso se evitó la ingesta por vía oral antes de la evaluación y en aquellos pacientes que referían síntomas se derivación al terapeuta SLP ⁴³. Un año más tarde, se incluyeron los controles cada 4 horas y las enfermeras reciben un taller de capacitación

dirigido por SLP, para realizar una adecuada evaluación. Mediante un estudio de evaluación, se confirma que la atención de enfermería tiene un impacto sobre la rehabilitación y la muerte tras un ACV ⁴².

En 2018 se realizó una revisión en EEUU recomendada por la ASHA, para evaluar la efectividad de intervenciones clínicas que puedan reducir complicaciones como el riesgo de neumonía y la muerte tras un ACV ⁴¹. En el protocolo QASC se demuestra que las tasas de muerte y dependencia se reducen, pero no las de neumonía ^{41,42}. En otro ensayo, se prueba que incluir el reflejo de la tos en la evaluación de la disfagia puede reducir las tasas de neumonía ⁴¹.

En los últimos años, se están realizando investigaciones centradas en terapias de rehabilitación y estimulación para mejorar la disfagia post-ictus. Mediante la revisión *“Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke”*, se evalúan intervenciones como: la estimulación eléctrica neuromuscular, faríngea, transcraneal, magnética, la acupuntura y la farmacoterapia. Estas terapias no parecen tener unos resultados significativos, aunque parecen tener un efecto positivo en los pacientes. Sin embargo, algunas recomendaciones como la modificación de las texturas de los alimentos, las técnicas posturales y los ejercicios de deglución, parecen mejorar los signos de disfagia, reducir las infecciones y la estancia hospitalaria ⁴⁴.

4.5. Dispositivos de alimentación y recomendaciones nutricionales

Algunos de los pacientes con afectación cerebrovascular necesitan una nutrición enteral para su alimentación mediante una Sonda Nasogástrica (SNG) o una Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG). La sonda PEG es un dispositivo invasivo y su colocación requiere de un especialista, aunque ofrece cierta comodidad en el paciente ³⁶. En cambio, la SNG es un dispositivo de fácil colocación por el personal de enfermería, de bajo coste y se considera más beneficiosa, sus inconvenientes son las retiradas accidentales y las obstrucciones ^{23,36,45}. Los estudios en este campo determinan que ambos dispositivos tienen sus riesgos y aconsejan la utilización temprana de la SNG para la alimentación en la fase aguda del ictus ^{36,45}.

En cambio, en el estudio realizado sobre el impacto de la neumonía por aspiración y la alimentación por SNG tras un ACV, se considera como un desencadenante de complicaciones. En este estudio se evidenciaron unos datos a tener en cuenta: la alimentación por SNG se relaciona significativamente con el riesgo de desarrollar neumonía por aspiración, con una

incidencia del 38%. En este estudio el 58% de los pacientes que la desarrollaron, fallecieron. Además, se duplica la estancia hospitalaria ante los pacientes que no la necesitan ²³.

En pacientes susceptibles de malnutrición que no requieren de ningún dispositivo para el aporte nutricional, se recomienda seguir una dieta equilibrada de 1800 kcal ²⁵. Para valorar el riesgo de desnutrición se utiliza el Mini Nutritional Assessment (MNA). Según la puntuación obtenida clasifica a los pacientes en: malnutrición, riesgo de desnutrición o buen estado nutricional con una sensibilidad y especificidad > 96% ¹⁶.

Algunos trabajos proponen diferentes dietas según el trastorno de la deglución. Dieta de transición, que requiere una masticación suave e incluye alimentos no triturados. Dieta triturada, para pacientes con alteraciones de fase oral. Dieta adaptada o mecánica, que incluye texturas tipo pudín para los casos con alteraciones faríngeas ^{15,25}.

Existen alimentos que pueden suponer un riesgo para los pacientes con disfagia son: alimentos que mezclan sólidos y líquidos (sopas acompañadas de carne, verduras), frutas que contengan mucha agua (melón, naranja, sandía), alimentos con semillas (mandarina, uvas, guisantes, soja), también evitar el pan y los frutos secos ¹⁵. Estas recomendaciones están indicadas en la "Guía de nutrición para personas con disfagia. IMSERSO. 2012" ^{15,25}.

El papel de la enfermería en la atención de la disfagia en pacientes con ACV no solo se limita a realizar cuidados, sino que también es la responsable de prevenir complicaciones y prestar una educación al paciente y sus cuidadores o familiares ²³.

5. COMENTARIOS FINALES

- El principal punto a valorar por el personal de enfermería ante un paciente tras un ACV, es la detección precoz de la disfagia en las primeras 24h para evitar complicaciones, ya que se considera un problema infradiagnosticado. Las intervenciones de enfermería más efectivas y beneficiosas para el manejo de la disfagia son: tomarse el tiempo necesario para administrar la alimentación, colocar adecuadamente al paciente, evitar el uso de jeringas y pajas de plástico, realizar cambios en el volumen y la viscosidad de la dieta, y mantener una adecuada higiene oral. Estas medidas reducen el riesgo de aspiración y reducen la incidencia de infecciones.

- Los factores que se identifican como predictores de trastornos graves en la deglución, Inicialmente son tener una puntuación ≥ 12 en la escala NIHSS, padecer disartria grave o asimetría facial. Una vez hospitalizado, hay que tener en cuenta si el infarto cerebral es bilateral, la necesidad de intubación orotraqueal, la estancia en la UCI mayor de 7,5 días, la alimentación por SNG o la necesidad de traqueotomía.

- En España, los métodos más relevantes para la detección precoz de la disfagia principalmente son el cuestionario EAT 10 y el método de exploración clínica de volumen y viscosidad. En otros países como en Austria está validado el método GUSS. En EEUU se utiliza el cuestionario DHSS y el protocolo Yale Swallow que se complementan con el test del agua, además del test Toronto Bedside Swallow Screen y Barnes Jewish Hospital.

- Las medidas terapéuticas en el paciente con disfagia post-ictus, principalmente son el tratamiento farmacológico, la modificación de las texturas de los alimentos y la rehabilitación mediante ejercicios de deglución y técnicas posturales, que son un factor fundamental para obtener una mejora real en los resultados funcionales y así mejorar su calidad de vida.

- Las indicaciones nutricionales y recomendaciones para pacientes con disfagia son adaptar la alimentación y seguir una dieta equilibrada según las necesidades del paciente en cada caso, para evitar el riesgo de desnutrición y/o malnutrición. En los casos más graves se recomienda la nutrición por vía enteral. Por último, completar con una educación alimentaria al paciente y sus cuidadores.

6. REFLEXIÓN PERSONAL

Tras la realización de este trabajo, me he dado cuenta de la variedad de herramientas que existen para la detección de la disfagia.

En otros países, la detección y evaluación de la disfagia la realizan fundamentalmente los terapeutas SLP, pero debido a la falta de disponibilidad de este personal las 24 horas, se está formando a los profesionales de enfermería para llevar a cabo esta tarea.

En mi opinión, creo que hay que poner en valor a nuestro Sistema Nacional de Salud y a nuestros profesionales, ya que en España este trabajo está realizado principalmente por enfermeras/os. Esto repercute en la importante contribución a la investigación que se recoge en este trabajo.

7. REFERENCIAS

1. Pfeiffer R. Neurogenic Dysphagia. En: Daroff R, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, editores. *Bradley's neurology in clinical practice*. 7.^a ed. New York: Elsevier; 2016. p. 145-57.
2. Ajwani S, Jayanti S, Burkolter N, Anderson C, Bhole S, Itaoui R, et al. Integrated oral health care for stroke patients - a scoping review. *J Clin Nurs*. 2017;26(7-8):891-901.
3. Rockman C, Maldonado T. Cerebrovascular Disease: Epidemiology and Natural History. En: Sidawy AN, Perler BA, editores. *Rutherford's vascular surgery and endovascular therapy*. 9.^a ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 1121-39.
4. Piñero-Sáez, S, Córcoles-Jiménez, MP, Ruiz-García, MV. Resultados de la implantación de una Guía de Buenas Prácticas en pacientes con ictus hospitalizados. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2018;47. C:18-25.
5. Lendinez-Mesa, A, Díaz-García, MC, Casero-Alcázar, M, Grantham, SJ, Torre-Montero, JC, S F-R A. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2017;45:3-8.
6. González-Fernández M. Rehabilitation of the Stroke Patient. En: Kellerman RD, editor. *Conn's current therapy*, 2019. 1.^a ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 708-12.
7. Oliveira, ARS, Costa, AGS, Morais, HCC, Cavalcante, TF, Lopes, MVO, Araujo, TL. Clinical factors predicting risk for aspiration and respiratory aspiration among patients with Stroke. *Rev Lat-Am Enferm*. 2015;23(2):216-24.
8. Ferri F. Dysphagia. En: Ferri F, editor. *2020 Ferri's Clinical Advisor*. 1.^a ed. UK: Elsevier; 2019. p. 474-5.
9. Dunn K, Rumbach A. Incidence and Risk Factors for Dysphagia Following Non-traumatic Subarachnoid Hemorrhage: A Retrospective Cohort Study. *Dysphagia*. 2019;34(2):229-39.
10. Jameson JL, Fauci A, Kasper D, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 20.^a ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
11. Kenneth R D. Síntomas de la enfermedad esofágica. En: Feldman M, Friedman L, Brandt L, editores. *Enfermedades digestivas y hepáticas*. 10.^a ed. España: Elsevier; 2018. p. 185-93.
12. Sokolosky M. Emergencias esofágicas. En: Cydulka R, Fitch M, Joing S, Wang V, Cline D, Ma O, editores. *Manual de Urgencias Médicas de Tintinalli*. 8.^a ed. España: McGraw-Hill; 2018. p. 239-41.
13. Greenberger N, Blumberg R, Burakoff R. Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología, hepatología y endoscopia. 1.^a ed. México: McGraw-Hill; 2011.
14. Pandolfino J, Kahrilas P. Función neuromuscular del esófago y trastornos de la motilidad esofágica. En: Sleisenger y Fordtran *Enfermedades digestivas y hepáticas*. 10.^a ed. España: Elsevier; 2018. p. 701-32.

15. Sánchez Peláez, MV. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. *Nuberos Científica*. 2015;2(15):49-56.
16. Sánchez-Heredero, MJG, Santander Vaquero, C, Cortázar Sáez, M, López, FM, Susi García, R, Martínez Rincón, M C. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. *Enferm Clínica*. 2014;24(3):183-90.
17. Vaz Rodríguez, JA, Estrella, A. Disfagia en fase aguda del ictus, utilidad del test volumen-viscosidad en un hospital comarcal. *Rev ROL Enferm*. 2014;37(7-8):514-8.
18. Lendínez-Mesa, A, Fraile-Gomez, MP, García-García, E, Díaz-García, MC, Casero-Alcázar, M, Fernandez-Rodríguez, N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2014;39(1):5-10.
19. Fernández P, Barajas D, Rodríguez E, Ballesteros M. Repercusiones clínicas de la disfagia y la desnutrición en el paciente con ictus. En: *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. España: Elsevier; 2018. p. 625-6.
20. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing Interventions for Identifying and Managing Acute Dysphagia are Effective for Improving Patient Outcomes: A Systematic Review Update. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses*. 2016;48(4):215-23.
21. Behera A, Read D, Jackson N, Saour B, Alsheklee D, Mosier A. A Validated Swallow Screener for Dysphagia and Aspiration in Patients with Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc*. 2018;27(7):1897-904.
22. Kumar, S, Doughty, C, Selim, M, Lahoti, S, Gokhale, S, Schlaug, G. Recovery of Swallowing after Dysphagic Stroke: An Analysis of Prognostic Factors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(1):56-62.
23. Schwarz M, Coccetti A, Murdoch A, Cardell E. The impact of aspiration pneumonia and nasogastric feeding on clinical outcomes in stroke patients: A retrospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):235-41.
24. Villa Benayas, Z. Disfagia la gran olvidada en pacientes adultos con ACV: una experiencia. *Rev Paraninfo Digit*. 2014;VIII(20).
25. Díaz Fernández, AI, González Álvarez, MA. Prevalencia de Disfagia tras Ictus. *Visión desde Atención Primaria*. RqR. 2017;5(1):38-56.
26. Palli C, Fandler S, Doppelhofer K, Niederkorn K, Enzinger C, Vetta C, et al. Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *Stroke*. 2017;48(9):2583-5.
27. Fedder W. Review of Evidenced-Based Nursing Protocols for Dysphagia Assessment. *Stroke*. 2017;48(4):99-101.
28. Campbell GB, Carter T, Kring D, Martinez C. Nursing Bedside Dysphagia Screen: Is it Valid? *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses*. 2016;48(2):75-9.
29. Mínguez Díez, MC. ¿El método de exploración clínica volumen-viscosidad es válido y seguro para detectar pacientes con disfagia orofaríngea? *Evidentia*. 2015;12:51-2.

30. Fernández Bofill, TH, Hernández de las Heras, JL, Llamas Sandino, NB. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años. *Metas Enferm.* 2015;18(9):49-55.
31. McNett M. Nursing Bedside Dysphagia Screen: Is It Valid? *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses.* 2016;48(2):80-1.
32. Chen PC, Chuang CH, Leong CP, Guo SE, Hsin YJ. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the water swallow test for screening aspiration in stroke patients. *J Adv Nurs.* 2016;72(11):2575-86.
33. Freeland TR, Pathak S, Garrett RR, Anderson JA, Daniels SK. Using Medical Mannequins to Train Nurses in Stroke Swallowing Screening. *Dysphagia.* 2016;31(1):104-10.
34. Khoja M. Registered nurses' knowledge and care practices regarding patients with dysphagia in Saudi Arabia. *Int J Health Care Qual Assur.* 2018;31(8):896-909.
35. Liu H, Shi Y, Shi Y, Hu R, Jiang H. Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: a best practice implementation project. *JB I Database Syst Rev Implement Rep.* 2016;14(7):266-74.
36. Cavalcante, TF, Araújo, TL, Oliveira, ARS. Efeitos da sondagem nasogástrica em pacientes com acidente cerebrovascular e disfagia. *REBEn.* 2014;67(5):825-31.
37. Oliveira AR de S, de Araujo TL, de Carvalho EC, Costa AG de S, Cavalcante TF, Lopes MV de O. Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing Status. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):450-7.
38. Zheng L, Li Y, Liu Y. The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J Clin Exp Med.* 2014;7(10):3789-94.
39. Murray J, Scholten I. An oral hygiene protocol improves oral health for patients in inpatient stroke rehabilitation. *Gerodontology.* 2018;35(1):18-24.
40. Chipps E, Gatens C, Genter L, Musto M, Dubis-Bohn A, Gliemmo M, et al. Pilot study of an oral care protocol on poststroke survivors. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses.* 2014;39(6):294-304.
41. Smith E, Kent D, Bulsara K, Leung L, Lichtman J, Reeves MJ, et al. Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke: A Systematic Review for the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke.* 2018;49(3):123-8.
42. Stockwell S. Nursing Protocol for Stroke Increases Survival, Reduces Disability. *Am J Nurs.* 2017;117(7):16.
43. Middleton S, Lydtin A, Comerford D, Cadilhac DA, McElduff P, Dale S, et al. From QASC to QASCIP: successful Australian translational scale-up and spread of a proven intervention in acute stroke using a prospective pre-test/post-test study design. *BMJ Open.* 2016;6(5):e011568.
44. Bath P, Lee H, Everton L. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;10:CD000323.

45. Mahoney C, Rowat A, Macmillan M, Dennis M. Nasogastric feeding for stroke patients: practice and education. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 2015;24(6):319-20, 322-5.

8. ANEXOS

8.1. Anexo I

Año/Autores	Objetivos	Estudio	Resultados/conclusiones
2019. Dunn K, Rumbach A.	Investigar la incidencia de disfagia y los factores predictores del riesgo de padecerla en individuos con ACV hemorrágico.	Estudio de cohorte retrospectivo que se llevó a cabo en el Royal Brisbane and Women's Hospital, Australia entre enero de 2013 a diciembre del 2015. Se seleccionaron 403 pacientes, pero por complicaciones solo se analizaron 250 casos. Se evaluó el estado cognitivo entre otras variables y la disfagia fue evaluada por terapeutas del habla y lenguaje.	La incidencia de la disfagia fue de un 31.6%. La causa aneurismática tenía más complicaciones y una estancia hospitalaria más larga. Los riesgos que se identificaron de disfagia tras un AVC hemorrágico se asociaron a la edad, la estancia en UCI, necesidad de traqueotomía, el vaso espasmo y un nuevo ictus.
2018. Khoja MA	Evaluar el conocimiento del personal de enfermería ante pacientes con disfagia.	Estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo entre abril a mayo de 2016, en un hospital terciario de Arabia. Mediante un cuestionario con 17 preguntas se evaluó el conocimiento teórico y práctico de 174 enfermeras sobre la atención de pacientes con disfagia. El cuestionario fue evaluado por dos terapeutas del habla con más de 10 años de experiencia.	El estudio concluyó que las enfermeras tenían conocimientos parciales sobre los cuidados de enfermería en pacientes con disfagia. Un 78% de las enfermeras referían haber recibido menos de 1 h de capacitación sobre la disfagia. Se ha demostrado que hay que formar a las enfermeras para detectar la disfagia.
2018. Baño PM, Lee HS, Everton LF.	Evaluar los efectos de la terapia de deglución sobre la muerte o la dependencia después de seis meses en pacientes supervivientes de ACV con disfagia.	Revisión sistemática, es la tercera actualización de una revisión del 1999 y posteriormente 2012 a la que se agregaron un total de 41 ensayos. Se analizaron terapias como la acupuntura, intervenciones conductuales, farmacológicas, tratamiento térmico, estimulación eléctrica y magnética.	Las terapias de deglución no tuvieron efecto sobre la muerte y probablemente redujeron la duración de la hospitalización. Los autores expresan que algunas terapias parecen tener un efecto positivo pero la información sobre los resultados sigue siendo insuficiente. La calidad moderada y baja de los ensayos, sugieren que las terapias no tuvieron un efecto significativo en los resultados de muerte o dependencia.
2018. Behera A, Read D, Jackson N, Saour B, Alsheklee D, Mosier AK .	Desarrollar y evaluar la herramienta DePaul Hospital Swallow Screener (DHSS), que evalúa la presencia de disfagia y el riesgo de aspiración en pacientes con ACV.	Estudio observacional prospectivo entre julio y noviembre del 2016. El DHSS se compone de un cuestionario de 8 elementos (estado de alerta, alimentación por sonda, traqueotomía, babeo, asimetría facial, movimiento anormal de la lengua, voz anormal y tos anormal), una prueba de deglución de agua y son evaluados por el personal de enfermería. Un total de 224 pacientes fueron evaluados con el DHSS.	El DHSS es una herramienta de detección de la disfagia válida con un 93% de especificidad y un 69% de sensibilidad y comparado con el riesgo de aspiración de Evaluación de la capacidad de deglución de Mann.

<p>2018. Smith EE, Kent DM, Bulsara KR, Leung LY, Lichtman JH, Reeves MJ, Towfighi A, Whiteley WN, Zahuranec DB.</p>	<p>Revisar la efectividad de los protocolos de detección de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia ACV.</p>	<p>Revisión sistemática que utilizó las bases de datos Medline, Embase y Cochrane el 1/11/2016. Se seleccionaron tres ensayos para la detección de disfagia en pacientes con riesgo de aspiración.</p>	<p>De los tres ensayos solo el estudio QASC, encontró que la combinación del manejo de la fiebre, glucosa y la detección de disfagia reduce la muerte y la dependencia, pero no la tasa de neumonía. Finalmente se determinó que no hay datos suficientes de ensayos para valorar los protocolos.</p>
<p>2018. Murray J, Scholten I.</p>	<p>Determinar si un protocolo de higiene oral mejora la salud oral de los pacientes hospitalizados en rehabilitación por ACV.</p>	<p>Estudio analítico donde se evaluó la herramienta de la salud bucal (OHAT), que fue realizada por terapeutas del habla y el lenguaje. Se llevo a cabo por las enfermeras en 100 pacientes con y sin disfagia, aplicando unos cuidados de higiene bucal (cepillado dos veces al día y enjuagarse la boca después de las comidas) y se valoró una semana después.</p>	<p>Más de la mitad de los pacientes con disfagia obtuvieron una mejoría bucal y ninguno desarrolló neumonía.</p>
<p>2018. Schwarz M, Coccetti A, Murdoch A, Cardell E.</p>	<p>Determinar el impacto de las complicaciones de la disfagia relacionadas con la neumonía por aspiración y la alimentación por sonda nasogástrica.</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo realizado entre enero del 2011 y diciembre del 2014 en un hospital de Queensland, Australia. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de 100 pacientes que reunían los criterios del estudio.</p>	<p>En este estudio se refiere una asociación entre la neumonía por aspiración y la alimentación por SNG con la mortalidad y los malos resultados funcionales, también se produce un mayor coste y estancia hospitalaria. Según el autor, es probable que la validez y la fiabilidad de los resultados estén afectados porque el tamaño de muestra era pequeño.</p>
<p>2018. Piñero-Sáez, Sonia; Córcoles-Jiménez, M. Pilar; Ruiz-García, M. Victoria.</p>	<p>Evaluar los resultados de la implantación de la Guía de Buena Práctica Clínicas, que son unas recomendaciones para mejorar los cuidados de enfermería en pacientes post-ictus.</p>	<p>Estudio cuasi experimental pre-post implantación. Se evaluaron 457 pacientes mayores de edad ingresados en la unidad de neurología del CHUA (Albacete) con diagnóstico de accidente isquémico transitorio, ictus isquémico o hemorrágico. Se valoró el estado neurológico, la disfagia y el riesgo de caídas.</p>	<p>Los resultados muestran que existen diferencias respecto al tipo de ictus. En todos los indicadores del proceso de implantación se produjeron mejoras significativas.</p>
<p>2017. Fedder WN.</p>	<p>Actualización de las herramientas para la detección de disfagia tras un ACV, para realizar por enfermería.</p>	<p>Revisión en la que se revisaron varios estudios de metaanálisis publicadas entre 2012 al 2017. En este artículo se expone una tabla con los principales métodos/herramientas para la detección de disfagia basadas en evidencia en EEUU.</p>	<p>La enfermera y el terapeuta del habla y el lenguaje deben utilizar una herramienta validada para la detección de la disfagia después de un ACV. Los protocolos Yale Swallow, Toronto Bedside Swallow Screen y Barnes Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screen están validados mediante evidencia científica y son adecuados para el uso de enfermería.</p>

2017. Palli C, Fandler S, Doppelhofer K, Niederkorn K, Enzinger C, Vetta C, Trampusch E, Schmidt R, Fazekas F, Gattringer T.	Capacitar a las enfermeras para realizar el cribado de la deglución Gugging (GUSS), debido que los terapeutas del habla y el lenguaje no están disponibles las 24 horas, los fines de semana ni los días festivos.	Estudio de intervención clínica en la unidad de neurología en Graz, Austria. Se evaluaron 384 pacientes (186 del grupo de intervención y 198 de control) de enero a mayo del 2016. Para la evaluación de GUSS se utilizaron las variables: examen de disfagia, tasa de neumonía y duración de la hospitalización.	Cuando las enfermeras realizan el GUSS, tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 69%. Capacitar a las enfermeras para realizar el GUSS tras un ACV se considera un método efectivo, reduce la tasa de neumonía y la estancia hospitalaria. Este estudio autoriza a las enfermeras que realicen la evaluación GUSS siempre que los terapeutas del habla no estén disponibles.
2017. Stockwell S.	Implantar un protocolo de atención de enfermería para tratar: la fiebre, hiperglucemia y disfagia en las primeras 72 horas.	Estudio analítico realizado en 19 unidades, incluyendo a 1.076 pacientes con ACV agudo en Nueva Gales del Sur, Australia. En el protocolo se incluye el control de la fiebre cada 4 h, manejo de la hiperglucemia con insulina y capacitación de las enfermeras por parte de terapeutas del habla y el lenguaje en la detección de la disfagia.	Un estudio anterior realizado por el mismo equipo mostró los beneficios de este protocolo después de 90 días, y mediante este estudio se confirman los resultados.
2017. Ajwani S, Jayanti S, Burkolter N, Anderson C 5, Bhole S, Itaoui R, George A.	Identificar el papel de las enfermeras y otros profesionales en los cuidados de la salud oral de los pacientes con ACV.	Revisión sistemática, se realizaron búsquedas en Medline, Embase, Cochrane y Google académico. Se seleccionaron 26 artículos que se centraron en el papel de las enfermeras y los beneficios del cuidado oral en el paciente con ACV.	Las enfermeras son el profesional con más contacto con el paciente, por esa razón es importante un buen control de la salud bucal en pacientes con ACV para reducir las complicaciones de la disfagia y la incidencia de neumonía.
2017. Lendinez, Alejandro; Díaz, M ^a Carmen; Casero, Mónica; Grantham, Sarah J; Torre, Julio C; Fernandes, Ana S.	Conocer la prevalencia y las características clínicas de disfagia orofaríngea en pacientes con ictus en una unidad de neurorehabilitación.	Estudio descriptivo transversal en la fundación Instituto San José de Madrid, En el estudio se incluyeron 124 pacientes entre el 1/04/2012 al 31/01/2015. La recogida de datos se realizó a través de la historia clínica.	Se observó una prevalencia de disfagia orofaríngea del 46,8%. Hay una mayor incidencia en hombres y existe una relación con el grado de dependencia ABVD. Se recomienda un diagnóstico precoz mediante el MECV-V.
2017. Díaz Fernández, Ana Isabel; González Álvarez, M ^a Arántzazu.	Estimar la prevalencia de disfagia en pacientes con Ictus en relación con el tipo de Ictus y el grado de dependencia.	Estudio descriptivo en pacientes al alta en la planta de Neurología del Hospital de Cabueñes, Asturias. Se estudiaron 94 pacientes entre el 1 /06 al 30/11/2013. Se utilizaron los registros de alta del servicio de neurología, unidad de ictus, los programas OMI y SELENE. Como herramientas se utilizaron la escala EAT-10 y el MECV-V.	La prevalencia de disfagia fue menor de lo esperada, 12,8%. En la mayor parte de los pacientes el origen del ictus era isquémico en un 93,6%. Debería realizarse precozmente el MECV-V tras el Ictus, para llevar a cabo una intervención adecuada y prevenir complicaciones.

<p>2016. Liu H, Shi Y, Shi Y, Hu R, Jiang H.</p>	<p>Implementar mejoras clínicas que incluyen: la identificación temprana de la disfagia, mejorar las habilidades de las enfermeras y las recomendaciones para el manejo de la disfagia en pacientes con ACV.</p>	<p>Ensayo de implantación clínica. El estudio se realizó entre junio y septiembre de 2015, incluyó a 60 pacientes en dos grupos (revisión y seguimiento) y 20 enfermeras. Se aplicaron 6 criterios: método validado, detección por enfermeras, detección a las 24h de ingreso, educación al paciente, derivación al terapeuta del habla y capacitación de enfermería.</p>	<p>Este estudio ha demostrado mejoras en los criterios 1, 2, 5 y 6 para la práctica clínica de enfermería en relación a la detección y el manejo de la disfagia post-ictus.</p>
<p>2016. Chen PC, Chuang CH, Leong CP, Guo SE, Hsin YJ.</p>	<p>Determinar y evaluar la precisión diagnóstica de la prueba de deglución de agua para la detección de aspiraciones en pacientes con ACV.</p>	<p>Revisión sistemática en las bases de datos Medline, Embase y Cinahl en abril de 2015. Se seleccionaron 11 estudios, principalmente estudios transversales que se dividieron en cuatro grupos (selección de pacientes, prueba de índice, estándar de referencia, flujo y sincronización).</p>	<p>Se determinó que la prueba de deglución de agua es una herramienta útil con una sensibilidad entre 64-79% y una especificidad entre 61-81%. Para la detección de aspiración se recomienda la prueba de deglución de agua de 3 onzas.</p>
<p>2016. Hines S, Kynoch K, Munday J.</p>	<p>Describir las intervenciones de enfermería para la identificación y tratamiento de la disfagia en pacientes con deterioro neurológico agudo.</p>	<p>Es una actualización de una revisión sistemática del año 2013. Se realizaron búsquedas en Cinahl, Medline, Cochrane, Web of Science y Embase entre 2008 y 2013. Se incluyeron cuatro estudios nuevos para combinarlos con el estudio anterior y hacer un total de 15, relacionados con infecciones, días sin alimentación oral, detección de la disfagia, evaluación inicial o por un terapeuta del habla.</p>	<p>La detección precoz de la disfagia realizada por enfermeras capacitadas es efectiva y puede reducir las tasas de muerte y las infecciones.</p>
<p>2016. Middleton S, Lydtin A, Comerford D, Cadilhac DA, McElduff P, Dale S, Hill K, Longworth M, Ward J, Cheung NW, D'Este C.</p>	<p>Incorporar una intervención para controlar la fiebre, la hiperglucemia y la deglución por parte del personal de enfermería para disminuir la muerte y dependencia de 90 días.</p>	<p>Estudio prospectivo pre y post-test en Nueva Gales del Sur, Australia. Se realizó un proyecto de Implementación Quality in Acute Stroke Care (QASC) desde noviembre de 2013 a febrero de 2014 en 36 unidades de ictus. Se adiestro a las enfermeras mediante un taller de capacitación multidisciplinar en 3 protocolos dirigidos al control de la fiebre, hiperglucemia y deglución.</p>	<p>Se analizaron datos de 1062 pacientes pre-intervención y 1082 pacientes en el período post-intervención, se evaluaron mediante un cuestionario y no se obtuvieron diferencias significativas. Las intervenciones dirigidas por las enfermeras capacitadas previamente mejoraron los resultados a largo plazo de los pacientes.</p>

<p>2016. McNett M.</p>	<p>Determinar la fiabilidad y validez de un protocolo Nursing Bedside Dysphagia Screen (NBDS) para el uso de enfermeras en pacientes con ACV.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo. El NBDS se validó por un logopeda, se evaluaron 75 pacientes. En primer lugar, por una enfermera y después de una hora se realizaba una evaluación paralela de un terapeuta del habla.</p>	<p>El NBDS identificó la disfagia con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 75%. El autor refiere que se recomienda evaluar en otras instituciones antes de recomendar su uso.</p>
<p>2016. Campbell GB, Carter T, Kring D, Martínez C.</p>	<p>Continuación del artículo anterior donde el objetivo es validar el Nursing Bedside Dysphagia Screen (NBDS).</p>	<p>El NBDS se divide en cuatro fases y clasifica a los pacientes como apto o no apto. Se valora 1ª la falta de respuesta, la intubación o la presencia de una sonda de alimentación, 2ª el habla y la cavidad bucal, 3ª control de secreciones y 4ª se administran líquidos y evalúa el riesgo de aspiración. Si los pacientes son no apto en alguna fase se derivan al terapeuta del habla.</p>	<p>En el análisis general se indicó una alta fiabilidad entre evaluadores y las enfermeras que usaron el NBDS.</p>
<p>2016. Freeland TR, Pathak S, Garrett RR, Anderson JA, Daniels SK.</p>	<p>Determinar si el uso de maniqués de simulación, son factibles para capacitar a las enfermeras para la evaluación de los trastornos de deglución en pacientes con ACV.</p>	<p>Estudio analítico realizado en Houston, Texas. Participaron 32 enfermeras que se dividieron en dos grupos, uno didáctico y otro con simulación. La simulación tenía cuatro casos clínicos. En el examen consistía en tres ítems a valorar (disartria, calidad vocal y tos anormal) y cuatro factores al tragar agua (tos después de tragar, garganta clara después de tragar, voz húmeda después de tragar e incapacidad para beber 90 ml de agua).</p>	<p>Los maniqués tienen algunas limitaciones prácticas, pero ofrecen un manejo seguro y sin riesgos que permite a las enfermeras ganar confianza y mejorar sus habilidades.</p>
<p>2015. Oliveira AR, de Araujo TL, de Carvalho EC, Costa AG, Cavalcante TF, Lopes MV.</p>	<p>Validar indicadores, definiciones conceptuales y operativas para el estado de deglución por el personal de enfermería en pacientes post-ictus.</p>	<p>Estudio analítico. Realizado entre enero y julio de 2013. Se validó un cuestionario con 14 indicadores de trastornos de la deglución, evaluados por 11 expertos basados en los NOC. Dos pares de enfermeras realizaron una evaluación clínica simultánea en 81 pacientes. Dos enfermeras usaron el cuestionario con definiciones NOC y otras dos sin definiciones.</p>	<p>Las enfermeras que usaron el cuestionario con definiciones conceptuales y operativas lograron una mayor precisión en los indicadores del estado de deglución. La valoración del estado de deglución realizado por enfermeras con definiciones establecidas garantiza un resultado más preciso y adecuado.</p>

<p>2015. Mahoney C, Rowat A, Macmillan M, Dennis M.</p>	<p>Investigar el manejo de la alimentación por SNG en pacientes con ACV, incluyendo técnicas de colocación y fijación de sonda.</p>	<p>Estudio descriptivo. Se realizó en una unidad de ictus en Reino Unido. Participaron 314 enfermeras que mediante una encuesta se evaluó el manejo y las técnicas de alimentación por SNG (colocación y comprobación, fijación, uso de manoplas y educación al paciente).</p>	<p>En pacientes con disfagia tras puede ser necesaria la alimentación por SNG. Este estudio muestra que la alimentación por SNG para los pacientes con disfagia tras un ACV requiere estandarización.</p>
<p>2015. Mínguez Díez, M^a Carmen.</p>	<p>Validar dos métodos de detección de disfagia orofaríngea (DO): el EAT-10 y el MECV-V.</p>	<p>Es un estudio de cohortes en el Hospital de Mataró, Barcelona. Se evaluaron 134 pacientes entre junio de 2010 y junio de 2011. La muestra incluyó 14 pacientes sanos y 120 con riesgo de DO asociados al envejecimiento, enfermedades neurodegenerativas y ACV. Fueron evaluados mediante el EAT-10 y el MECV-V y posteriormente con videofluoroscopia. Después se aplicó un segundo MECV-V.</p>	<p>El MECV-V es un método válido y seguro para detectar alteraciones en el trastorno de la deglución y está indicado para cualquier paciente con sospecha de disfagia orofaríngea.</p>
<p>2015. Sánchez Peláez, M^a Victoria.</p>	<p>Identificar los últimos avances en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la disfagia en el anciano. Debido a que tras un ACV la disfagia es un problema frecuente.</p>	<p>Revisión sistemática en las bases de datos: PubMed, Cuiden plus, revistas online nacionales e internacionales y Google académico.</p>	<p>Este estudio integra una tabla con test para el diagnóstico de disfagia orofaríngea. Los estudios avalan al test del agua complementado con el pulsioxímetro por su eficacia como herramienta de enfermería y el test más novedoso es el MECV-V. Se hincapié en integrar un protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea.</p>
<p>2015. Fernández Bofill, Teresa H; Hernández de las Heras, José L; Llamas Sandino, Nuria B.</p>	<p>Describir el porcentaje de pacientes mayores de 65 años con deterioro de la deglución y sus características clínicas.</p>	<p>Estudio descriptivo en un centro de salud de Madrid desde octubre del 2013 a febrero del 2014. Se seleccionaron pacientes mayores de 65 años que asistieron a la consulta de Enfermería. Se realizó el test EAT 10, si la puntuación era ≥ 3 (positivo), se les realizaba el MECV-V.</p>	<p>Se evaluaron un total de 161 pacientes, el 20,5% presentaban síntomas de disfagia y obtuvieron un cribado positivo en el test EAT 10 y posteriormente un 13,7% fueron positivos al MECV-V. Se concluyó que este problema no es manifestado por los pacientes y en muchos casos tampoco en las consultas de Atención Primaria.</p>

<p>2015. Oliveira, Ana RS; Costa, Alice GS; Morais, Huana CC; Cavalcante, Tahissa F; Lopes, Marcos VO; Araujo, Thelma L.</p>	<p>Investigar la asociación entre los factores de riesgo en pacientes con ACV y el diagnóstico de enfermería "riesgo de aspiración" y la aspiración respiratoria.</p>	<p>Estudio descriptivo en la unidad de ictus en un hospital en Fortaleza, Brasil. Se evaluaron 105 pacientes con AIT o ACV. Los datos se analizaron por tres expertos que recogieron los datos mediante un formulario de los factores de riesgo, variables sociodemográficas y clínicas. La evaluó de la presencia de aspiración, valorando seis características clínicas: disfonía, disartria, reflejo nauseoso anormal, tos anormal, tos y cambio de voz después de tragar.</p>	<p>Se detectó una asociación ente los trastornos neurológicos y el diagnóstico de enfermería "riesgo de aspiración". Los factores de riesgo más frecuentes fueron el reflejo nauseoso alterado o ausente (32,4%), seguido del reflejo de la tos alterado o ausente (28,6%) y la disfagia (23,8%). Todos se asociaron con el riesgo de aspiración presente en un 34,3% y la aspiración en un 30,5%.</p>
<p>2014. Chipps E, Gatens C, Genter L, Musto M, Dubis-Bohn A, Gliemmo M, Dudley K, Holloman C, Hoet AE, Landers T.</p>	<p>Determinar los efectos de un protocolo estandarizado del cuidado oral en pacientes con ACV para determinar si reduce las infecciones bucales.</p>	<p>Ensayo clínico. Donde se evaluó a 51 sujetos que recibieron un protocolo de cinco cuidados en la atención bucal dos veces al día. La evaluación se realizó mediante un hisopo orofaríngeo y las habilidades de deglución fueron evaluadas por patólogos del habla. Se analiza la incidencia de MARSА.</p>	<p>Todos los pacientes a estudio mostraron una mejora en el cuidado oral. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos, aunque la aparición de MARSА disminuyo en el grupo de intervención.</p>
<p>2014. Zheng L, Li Y, Liu Y.</p>	<p>Analizar y evaluar los efectos de la intervención de rehabilitación individualizada para la recuperación de la deglución tras un ACV.</p>	<p>Estudio analítico que se llevó a cabo entre diciembre de 2011 hasta febrero del 2013. Se seleccionaron 88 pacientes que se dividieron al azar en dos grupos: experimental y control. En el grupo experimental se integró un equipo rehabilitador multidisciplinar y realizaban ejercicios orofaríngeos. El grupo de control se realizó una rehabilitación convencional. Se evaluaron ambos grupos con el test del agua.</p>	<p>Se obtuvieron mejoras en el 54.5% del grupo control y un 88.6% del experimental, se evidencia que las intervenciones de rehabilitación individualizadas por un equipo multidisciplinar son efectivas y se obtiene un mejor resultado en la disfagia tras un ACV.</p>
<p>2014. Lendínez, Alejandro; Fraile, M^a Pilar; García, Esther; Díaz, M^a Carmen; Casero, Mónica; Fernandez, Nuria; Fernandes, Ana S.</p>	<p>Determinar la prevalencia y las enfermedades que influyen en la posible aparición de disfagia orofaríngea en las unidades de rehabilitación neurológica.</p>	<p>Estudio descriptivo entre el 1/01 hasta el 30/09 del 2012 en la unidad de trastornos neurológicos moderados y severos en la Fundación Instituto San José de Madrid. En el estudio se incluyeron 140 pacientes que se valoraron al ingreso la presencia de sondas, el tipo de dieta, el índice de Barthel y el MECV-V.</p>	<p>Las cifras de prevalencia de disfagia orofaríngea fueron muy altas, 64,5% en la unidad severos, 31,2% en la unidad de moderados y un 85,2% presentan dependencia total. Se verificó que más del 50% tenían un resultado positivo en el MECV-V. El nivel de dependencia total/severa se considera como factor predictivo de la disfagia.</p>

2014. Cavalcante, Tahissa F; Araújo, Thelma L; Oliveira, Ana RS.	Analizar los efectos de la intubación gástrica en pacientes con accidente cerebrovascular y disfagia.	Revisión sistemática. Se realizó una búsqueda en las bases de datos: Lilacs, PubMed, Cinahl, Scopus, Web of Science y Cochrane, comprendida entre enero del 2012 a febrero del 2013. Se obtuvieron 120 resultados y se seleccionaron tres ensayos clínicos.	La sonda gástrica, aumenta los niveles de albúmina sérica, se considera como factor de mal pronóstico y riesgo de muerte. La SNG produce complicaciones del tratamiento debido a la obstrucción, necesidad de reinsertación y aumenta la incidencia de hemorragia gastrointestinal. Ambos dispositivos tienen riesgos y beneficios, pero se aconseja la colocación temprana de la sonda nasogástrica.
2014. Villa Benayas, Zaira.	Realizar un plan de cuidados estandarizados claro y sencillo para el manejo de la disfagia por parte del personal de enfermería.	Estudio descriptivo, basado en las experiencias de enfermería en la unidad de ictus en el Hospital Guadarrama, Madrid. Actualmente se realiza el EAT-10 en las primeras 24h, MECV-V, valoración diaria de la ingesta y sus necesidades. Cada 15 días se valora el estado nutricional en una reunión multidisciplinar y una vez al mes el personal de enfermería da una charla a las familias sobre el manejo de la disfagia.	Hay que unificar criterios de actuación para mejorar la calidad asistencial en el manejo de la disfagia y reducir las posibles complicaciones.
2014. Sánchez, M ^a José G; Santander, Cecilio; Cortázar, Milagros; López, Felipe M; Susi, Rosario; Martínez, M ^a Carmen.	Conocer la relación entre disfagia orofaríngea, riesgo nutricional y deterioro funcional en pacientes mayores de 65 años. Determinar la prevalencia de disfagia orofaríngea.	Estudio observacional, analítico y transversal. Se llevó a cabo en el Hospital Universitario de la Princesa, Madrid durante febrero y marzo del 2013 en 167 pacientes ingresados mayores de 65 años. La disfagia orofaríngea se evaluó con el EAT-10 y el MECV-V; la malnutrición con el Mininutritional Assessment.	Se determina que la disfagia orofaríngea y la malnutrición no son factores independientes, el riesgo de sufrir problemas nutricionales es 8 veces mayor. La prevalencia de disfagia orofaríngea fue del 30,8%, riesgo de malnutrición un 26% y malnutrición un 15,4%, estas cifras están por debajo de otros estudios. En este estudio el 75% de pacientes con disfagia orofaríngea identificada por el MECV-V presentan malnutrición y riesgo de malnutrición.
2014. Vaz Rodríguez, José A; Estrella, Ana D.	Demostrar la eficacia del MECV-V para detectar a los pacientes con disfagia en fase aguda del ictus.	Revisión. Hospital Ernest Lluch Martín de Calatayud, Zaragoza. Se realiza en la unidad de ictus donde se evalúa el MECV-V a las 24-48 horas del ingreso. Se detallan las fases de evaluación de la disfagia y la interpretación de resultados.	Una disfagia no diagnosticada puede arruinar el tratamiento neurológico del ictus, el MECV-V se recomienda como método diagnóstico en pacientes con ictus. También se recomienda la participación de la familia. En este trabajo se propone la integración de un logopeda y un nutricionista en el equipo multidisciplinar.
2014. Kumar S, Doughty C, Doros G, Selim M, Lahoti S, Gokhale S, Schlaug G.	Identificar las variables que afectan la recuperación de la deglución después de un ACV agudo.	Estudio analítico retrospectivo durante junio de 2005 y junio de 2010. Se seleccionaron 323 pacientes, la evaluación primaria de la deglución la realiza una enfermera y si se detectan indicios de disfagia se evalúan por un patólogo del habla y lenguaje. El patólogo realiza la evaluación clínica de la deglución a pie de cama y con estudio por videofluoroscopia.	Se evidenció que la presencia de aspiración, disartria severa, puntaje NIHSS inicial ≥ 12 , infartos hemisféricos e intubación se asocian independientemente con disfagia tras el alta hospitalaria. La aspiración fue el predictor más fuerte de disfagia prolongada y se considera un marcador de disfagia grave.

8.2. Anexo II

- 1 •¿Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso?
- 2 •¿Mi problema a tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa?
- 3 •¿Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra?
- 4 •¿Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra?
- 5 •¿Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra?
- 6 •¿Tragar es doloroso?
- 7 •¿El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar?
- 8 •¿Cuándo trago, la comida se pega en mi garganta?
- 9 •¿Toso cuándo como?
- 10 •¿Tragar es estresante?

Adaptación preguntas EAT 10. "Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria" ²⁵.

8.3. Anexo III

1	•¿Está alerta el paciente?
2	•¿Tiene el paciente una sonda de alimentación (PEG, SNG, etc.)?
3	•¿El paciente tiene una traqueotomía?
4	•¿Está presente el babeo?
5	•¿Está presente la caída facial?
6	•¿Puede el paciente mover la lengua de lado a lado, de arriba a abajo?
7	•¿Tiene el paciente una calidad vocal anormal?
8	•¿El paciente puede toser voluntariamente?

Adaptación al español de las preguntas DHSS. *“A Validated Swallow Screener for Dysphagia and Aspiration in Patients with Stroke”* ²¹.

8.4. Anexo IV

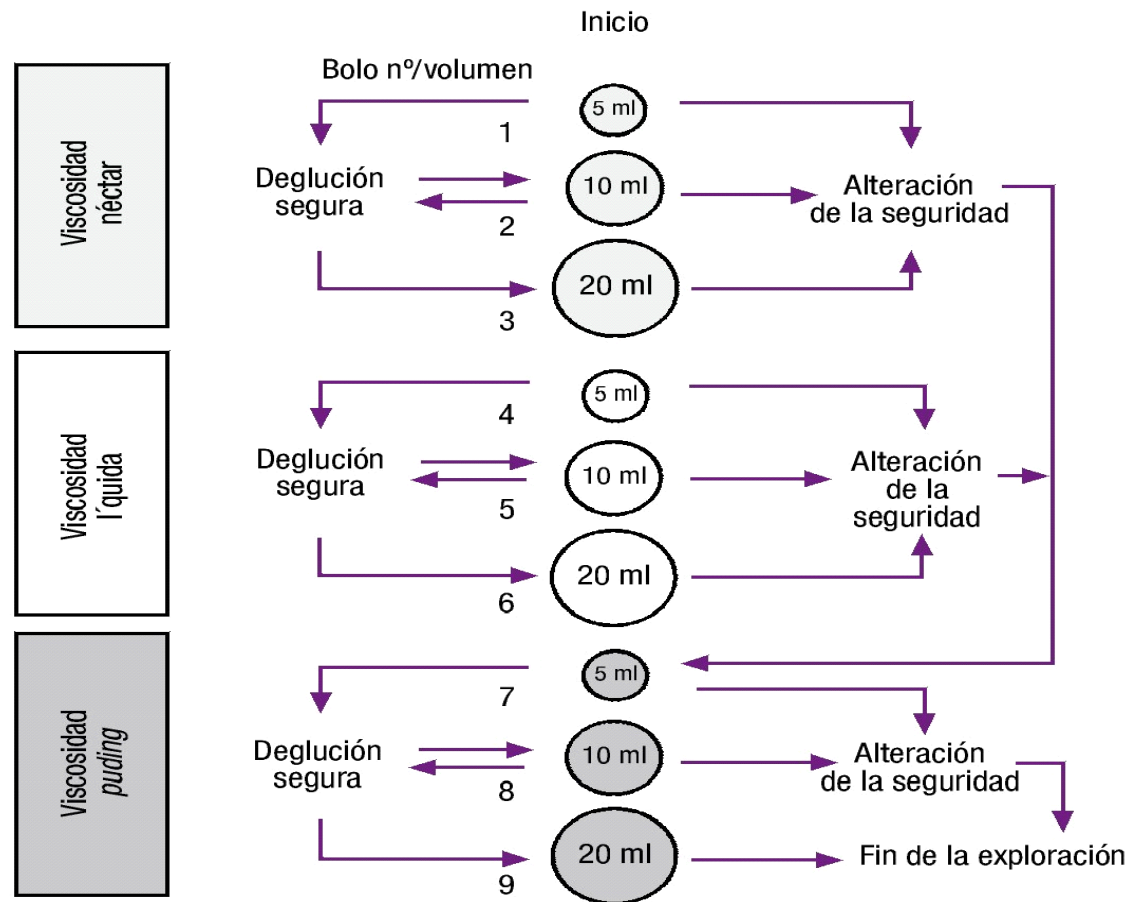


Figura 1.- Test de Disfagia MECV-V "Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad"
 Alteraciones de la Seguridad: Tos, Carraspeo, Desaturación.
 Alteraciones de la Eficacia: Deterioro del cierre labial, Babeo, Residuos Orales, Deglución Fraccionada

Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad. "Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria"²⁵.