

Premio del Comité Científico a la mejor
Comunicación Oral de Investigación en Enfermería

La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de Enfermería



Autores: M.L. Sebastián, E. Palomeras, P. Clavé, R. Monteis,
C. Fàbregas, A. Ciurana, R. Vila, P. Fossas.

Servicio de Neurología. Hospital de Mataró. Barcelona.

Introducción

La disfagia es el trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad que presenta la persona en la preparación oral del bolo alimentario y/o en su desplazamiento de la cavidad bucal hasta el estómago.

En el Ictus Agudo, la disfagia tiene una prevalencia que se estima entre el 30-70%, y por sus consecuencias (desnutrición, deshidratación y broncoaspiración) la morbitmortalidad en estos pacientes se va a ver incrementada.

Debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que se derivan de ésta, en la práctica diaria de enfermería con estos pacientes se incluye el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia, iniciándose todo un plan de actuación a partir del momento de su detección.

Objetivos

- Analizar las actuaciones que enfermería pone en marcha tras detectar la disfagia al paciente con Ictus Agudo y que conforman el plan de actuación.
- Unificar criterios de actuación al ingreso y alta en estos pacientes.

Material y métodos

Durante 7 meses se realiza un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en la unidad de Neurología con Ictus Agudo y, con exploración clínica positiva para disfagia por el método volumen-viscosidad (MECV-V) realizado por enfermería.

Se excluyen aquellos pacientes trasladados de otros centros o unidades, y aquellos que por diferentes motivos enfermería no les pudiera realizar dicha exploración.

Se van a registrar las siguientes variables: edad, sexo, escalas de valoración al ingreso y al alta, diagnóstico al alta y topografía, días de ingreso, lugar, tiempo y resultado de la exploración MECV-V, actuaciones de enfermería derivadas durante el ingreso y al alta.

La técnica de screening de la disfagia utilizada en el trabajo es el MECV-V. Con el MECV-V se explora la eficacia (sello labial, residuos orales, deglución fraccionada y residuos faríngeos) y la seguridad de la deglución (tos relacionada con la deglución, voz húmeda o áfona, disminución de la saturación de oxígeno entre 3-5% registrada mediante un pulsioxímetro), administrando al paciente bolos de viscosidades (líquida, néctar y pudding) y volúmenes crecientes (5ml, 10ml, 20ml), permitiéndonos seleccionar el volumen y la viscosidad más segura y eficaz para la ingesta del paciente (figura 1).

Lugar de realizacion del mecv-v**Resultado de la exploración
(mecv-v)****Resultados**

De 98 pacientes estudiados, se incluyen finalmente en el estudio 60 pacientes por presentar MECV-V positivo. Tienen 81 años de mediana y el 53'3% son mujeres. Presentan un Barthel de 30 al ingreso y de 50 al alta de mediana. La escala canadiense al ingreso es de 7 y al alta de 8.5 de mediana. Permanecen 8 días ingresados de mediana. El diagnóstico al alta fue de ictus isquémico 93'3%, ictus hemorrágico 3'3%, y AIT 3'3%. El 51,6% de los pacientes estudiados presentaron la lesión en el territorio de la arteria cerebral media.

Diagnóstico al alta**Topografía de la lesión**

El resultado del MECV-V se notifica en todos los pacientes en el curso clínico.

Al 50'8% se les realiza el MECV-V en las primeras 24h del ingreso, el 93'2% se les realiza estando ingresados en planta y el 61'1% presentan afectación de la deglución tanto en eficacia como en seguridad.

Tiempo de realizacion del mecv-v

Referente a las actuaciones que enfermería genera tras detectarle al paciente la disfagia obtenemos los siguientes resultados:

- A todos los pacientes se les realiza control de ingestas durante las 24h.
- En el 79,7% de los pacientes se registra el peso de ingreso (primeros tres días) y al 39% se les realiza un segundo control de peso durante el ingreso.
- En el 79,7% se señala la disfagia del paciente mediante un logotipo en la cabecera de la cama.
- Se realiza educación al paciente-cuidador en el 84,7% de los pacientes estudiados.
- En el 84,7% de los pacientes

enfermería realiza consulta a la logopeda, siendo valorados el 68% de éstos con cuatro días de diferencia de mediana.

- Al 25,5% de los pacientes se les realiza consulta a la dietista, siendo valorados en su totalidad y en el mismo día. El 60% de estas consultas son por necesitar el paciente SNG y nutrición enteral.
- Precisan modificación de la dieta por enfermería un 93,2% de los pacientes; de éstos en un 75% la modificación de la dieta hace referencia a la textura, y en un 83,9% enfermería modifica el volumen. El 15,3% precisan instauración de SNG y nutrición enteral.
- En todos los pacientes se programa la realización de nuevos controles del MECV-V.

Al 61% de los pacientes se les realiza un segundo control del

MECV-V, siendo realizado éste en el 88,9% por la logopeda y resultando el 89% de los pacientes positivos.

El 6,8% de los pacientes se les va a realizar un tercer control del MECV-V, siendo realizado en su totalidad por la logopeda y manteniendo todos los pacientes la disfagia.

Los resultados obtenidos de las actuaciones al alta son:

- En un 20,4% de los pacientes hay constancia de la disfagia en el informe del alta.
- En un 11,1% se entregan recomendaciones escritas.
- Ningún paciente tiene visitas programadas de seguimiento de la disfagia.

Conclusiones

En nuestro estudio más del 60% de los pacientes con Ictus Agudo presentan disfagia detectada clíni-

camente por el MECV-V, realizado durante su ingreso hospitalario en el proceso de atención de enfermería a estos pacientes.

Observamos que el plan de actuación de enfermería durante el ingreso es variado y con porcentajes de actuación, en general, altos.

Destaca, sin embargo, que la consulta a la dietista por parte de enfermería, es baja centrándose en pacientes con SNG.

El plan de actuación generado por enfermería tras la detección de la disfagia durante el ingreso, carece de seguimiento al alta y no asegura la continuidad de los cuidados, observándose por ello, la necesidad de generar mecanismos que solventen dichas deficiencias y eviten el desarrollo de complicaciones nutricionales y respiratorias en nuestros pacientes con Ictus Agudo y disfagia orofaríngea.

Bibliografía

1. Langdon PC, Lee AH, Binns CW. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *J Clin Neurosci* 2007;14:630-634.
2. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke. Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005;36:2756-2763.
3. Broadley S, Croser D, Cottrell J, Creevy M, Teo E, Yiu D, Pathi R, Taylor J, Thompson PD. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. *J Clin Neurosci* 2003;10:300-305
4. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, Caso V, Venti M, Milia P, Silvestrelli G, Palmerini F, Parnetti L, Gallai V. Dysphagia following stroke. *Eur Neurol* 2004;51:162-167.
5. Mann G, Grad Dip P, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke. Prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke* 1999;30:744-748.
6. Sellars C, Bowie L, Bagg J, Sweeney MP, Miller H, Tilston J, Langhorne P, Stott DJ. Risk factors for chest infection in acute stroke. A prospective cohort study. *Stroke* 2007;38:2284-2291

7. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke. Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005;36:2756-2763.
8. Smithard DG, O'Neill PA, Park C, Morris J, Wyatt R, England R, Martin DF. Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke* 1996;27:1200-1204
9. Broadley S, Croser D, Cottrell J, Creevy M, Teo E, Yiu D, Pathi R, Taylor J, Thompson PD. Predictors of prolonged dysphagia following acute stroke. *J Clin Neurosci* 2003;10:300-305
10. Mann G, Grad Dip P, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke. Prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke* 1999;30:744-748.
11. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008 Dec;27(6):806-15. Epub 2008 Sep 11. PMID: 18789561 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. Clavé P, Terre R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96 (2): 119-131.
13. Clavé P, Almirall J, Esteve M, Verdaguer A, Serra-Prat M. Dysphagia. A team approach to prevent and treat complications. In: Taylor S, ed. Hospital Healthcare Europe 2005/2006. London: Campeen Publishing Ltd, 2006: N5-N8.