

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

DISFAGIA EN FASE AGUDA DEL ICTUS. UTILIDAD DEL TEST VOLUMEN-VISCOSIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Autor principal JOSE ANTONIO VAZ RODRIGUEZ

CoAutor 1 ANA DIAZ ESTRELLA

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave Accidente Cerebrovascular Trastornos de Deglución Educación en Salud Neumonía por Aspiración

» Resumen

Se denomina Accidente Cerebrovascular (ACV) o Ictus al trastorno brusco de flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.

Las enfermedades cerebrovasculares pueden dividirse en tres grandes grupos, según el mecanismo etiopatogénico, clasificándose en ictus isquémicos, hemorrágicos y mixtos.

Los ictus isquémicos representan entre el 80-85% de todos los ictus y los hemorrágicos el 15-20%.(1)

Esta patología tiene una elevada frecuencia de presentación, sobre todo en personas de edad avanzada, una gran repercusión social, un alto índice de mortalidad, ocasiona ingresos prolongados y tiene unos costes sociosanitarios elevados.

Constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados después de la cardiopatía isquémica y las neoplasias. Además, el ictus es la primera causa de discapacidad física permanente en la edad adulta y el segundo motivo de demencias, después del Alzheimer, lo que conlleva una elevada carga social y económica. Por lo tanto, la no identificación del ictus como una urgencia médica disminuye las posibilidades actuales de aplicar un tratamiento específico en un corto período de tiempo.(1)

En la fase aguda del ictus, la disfagia tiene una prevalencia que se estima entre el 30-70%, y por sus consecuencias (desnutrición, deshidratación y broncoaspiración) la morbimortalidad en estos pacientes se va a ver incrementada.(2)

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

En nuestro Hospital Comarcal Ernest Lluch Martín de Calatayud, se implantó en el año 2010 una Unidad de Ictus, ubicada en el Servicio de Medicina Interna, en la que se reservan dos camas con monitores para controlar la evolución de pacientes con ACV.

La función de dicha unidad es proporcionar una vigilancia continuada de las constantes vitales, unos cuidados enfermeros frecuentes y una atención médica especializada, obteniéndose una asistencia protocolizada e integral que mejora la supervivencia y disminuye el número de secuelas en los pacientes con Ictus.(1)

Debido a la elevada prevalencia de la disfagia en la fase aguda del ictus y a las consecuencias que se derivan de ésta, en nuestra práctica diaria 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.(2)

Este trabajo se desarrolla con el objetivo de demostrar la eficacia del MECV-V para detectar a los pacientes con disfagia en fase aguda del ictus,

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La disfagia es el trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad que presenta la persona en la preparación oral del bolo alimenticio y/o en su desplazamiento de la cavidad bucal hasta el estómago, pasando por la faringe y el esófago.(2)

La disfagia se puede clasificar según su etiología, en orgánica y funcional; según la fase afectada, en orofaríngea y esofágica y según la consistencia, puede afectar a líquidos, a sólidos o ambos. La disfagia orofaríngea de carácter funcional es la más prevalente (56-78%) en ancianos institucionalizados.

Para que la deglución se realice de modo seguro y eficaz es necesario la coordinación de múltiples mecanismos neuromotores, en los que participan 40 grupos musculares de 3 regiones anatómicas, inervados por las ramas motoras y sensitivas de 5 pares craneales (V, VII, IX, X y XII).

FASES DE LA DEGLUCIÓN:

Fase preparatoria: V y VII, creación del bolo alimenticio.

Fase oral: XII, propulsión del bolo.

Fase faríngea: IX y X, respuesta motora orofaríngea (reflejo deglutorio).

Fase esofágica: Peristalsis primaria. (3)

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA:

1. Disminución de la eficacia deglutoria con el consiguiente riesgo de deshidratación y/o desnutrición, dependiendo de que afecte la ingesta de líquidos, sólidos o ambos.

a) Malnutrición.

- Rechazo de alimentos difíciles de deglutir.

- Disminución del tiempo de la comida.

- Reducción progresiva de la ingesta de alimentos.

- Desnutrición, al no alcanzar con la dieta las calorías diarias necesarias.

b) Deshidratación.

- Temor a atragantamientos, tos, regurgitaciones.

- Reducción de la ingesta de líquidos por la dificultad al ingerirlos.

2. Disminución de la seguridad de la deglución con desprotección de la vía respiratoria, aumentando el riesgo de neumonía por aspiración y menos frecuentemente, taponamiento y asfixia por obstrucción de la vía aérea.

a) Aspiración: paso de alimentos al árbol respiratorio. El 30% de las aspiraciones son silenciosas y asintomáticas.

b) Neumonía:

- Tienen mayor riesgo de sufrirla pacientes desnutridos, pluripatológicos, ancianos, discapacitados.(3)

Las infecciones respiratorias son una complicación frecuente y grave dentro de las complicaciones nosocomiales del paciente con disfagia. Aproximadamente la mitad de las broncoaspiraciones provocan neumonías, las cuales ocasionan una mortalidad en torno al 50%.

La utilización de programas de detección, diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en pacientes con ictus puede conseguir una importante reducción de la morbimortalidad, mejorando la evolución, tanto a corto plazo en forma de disminución del número de infecciones nosocomiales y complicaciones respiratorias, como a medio y largo plazo detectando trastornos de desnutrición o deshidratación secundarios y mejorando la calidad de vida y el estado nutricional, incluso con menor coste hospitalario.(2)

Para la evaluación de la disfagia orofaríngea en nuestro servicio se utiliza el Método de Evaluación Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), que se debe de realizar a las 24-48 horas del ingreso. Esta prueba permite elaborar recomendaciones terapéuticas sobre la dieta más adecuada para el paciente con disfagia, individualizando el volumen y viscosidad del bolo óptimo.

Dicha técnica consiste en administrar por vía oral y con la ayuda de una jeringa, diferentes volúmenes de líquido (5, 10, 20 ml) y consistencias (agua, néctar y pudding) e identificar la presencia o no de síntomas clínicos identificativos de disfagia. El paciente debe de estar sentado, consciente y alerta, con la cavidad oral limpia y con monitorización continua de saturación de oxígeno con pulsioxímetro.(3)

Se preparan las distintas viscosidades de la siguiente manera:

- Líquidos: Un vaso con 100 ml de agua a temperatura ambiente.

- Néctar: Agregar un cacito de espesante a un vaso con 100 ml de agua a temperatura ambiente y disolver hasta conseguir textura homogénea (al decantar el líquido cae formando un hilo fino).

- Pudding: Agregar dos medidas a ras de espesante a un vaso con 100 ml de agua a temperatura ambiente y disolver de manera que al decantar el líquido caiga en masa. (4)

Se comienza por la viscosidad néctar a volumen bajo (5 ml), para ir aumentando éste (10 y 20 ml). Se sigue el mismo procedimiento con los líquidos y, finalmente, con la viscosidad pudding. En cada ocasión se registra si se producen signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 5% y cambio del tono de voz) y/o de la eficacia de la técnica (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada).

EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

1. Paciente sin alteración de la seguridad ni de la eficacia: MECV-V NEGATIVO, él paciente no presenta disfagia.

2. Paciente con alteración de la eficacia pero no de la seguridad, puede peligrar el estado nutricional: MECV-V POSITIVO. El volumen y viscosidad óptimos serían: viscosidad más baja y volúmenes altos.

3. Paciente con alteración de la seguridad (con o sin problemas de la eficacia):

- El paciente presenta disfagia, MECV-V POSITIVO. El volumen el mayor que pueda y la viscosidad la que sea capaz de deglutir.

DIETA RECOMENDADA.

1. MECV-V NEGATIVO o POSITIVO con alteración de la eficacia: DIETA DE SEGURIDAD (líquidos espesados hasta textura néctar y dieta

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Uno de los elementos condicionantes de una buena evolución clínica del enfermo con ACV es mantener un buen estado nutricional y un adecuado equilibrio metabólico. Una disfagia no diagnosticada y/o no bien tratada puede arruinar en excelente tratamiento neurológico del ictus. Desde el punto de vista diagnóstico es útil el MECV-V recomendándose su uso rutinario en pacientes con ictus. Además este test permite el diagnóstico de la disfagia en la cabecera de la cama, incluso en pacientes con demencia moderada-severa, permitiendo a la vez iniciar una intervención precoz en la adaptación de la dieta del enfermo.

Gracias a la realización del test volumen-viscosidad en la Unidad de Ictus en nuestro hospital comarcal se pueden diagnosticar precozmente las disfgias orofaríngeas como consecuencia del ACV, y por ello, ofrecer una alimentación adecuada a la presencia o no de disfagia para poder así cubrir las necesidades del paciente; evitándose la desnutrición, la deshidratación y la aspiración, que son complicaciones indeseadas de la disfagia de la fase aguda del ictus. Así mismo, se disminuye la estancia hospitalaria y, por tanto, los gastos sanitarios.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

No se han encontrado barreras para su desarrollo. Gran colaboración del equipo multidisciplinar.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Los ACV presentan un grado de invalidez, por lo que debemos tener en cuenta su entorno familiar, las características psicosociales, culturales e individuales (aumento de la dependencia en las actividades básica de la vida diaria) buscando su inserción en el ámbito familiar con objeto de lograr una rápida recuperación. Debemos promover que el paciente desarrolle mayor autonomía y que la familia o cuidador principal sea participe en el proceso de recuperación.

El manejo de la disfagia en pacientes con ictus a nivel hospitalario es muy heterogéneo, realizándose un abordaje práctico en el manejo de ésta.

Planteamos las siguientes propuestas de participación:

FAMILIA:

1. Educación sanitaria sobre cuidados básicos en alimentación:

- Evitar elementos de distracción durante el tiempo de alimentación. Dedicar tiempo, no forzar si hay rechazo insistente (posponer).

- Realizar una adecuada limpieza bucal pre y postingesta.

- Iniciar con cantidades pequeñas (permitir oler y probar), así como, dar tiempo suficiente para la masticación y deglución.

- Mantener sedestación con ligera flexión anterior del cuello durante la ingesta y, en caso de hemiplejias, la rotación hacia el lado afecto.

Prolongar la postura hasta pasados veinte minutos tras la ingesta.

2. Educación sanitaria sobre el proceso de enfermedad, aclarando dudas y temores.

3. Apoyo emocional para fomentar la esperanza de recuperación y evitar la depresión y frustración a través de la comunicación.

PACIENTE:

1. Instruir para que no reprima la tos durante la ingesta.

» Propuestas de líneas de investigación.

Es importante señalar que la aplicación de un sistema de atención urgente del ictus, basado en una asistencia protocolizada, especializada e integral en Unidades de Ictus ha supuesto una importante mejora en la supervivencia y un menor número de secuelas en los pacientes con ACV.(1)

El manejo de la disfagia del paciente con ACV en nuestro hospital comarcal es multidisciplinar, observándose la ausencia de algunos especialistas. Por lo que proponemos la intervención de un logopeda y un Servicio de Nutrición para complementar la asistencia a este tipo de

» Bibliografía.

1.G.G.,M^a.Luisa,C. P.,Isabel.Vigilancia y monitorización de TA y ECG en Unidad de Ictus.Metas de Enf.2011;14(1);66-71.

2.M.L. Sebastián,E. Palomeras,P. Clavé,R. Monteis,C. Fábregas,A. Ciurana,et al.La disfagia en Ictus agudo:actuaciones de enfermería.SEDENE.2009; 29;8-11.

3.Alimentación de personas con disfagia. SANCYD.[actualizado 10 May 2010]. Disponible en: www.sancyd.es/comedores/discapacitados/alimentacion.disfagia.php.

