



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Título: Plan de Cuidados para pacientes
con disfagia tras ictus

Title: Care Plan for patients with post-
stroke dysphagia

Autor

Alberto Espeso Izquierdo

Director

Ángel Gasch Gallén

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso académico 2020-2021

ÍNDICE

RESUMEN:	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS:	9
METODOLOGÍA:	10
DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS	11
Valoración:	11
Diagnóstico y planificación	12
Ejecución:	22
Evaluación:	22
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA:.....	24
ANEXOS	28

RESUMEN:

Introducción: gran cantidad de pacientes que sufren un ictus desarrollan disfagia, manifestada por dificultad o incapacidad para la deglución de líquidos y/o sólidos provocando complicaciones como deshidratación o desnutrición. Para identificar esta situación patológica se realiza el cribaje EAT-10 y el método clínico MECV-V. Tras el diagnóstico de disfagia existen actuaciones por parte de enfermería para evitar complicaciones, como el manejo de la textura del bolo, el tratamiento postural o una buena higiene bucal tras la ingesta.

Objetivos: diseñar un plan de cuidados de enfermería para reducir las complicaciones de la disfagia y fomentar la autonomía del paciente, así como la inclusión del cuidador/a para continuar los cuidados tras el alta hospitalaria.

Metodología: se realiza una revisión bibliográfica con la búsqueda de artículos en las principales bases de datos en ciencias de la salud, con un rango de publicación posterior al año 2008. Para el plan de cuidados se realiza una valoración integral siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson, empleando el lenguaje NANDA, NIC y NOC.

Desarrollo: se propone una valoración siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson, con unos diagnósticos frecuentes para este tipo de paciente y diferentes actividades para el fomento de la autonomía y bienestar de la persona con disfagia y cuidador/a.

Conclusiones: resulta fundamental ejecutar el plan de cuidados para reducir las complicaciones provocadas por la disfagia fomentando la autonomía del paciente y la inclusión del cuidador/a principal.

Palabras clave: disfagia, ictus, dificultad para deglutir.

ABSTRACT:

Introduction: a large number of stroke patients develop dysphagia, manifested by difficulty or inability to swallow liquids and/or solids, causing complications such as dehydration or malnutrition. To identify this pathological situation, the EAT-10 screening and the MECV-V clinical method are used. After the diagnosis of dysphagia, there are nursing actions to prevent complications, such as management of the texture of the bolus, postural treatment or good oral hygiene after ingestion.

Objectives: to design a nursing care plan to reduce the complications of dysphagia and promote patient autonomy, as well as the inclusion of the caregiver to continue care after hospital discharge.

Methodology: a bibliographic review was carried out with a search for articles in the main health science databases, with a publication date after 2008. For the care plan, a comprehensive assessment was carried out following the 14 needs of Virginia Henderson, using NANDA, NIC and NOC language.

Development: an assessment is proposed following the 14 needs of Virginia Henderson, with frequent diagnoses for this type of patient and different activities to promote the autonomy and well-being of the person with dysphagia and caregiver.

Conclusions: it is essential to implement the care plan to reduce the complications caused by dysphagia by promoting the autonomy of the patient and the inclusion of the main caregiver.

Key words: stroke, dysphagia, swallowing disorders.

INTRODUCCIÓN:

Justificación: la disfagia es un problema frecuente, que afecta a más de 40 millones de personas en Europa (1). Se trata de una de las complicaciones más habituales en pacientes que han sufrido un ictus, con una prevalencia del 55% de las personas ingresadas por dicha patología (2), pudiendo derivar en problemas como desnutrición, deshidratación o neumonías por aspiración lo que aumenta considerablemente la tasa de mortalidad, especialmente en los primeros 90 días tras el ictus (2). La mortalidad en estos pacientes hospitalizados con disfagia se eleva, 2.5% frente al 0.7% en pacientes sin disfagia, pero tras 3 meses de la hospitalización, la tasa se dispara al 13.6% frente al 1.6% (3).

Es importante realizar una detección precoz seguida de un correcto plan de cuidados para reducir la morbilidad de posibles complicaciones en estos pacientes y una adecuada gestión de los cambios que se requieren, por parte de la persona y su entorno.

Marco teórico:

El ictus consiste en una lesión cerebral provocada por un trastorno del flujo sanguíneo generalmente de manera súbita, clasificándose según su naturaleza en isquémico o hemorrágico (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cerebrovasculares representan la segunda causa de muerte en el mundo (5), provocando además un gran número de complicaciones, entre las que encontramos la disfagia.

La disfagia es un síntoma de un problema deglutorio, que provoca, desde dificultad a incapacidad para transportar el bolo alimentario desde la boca hasta el estómago (6).

La deglución es un proceso que se divide en 4 etapas (7):

1. Etapa de preparación oral: preparación del bolo alimentario para ser deglutido de una manera segura. Se produce la masticación para fragmentar todos los alimentos y mezclarlos con la saliva expulsada.
2. Etapa de expulsión oral: la lengua mueve el bolo alimentario a la parte posterior de la cavidad oral para después llegar a la faringe.
3. Etapa faríngea: la base de la lengua empuja el bolo alimentario para abrir paso a través de la faringe. Esta presión ejercida es la que hace al bolo descender. El músculo cricofaríngeo se relaja y el movimiento de la faringe abre el esfínter esofágico superior, lo que provoca que el bolo penetre en el esófago.
4. Etapa esofágica: el bolo alimentario continua su descenso. Esto se produce gracias a los movimientos peristálticos del esófago, haciendo que el bolo entre en el estómago una vez atravesado el cárdias.

En función del mecanismo y del área que se ve afectado, la disfagia se clasifica en orofaríngea y esofágica.

La disfagia orofaríngea, se define como la incapacidad o dificultad para transportar el bolo alimentario de una manera segura y efectiva desde la boca hasta el esófago. Este tipo de disfagia puede provocar complicaciones como deshidratación, desnutrición y alteraciones respiratorias siendo la más frecuente la neumonía por aspiración. (8)

La disfagia esofágica, es causada por alteraciones estructurales o de motilidad en el esófago, lo que provoca una incapacidad para el descenso del bolo hasta el estómago, tanto de sólidos como de líquidos. (9)

Es fundamental un correcto y precoz diagnóstico de la disfagia para de evitar complicaciones. En España está validada la escala Eating Assesment Tool-10 (EAT-10). Se trata de una herramienta de despistaje, con la que de manera rápida y efectiva, es posible descartar la presencia de disfagia (10). Esta traducción al castellano de la versión original presenta una consistencia excelente, una alta reproducibilidad y emplea criterios basados en la validez (11).

La escala consta de 10 preguntas con una variabilidad de respuesta desde 0 a 4; siendo 0 "ningún problema" y 4 "problema serio". En caso de obtenerse una puntuación de 3 o superior, se considera una situación anormal. (12)

En caso de obtener una puntuación superior a 3, se procederá a la realización de una exploración clínica denominada Método de la Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Se trata de un método con una capacidad diagnóstica del 83-85% y una especificidad del 64,7-69%, por lo que permite reconocer la disfagia suponiendo una herramienta de fácil uso con bajo coste (13).

La prueba debe ser realizada con el paciente en sedestación y controlando la saturación de oxígeno a través de un pulsioxímetro.

Para la preparación de las diferentes viscosidades es necesario emplear un espesante alimentario (Resource ThickenUp, Novartis Consumer Health SA, Barcelona, España) y para la medición exacta de la viscosidad es necesario un viscómetro rotacional. Esta medición de viscosidad emplea como unidad los miliPascales segundo (mPa.s). La viscosidad néctar obtiene una medición de 295,02 mPa.s, la viscosidad líquida de 21,61 mPa.s y la viscosidad pudding de 3682.21 mPa.s (14).

La preparación de la viscosidad líquida se realiza únicamente empleando agua mineral a temperatura ambiente. Para la preparación de viscosidad néctar es preciso pesar 4,5 gramos del espesante e introducirlos en 100 ml de agua mineral. En el caso de la viscosidad pudding, se añaden 9 gramos del espesante anteriormente nombrado a 100 ml de agua mineral. Es fundamental una correcta preparación de las diferentes texturas para que el desarrollo de la prueba y los resultados obtenidos sean lo más precisos posibles (14).

Tras la preparación de las diferentes texturas y la adecuada posición del paciente, la prueba se realiza controlando la viscosidad, comenzando por viscosidad néctar, líquida y finalmente pudding, administrando de manera progresiva volúmenes crecientes de 5, 10 y 20 ml.

Es necesario monitorizar la saturación de la persona y se valorará (15):

- Signos de eficacia: sello labial insuficiente, residuos orales o deglución fraccionada.
- Signos de seguridad: descenso de saturación del 5%, cambio en el tono de voz o tos.

La prueba es adaptada para proteger a los pacientes de una aspiración durante el procedimiento, es por ello por lo que se comienza por una viscosidad néctar y un incremento de volumen desde 5 hasta los 20 ml (progreso en dificultad relacionado con el volumen).

Tras la finalización de la serie con textura néctar sin la aparición de ninguno de los signos anteriormente nombrados, se comienza la serie con la textura líquida. Finalmente, se termina con la textura pudding, siempre siguiendo la transición 5 – 10 – 20 ml.

En caso de manifestarse alguno de los signos de eficacia o seguridad durante la serie con textura néctar, se detendrá la prueba, se omitirá la textura líquida y se retomará con textura pudding. De la misma forma si aparece una alteración durante la textura líquida, se detendrá la prueba y se retomará con la textura pudding, que resulta más segura.

La prueba descartaría la disfagia en caso de no aparecer ninguno de los signos anteriores. En caso de aparecer una alteración en alguno de los signos, será preciso realizar una videofluoroscopia para confirmar el diagnóstico (16).

ABORDAJE ENFERMERO:

Es necesario un abordaje interdisciplinar para identificar precozmente la disfagia y así tratar de reducir la aparición de complicaciones como desnutrición, deshidratación, infecciones del tracto respiratorio (17).

Recientes revisiones clasifican las medidas en 4 grupos: (17)

- Manejo y modificación del bolo alimenticio.
- Tratamiento postural.
- Otras intervenciones.
- Técnicas de facilitación

Manejo y modificación del bolo:

Se basa en modificar la consistencia de los sólidos y/o líquidos que vayan a ser ingeridos por el paciente, con espesantes alimentarios, hasta conseguir una viscosidad adecuada (17, 18). Esta modificación produce un beneficio tanto en signos de seguridad como de eficacia, con especial reducción de las aspiraciones y penetraciones (19). La alimentación debe ser equilibrada y variada, dando prioridad a tomas escasas pero frecuentes adaptando la textura a la capacidad de la persona (20).

Tratamiento postural:

La ingesta de cualquier alimento se realizará con el/la paciente en una posición sentada a 60-90° del plano horizontal, en caso de no ser posible se asegurará siempre al menos 45° con la espalda completamente apoyada en el respaldo y alineada correctamente (20), manteniéndose en dicha postura hasta pasados al menos 30 minutos tras la última deglución. Además, existe evidencia con respecto a la posición "Chin-Down" o "cabeza abajo", basada en el cierre de la vía aérea (17). El cuidador/a encargado de alimentar al paciente debe estar a la misma altura, ya que, en caso de encontrarse en una altura superior, obliga al paciente a realizar una hiperextensión del cuello, lo que facilita una posible aspiración de alimentos (20).

Otras intervenciones:

Una buena higiene oral, especialmente empleando clorhexidina sin etanol, reduce el riesgo de incidencia de neumonías por aspiración (17). Además, se encuentran otras actividades como la aplicación de estímulos sensoriales en la cavidad oral, con presión, calor, modificación de las características del bolo que pueden suponer una mejora en la deglución (18).

Técnicas de facilitación:

En los últimos años, se está comenzando a emplear la estimulación sensorial con técnicas como la estimulación eléctrica transcutánea o la estimulación química, que podrían ayudar a mejorar la fisiopatología de la deglución (17).

Cada paciente debe ser valorado de una manera individualizada, basándose en las limitaciones a nivel deglutorio, con objetivos a corto y medio plazo para mantener unos niveles de nutrición e hidratación adecuados, realizando

reevaluaciones periódicas para adaptar el plan de cuidados a la realidad actual del paciente (18,19).

Abordaje emocional y progreso hacia la autonomía:

Aspectos como las restricciones en la ingesta, los riesgos clínicos de la patología, la sensación de dependencia, el miedo a la asfixia o la muerte, puede provocar alteraciones emocionales y psicológicas que pueden llevar a sentimientos de vergüenza, falta de ganas, ansiedad o depresión (21,22,23).

Por ello, además de un equipo de profesionales, encargado de un abordaje integral del paciente, existe el papel de cuidador/a principal dentro del plan de cuidados, que adecuadamente preparado, sea capaz de realizar un adecuado manejo de la patología, priorizando la propia independencia del/la paciente (23).

Previo al alta hospitalaria, es imprescindible una correcta labor de educación para el/la cuidador/a en el manejo de la alimentación del paciente, así como el conocimiento para detectar cualquier alteración en signos de eficacia o seguridad. La familia debe participar activamente en el proceso de recuperación y rehabilitación teniendo siempre la autonomía en el horizonte (21).

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Diseñar un plan de cuidados de enfermería para reducir las posibles complicaciones relacionadas con la disfagia en personas que han sufrido un ICTUS, durante el proceso de hospitalización, centrado en la autonomía y la participación.

Objetivos específicos:

- Realizar una actualización de los conocimientos en el manejo de la disfagia en personas que han sufrido un ICTUS por parte del personal de enfermería.
- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería para personas con disfagia tras un ICTUS, centrado en conseguir la autonomía del/la paciente y la incorporación del/la cuidador/a principal en el plan.

METODOLOGÍA:

Para la redacción de este plan de cuidados de enfermería, se ha realizado una actualización del tema empleando las bases de datos especializadas en ciencias de la salud como son PUBMED, SCIENCE DIRECT y SCIELO. La búsqueda se ha realizado empleando artículos posteriores al año 2008, dando mayor importancia a artículos recientes y seleccionando documentos tanto en inglés como en castellano. Para la búsqueda en las bases de datos se han empleado tanto términos MESH, como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), utilizando como palabras clave: "stroke", "dysphagia", "swallowing disorders", "disfagia" e "ictus". Para concretar la búsqueda se han empleado los operadores booleanos AND y OR.

Ante la gran cantidad de bibliografía disponible, sólo fueron empleados los artículos de los que disponía acceso completo, que se adaptaran en su desarrollo a la actualización a realizar, que las palabras clave aparecieran en el título y/o cuerpo y que tras la lectura del abstract se centraran en la población objetivo de este trabajo. Además, se han consultado manuales, guías de actuación y protocolos vigentes del Hospital Universitario Miguel Servet y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa acerca del manejo de la disfagia.

Los artículos finalmente empleados han sido seleccionados por adaptarse a los objetivos de este trabajo, centrándose principalmente en intervenciones de enfermería en ámbito emocional, autonomía del paciente e inclusión del cuidador/a principal en el plan.

Tabla 1:

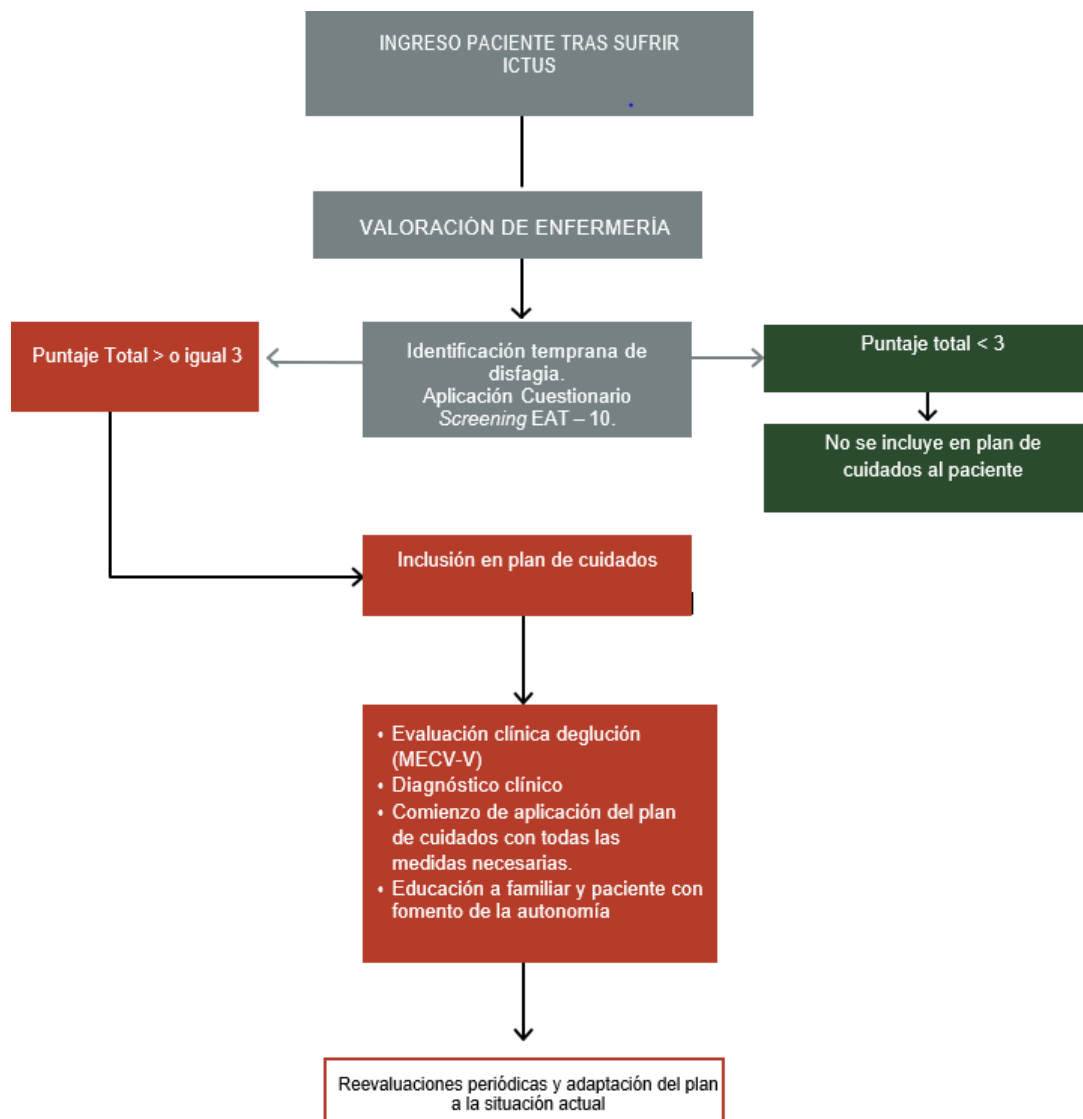
Base de datos	Artículos encontrados	Artículos cumpliendo criterios de inclusión	Artículos utilizados
Pubmed	130	54	13
Science Direct	225	27	6
Scielo	170	20	4

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS:

Valoración:

Para realizar un plan de cuidados estandarizado (PC) que atienda a todas las necesidades del/la paciente que ha sufrido un ictus y que presenta disfagia, se seguirá el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, entendiendo a la persona como un “todo” y un ser biopsicosocial (24).

En el siguiente diagrama se sintetizan los pasos a seguir tras la valoración de un paciente que tras sufrir un ictus es ingresado en el hospital y que podría ser incluido dentro de este plan de cuidados de enfermería.



Es fundamental una valoración integral del/la paciente, para que los datos recogidos nos sirvan como base para planificar las actividades de enfermería. Esta valoración se realizará por medio de la recogida de datos tanto objetivos como subjetivos que se obtendrán de una primera entrevista con el paciente y sus familiares o acompañantes y que se actualizarán durante todo el ingreso, para ajustar los cuidados a las necesidades del paciente en cada momento.

Se incluirá dentro de este PC a todo paciente que tras un ictus y ser hospitalizado obtenga una puntuación mayor de 3 puntos en la escala EAT-10 (ANEXO 1). Tras el primer cribaje, es necesario realizar una valoración de la deglución empleando el método de exploración clínico volumen viscosidad MECV-V (ANEXO 2). Al finalizar la exploración se define la viscosidad que resulta más segura para la alimentación para el paciente.

Tras la recogida de datos, es fundamental realizar una organización, validación y registro de la información recabada para continuar con el plan.

Después de la revisión bibliográfica, las necesidades alteradas en un paciente estándar son (3,21,22,23):

- Necesidad 1: respirar normalmente
- Necesidad 2: comer y beber
- Necesidad 5: reposo/sueño
- Necesidad 9: evitar peligros/seguridad
- Necesidad 10: comunicación
- Necesidad 11: creencias/valores

Diagnóstico y planificación:

Los diagnósticos de enfermería (Dx) son nombrados en terminología NANDA y formato PES, siguiendo el patrón de las necesidades alteradas de Virginia Henderson. Además, se incluyen las intervenciones de enfermería (NIC), los resultados esperados (NOC), los indicadores y las actividades a realizar para actuar sobre las necesidades alteradas.

NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE

Diagnóstico de enfermería: [00039] Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución.

Definición: susceptible de penetrar secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en árbol traqueobronquial, que puede comprometer la salud.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none">• [3200] Precauciones para evitar la aspiración<ul style="list-style-type: none">○ Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.○ Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno y nauseoso y capacidad deglutoria.○ Colocación erguida entre 30° y 90°, o lo más incorporado posible.○ Proporcionar la comida en pequeñas cantidades.○ Evitar líquidos o utilizar espesantes.○ Proporcionar cuidados orales.• [1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación<ul style="list-style-type: none">○ Controlar la capacidad de deglución del paciente.○ Identificar la dieta prescrita.	<ul style="list-style-type: none">• [0303] Autocuidados: comer<ul style="list-style-type: none">○ [30312] Mastica la comida○ [30313] Traga la comida• [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias<ul style="list-style-type: none">○ [410019] Tos○ [41007] Ruidos respiratorios patológicos

<ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, según corresponda. ○ Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda. ○ 	
<ul style="list-style-type: none"> • [1050] Alimentación <ul style="list-style-type: none"> ○ Facilitar la higiene bucal después de las comidas. ○ Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación. ○ Evitar distraer al paciente durante la deglución. ○ Comprobar que no queden restos de comida en la boca al final de la comida. 	

NECESIDAD 2: COMER Y BEBER

Diagnóstico de enfermería: [00103] Deterioro de la deglución r/c problemas neurológicos m/p incapacidad para tragar alimentos y/o líquidos.

Definición: funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none"> • [1860] Terapia de deglución <ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución. ○ Colaborar con el logopeda para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución. ○ Evitar el uso de pajitas para beber. ○ Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de 90°) para la alimentación. ○ Observar si hay signos y síntomas de aspiración. ○ Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • [1010] Estado de deglución <ul style="list-style-type: none"> ○ [101005] Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de la deglución. ○ [101011] Cambios en la calidad de la voz. ○ Atragantamiento, tos o náuseas. ○ [101006] Capacidad para limpiar la cavidad oral. • [1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ○ [100801] Ingestión alimentaria oral.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • [1100] Manejo de la nutrición <ul style="list-style-type: none"> ○ Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. ○ Ayudar al paciente a determinar las directrices o pirámides de alimentos más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales. ○ Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad. • [1540] Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar el fundamento, los límites y los problemas potenciales de la TENS con el paciente y sus familiares. ○ Interrumpir el uso cuando la sensación sea intensa, aunque tolerable. ○ Documentar la eficacia de la TENS. | |
|--|--|

Diagnóstico de enfermería: [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p disminución del peso, alteraciones analíticas y del estado del paciente.

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none"> • [5246] Asesoramiento nutricional <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ○ Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud. ○ Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares. • [4120] Manejo de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar un registro preciso de las entradas y salidas. ○ Vigilar el estado de hidratación. ○ Controlar la ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • [1854] Conocimiento: dieta saludable <ul style="list-style-type: none"> ○ [185404] Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas. ○ [158406] Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas. ○ [185408] Alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas. • [1622] Conducta de cumplimiento: dieta prescrita <ul style="list-style-type: none"> ○ [162202] Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita. ○ [162212] Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos.

NECESIDAD 5: REPOSO/SUEÑO

Diagnóstico de enfermería: [00095] Insomnio r/c ansiedad m/p verbalización del propio paciente.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none">• [1850] Mejorar el sueño<ul style="list-style-type: none">○ Enseñar al paciente a controlar los patrones del sueño.○ Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.○ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.	<ul style="list-style-type: none">• [2000] Calidad de vida<ul style="list-style-type: none">○ [200001] Satisfacción con el estado de salud.○ [200002] Satisfacción con las condiciones sociales.○ [200016] Independencia en actividades de la vida diaria.

NECESIDAD 9: EVITAR PELIGROS /SEGURIDAD

Diagnóstico de enfermería: [00043] Protección ineficaz r/c nutrición inadecuada m/p ingesta de alimentos/líquidos no adaptados a la disfagia.

Definición: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none"> • [6560] Protección contra infecciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ○ Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado. ○ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. • [1800] Ayuda con el autocuidado <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. ○ Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. ○ Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. 	<ul style="list-style-type: none"> • [1602] Conducta de fomento de la salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ [160201] Utiliza conductas para evitar los riesgos. ○ [160207] Realiza los hábitos sanitarios correctamente. ○ [160210] Utiliza el apoyo social para fomentar la salud. • [1608] Control de síntomas. <ul style="list-style-type: none"> ○ [160801] Reconoce el comienzo del síntoma. ○ [160806] Utiliza medidas preventivas. ○ [1600813] Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta.

NECESIDAD 10: COMUNICACIÓN

Diagnóstico de enfermería: [00053] Aislamiento social r/c incapacidad para comprometerse en relaciones personales satisfactorias m/p verbalización de miedo a mantener relaciones sociales que impliquen ingesta alimentaria.

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none">• [5270] Apoyo emocional<ul style="list-style-type: none">○ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.○ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.○ Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	<ul style="list-style-type: none">• [1308] Adaptación a la discapacidad física.<ul style="list-style-type: none">○ [130801] Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad.○ [130803] Se adapta a las limitaciones funcionales.○ [130808] Identifica maneras para afrontar cambios en su vida.

NECESIDAD 11: CREENCIAS/VALORES

Diagnóstico de enfermería: [00147] Ansiedad antes la muerte r/c percepción de muerte inminente m/p temor verbalizado en cada ingesta por miedo a asfixiarse.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada hacia la propia existencia.

NIC y actividades:	NOC e indicadores:
<ul style="list-style-type: none">• [5820] Disminución de la ansiedad.<ul style="list-style-type: none">○ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.○ Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo.• [7040] Apoyo al cuidador principal.<ul style="list-style-type: none">○ Estudiar junto al cuidador los puntos fuertes y débiles.○ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.○ Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este.○ Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• [1201] Esperanza.<ul style="list-style-type: none">○ [120101] Expresión de una orientación futura positiva.○ [120107] Expresión de creencia en sí mismo.• [1404] Autocontrol del miedo.<ul style="list-style-type: none">○ [140406] Utiliza estrategias de superación efectivas.○ [140413] Mantiene el control sobre su vida.

Ejecución:

Una vez realizada la selección de los diagnósticos de enfermería se conocen las intervenciones y actividades que el personal enfermero ha de realizar para alcanzar los objetivos planteados, disminuyendo las complicaciones posibles, fomentando la autonomía del paciente y asegurando un adecuado manejo del paciente tras el alta por parte del cuidador/a principal.

Tras la valoración, se seleccionarán las adaptaciones necesarias para lograr una alimentación segura que el personal de enfermería realizará durante el ingreso hospitalario. Además, se procederá a la educación tanto del paciente como del cuidador/a en materia de alimentación segura, adaptaciones instrumentales, objetivos nutricionales de alimentación e hidratación para lograr un manejo seguro tras el alta hospitalaria. Este proceso de enseñanza se realizará con la participación directa del/la cuidador/a hasta una correcta asimilación y aplicación de los conceptos básicos en el manejo de la patología.

Evaluación:

La disfagia se trata de una patología dinámica por lo que es necesaria una reevaluación periódica. Estas reevaluaciones se basarán en el Método de la Exploración Clínica Volumen Viscosidad (MECV-V) con el objetivo de adaptar las intervenciones a la realidad actual, tanto en caso de mejora como de empeoramiento en la situación actual del paciente. Añadido a la reevaluación del proceso clínico del paciente, se evaluará periódicamente de manera directa la competencia del/la cuidador/a para el adecuado manejo de la persona a su cargo, procediendo a volver a enseñar los conceptos hasta su correcta ejecución, para asegurar un adecuado manejo del paciente tras el alta hospitalaria.

Estas modificaciones durante el proceso de hospitalización las realiza enfermería para su propia aplicación, así como para la actualización de conocimientos al paciente y a su cuidador/a.

CONCLUSIONES:

La disfagia en pacientes que han sufrido un ictus resulta altamente frecuente con una gran tasa de complicaciones asociadas, por lo que es necesaria una frecuente actualización de los conocimientos y del manejo de estos pacientes.

Se suele asociar la disfagia con alteraciones en la alimentación, pero añadido a esas alteraciones alimentarias, existen muchas otras necesidades básicas que se ven perjudicadas durante el proceso y que de la misma manera deben ser tratadas. Es por ello que el personal de enfermería debe realizar una valoración y unos cuidados con visión global, para apoyar en todas las necesidades que son alteradas durante el ingreso.

Tras la revisión bibliográfica y la elaboración del plan de cuidados estandarizados de enfermería, el personal enfermero puede ser capaz de realizar un adecuado manejo en todas las necesidades alteradas, de un paciente que tras un ictus presente disfagia.

Además, resulta fundamental que el personal de enfermería siempre fomente la autonomía del paciente dentro de las capacidades de este, y que el cuidador/a principal sea incluido/a en la educación para un adecuado y seguro manejo de la persona enferma al final de la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. A systematic review of the prevalence of the oropharyngeal dysphagia in stroke, parkinson's disease, alzheimer's disease, head injury and pneumonia. Springer Sci Rev [Internet]. 2016 [citado 1 Marzo 2021];31(3): 434-41. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-016-9695-9>
2. Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner D et al. The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST). Development and validation of dysphagia screening tool for patients with stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2009 [citado 1 Marzo 2021]; 40: 555-61. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STROKEAHA.107.510370>
3. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono M-L, et al. Dysphagia in acute stroke: incidence , burden and impact on clinical outcome. PLoS ONE [Internet]. 2016 [Citado 1 Marzo 2021]; 11 (2): 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749248/>
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
5. Who.int: Organización Mundial de la Salud, las 10 principales causas de defunción [Internet]. Ginebra: OMS [actualizado a 9 Diciembre 2020; citado 1 Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
6. Gallegos C, Brito-de la Fuente E, Clavé P, Costa A, Assegehengn G. Nutritional Aspects of Dysphagia Management. Adv Food Nutr Res [Internet]. 2017 [citado 1 Marzo 2021]; 81: 271-318. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043452616300687?via%3Dihub>
7. Lancaster J. Dysphagia: its nature, assessment and management. Br J Community Nurs [Internet]. 2015 [citado 2 Marzo 2021]; S28-32. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.Sup6a.S28>

8. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2017 [citado 2 Marzo 2021]; 18 (7): 576-82. Disponible en: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(17\)30124-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(17)30124-X/fulltext)
9. Chilukuri P, Odufalu F, Hachem C. Dysphagia. Mo Med [Internet]. 2018 [citado 2 Marzo 2021]; 115 (3): 206-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140149/>
10. Burgos R, Sarto B, Seguroloa H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para despistaje de la disfagia. Nutr Hosp [Internet]. 2012 [citado 3 Marzo 2021]; 27 (6): 2048-54. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/34original23.pdf>
11. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol [Internet]. 2008 [citado 4 Marzo 2021]; 117 (12): 919-24. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000348940811701210?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
12. Wilmskoetter J, Bonilha H, Hong I, Hazelwood RJ, Martin-Harris B, Velozo C. Construct validity of the Eating Assessment Tool(EAT-10). Disabil Rehabil [Internet]. 2019 [4 Marzo 2021]; 41 (5): 549-59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5999552/>
13. Hernández-Bello E, Castellot-Perales L, Tomás-Aznar C. Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras accidente cerebrovascular. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. 2019 [citado 4 Marzo 2021]; 49 (C): 8-15. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-valoracion-disfagia-con-el-test-S2013524618300151>
14. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume viscosity swallow test for clinical screening of orofaryngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutri [Internet]. 2008 [citsado 20 Abril 2021]; 27 (6): 806-15. Disponible en:

[https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(08\)00120-9/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(08)00120-9/fulltext)

15. Ferrero MI, Castellano E, Navarro R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga distancia. *Nutr Hosp* [Internet]. 2009 [citado 8 Marzo 2021]; 24 (5): 588-95. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000500011
16. Guillén-Sola A, Martínez-Orfila J, Boza R, Monleón S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. *Rehabilitación* [Internet]. 2011 [citado 8 Marzo 2021]; 45 (4): 292-300. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-cribaje-disfagia-el-ictus-utilidad-S004871201100123X>
17. Wj L, Clavé P, Cras P, Ekkberg O, Forster A, Kolb G et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2016 [citado 11 Marzo 2021]; 11: 1403-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063605/>
18. Álvarez J, Andrés LM, Ashbaugh RA, Atienza E, Benito M, Fernández J et al. Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. [Internet]. 1. Primera edición. Madrid: Aula médica; Diciembre 2018. [Citado 11 Marzo 2021]. Disponible en: https://senpe.com/libros/01_DISFAGIA_INTERACTIVO.pdf
19. Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Aisa Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. *RAPD ONLINE* [Internet]. 2017 [citado 15 Marzo 2021]; 40 (3): 132-40. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/3/03/pdf>
20. De Torres Aured ML, López-Pardo M. Metodología educativa y beneficios del yogur en el cuidado de la disfagia. *Nutr. clín. diet. hosp.* [Internet]. 2016 [citado 15 Marzo 2021]; 36 (4): 148-58. Disponible en: [http://revista.nutricion.org/PDF/DETORRES\[1\].pdf](http://revista.nutricion.org/PDF/DETORRES[1].pdf)
21. Vargas MA. Repercusiones sociales de la disfagia. *Revista de logopedia, foniatria y audiolgia* [Internet]. 2018 [citado 22 Marzo 2021]; 38 (2):

- 77-83. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460317300931>
22. Bleeckx D. Disfagia del adulto. Evaluación y rehabilitación. EMC [Internet]. 2019 [citado 29 Marzo 2021]; 40 (2): 1-13. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296519420331>
23. Catarineu B. Facilitación de la autonomía en el paciente postictus. FMC [Internet]. 2018 [citado 5 Abril 2021]; 25 (9): 517-21. Disponible en:
<https://www.fmc.es/es-vol-25-num-9-sumario-S1134207218X00176>
24. Alba-Rosales MA, Bellido JC, Cárdenas V, Ibáñez J, López A, Millán MD et al. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Volumen 1. 1a ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

ANEXOS:

ANEXO 1:

EAT-10 Eating Assessment Tool Despistaje Disfagia Fecha:	
Entrevistar al paciente acerca de las siguientes situaciones: (Puntué del 0 al 4 siendo: 0 Ningún problema y 4 Resulta un problema grave)	
1. El problema de tragar le ha llevado a la pérdida de peso	6. Tragar le resulta doloroso
2. El problema de tragar le impide comer fuera del domicilio	7. Por su problema de tragar no disfruta de la comida
3. Ingerir líquidos le resulta un problema añadido	8. Al tragar la comida se le queda en la garganta
4. Ingerir sólidos le resulta un problema añadido	9. Cuando está comiendo, le entra la tos
5. Tomar medicamentos en pastilla le supone un problema	10. Tragar le acaba resultando estresante
Resultados:	
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
Resultado total:	
(Sume la puntuación de cada ítem; máximo 40 puntos)	

Fuente: adaptado de Belafsky et al, 2008.

ANEXO 2:

Método Clínico Volumen Viscosidad (MECV-V)									
Sat O ₂	_____ %								
Viscosidad	Néctar			Líquido			Pudding		
Volumen (ml)	5	10	20	5	10	20	5	10	20
Signos de seguridad (marcar con una X las alteraciones)									
Cambio de voz									
Descenso Sat O ₂									
Tos									
Signos de eficacia (marcar con una X las alteraciones)									
Sello labial									
Residuos orales									
Deglución fraccionada									
Residuos faríngeos									
Ingesta recomendada (señalar con un círculo viscosidad y volumen adecuado)									
Viscosidad	Líquido			Néctar			Pudding		
Volumen (ml)	5			10			20		

Fuente: adaptado de Clavé P et al, 2008.