

TITULO: EVIDENCIA DE LA INTERVENCION ENFERMERA
“PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN” EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ICTUS.

Autores

Herrero Gómez Ana María¹, Buergo García Olga ¹.

¹Enfermera responsable del programa GACELA del Complejo Asistencial de Soria. Miembro del Grupo de Trabajo Colaborativo de Sacyl. Miembro del Grupo EBE de Sacyl.

Dirección para correspondencia:

Hospital Virgen del Mirón. Carretera de Logroño 8, 42005 Soria

e-mail: aherrerogo@saludcastillayleon.es



INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODO	10
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	12
CONCLUSIONES	16
TABLAS	18
FIGURAS	52
ANEXOS	53
BIBLIOGRAFÍA	57





RESUMEN

Introducción

En el año 2013 el Grupo de trabajo colaborativo de la Gerencia del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) revisó el Plan de cuidados de Ictus previamente consensuado en 2008. El objetivo de este estudio es buscar evidencia sobre la intervención “Precauciones para evitar la aspiración” y demostrar la efectividad de las actividades incluidas para esta intervención en dicho plan de cuidados.

Material y Método

Se siguió el Protocolo “Vayamos paso a paso” de revisión sistemática de la literatura. La estrategia de búsqueda fue diseñada mediante el formato PICO y su conversión a los Descriptores de Ciencias de la Salud DeCS y MeSH. Se realizó una búsqueda en bases de datos: MEDLINE, CINAHL, COCHRANE, BVS, JBI, CUIDEN, INAHTA, NICE, RNAO, Guíasalud, ICSI, AETS, SIGN, NGC, Fisterra y búsquedas referenciales.

Se consideraron los últimos diez años de publicación, en español, inglés y francés. Fueron seleccionados aquellos estudios que aportaron un mayor nivel de evidencia y que cumplieran criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe y AGREE. Las variables que se consideraron en los estudios incluidos fueron: accidente cerebrovascular, trastornos de deglución, hospitalización, cuidados de enfermería, aspiración respiratoria, prevención y control. El análisis de datos se realizó mediante desarrollo narrativo.

Resultados

Se hallaron 94 estudios, siendo 37 los escogidos para la lectura crítica. De éstos se seleccionaron 17, (2 revisiones sistemáticas, 2 ensayos clínicos, 8 guías de práctica clínica, 2 resúmenes de evidencia, 1 best practice, 1





evaluación de tecnología sanitaria y 1 metanálisis). Se ha demostrado que tres de las actividades recogidas en la intervención del plan de cuidados, tienen NE 1, GR A y dos NE 3, GR B.

Conclusión

Tres de las actividades de la intervención "Precauciones para evitar la aspiración" incluidas en el plan de cuidados estandarizado para el paciente hospitalizado por ictus, tienen efectividad demostrada para su aplicación y dos efectividad moderada que sugiere que se considere su aplicación en estos pacientes.

Como implicación para la investigación, sería necesario realizar estudios primarios que avalaran con evidencia científica las actividades incluidas en la intervención, de las que no se ha encontrado ningún nivel de evidencia. La principal implicación para la práctica, en base a la mejor evidencia disponible, conlleva la inclusión de las actividades de efectividad demostrada para su aplicación en el plan de cuidados de ictus.

ABSTRACT

Introduction

In 2013 the group collaborative work of the Management of Health Service of Castilla y León (Sacyl) revised the Stroke Care Plan previously agreed in 2008. The aim of this study is to look for evidence of intervention "Precautions aspiration "and demonstrate the effectiveness of the activities included for this intervention in the plan of care.

Material and Methods

Protocol "Let's go step by step" systematic literature review was followed. The search strategy was designed using the PICO format and conversion to Descriptors Health Sciences DeCS y MeSH. A search was performed in





databases: MEDLINE, CINAHL, Cochrane, BVS, JBI, CUIDEN, INAHTA, NICE, RNAO, Guíasalud, ICSI, AETS, SIGN, NGC, Fisterra and reference searches.

We considered the last ten years of publication, in spanish, english and french. Those studies that provided a higher level of evidence that met quality criteria and methodological homogeneity established by CASPe and AGREE were selected. The variables considered in the studies included were: stroke, swallowing disorders, hospitalization, nursing, respiratory suction prevention and control. Data analysis was performed using narrative development.

Results

94 studies were found, with 37 chosen for the critical reading. Of these 17 were selected, (2 systematic reviews, 2 clinical trials, 8 clinical practice guidelines, 2 summaries of evidence, 1 best practice, 1 health technology assessment and 1 meta-analysis). It has been shown that three of the activities listed in the intervention of the care plan, they NE 1, GR A and two NE 3, GR B.

Conclusion

Three of the intervention activities "Precautions to prevent aspiration" included in the standardized care plan for the patient hospitalized stroke has demonstrated effectiveness for application and two moderately effective suggesting that its application is considered in these patients.

As implication for research, primary studies would be required to be endorsed by scientific evidence the activities included in the operation of which has not found any evidence level. The main implication for practice, based on the best available evidence, involves the inclusion of the activities of demonstrated effectiveness for use in stroke care plan.





INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ictus como un síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal (algunas veces global) y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte. Principalmente es causado por la interrupción del suministro de sangre al cerebro como resultado de una obstrucción (accidente cerebrovascular isquémico) o ruptura de un vaso sanguíneo (accidente cerebrovascular hemorrágico)¹.

El ictus o accidente cerebrovascular agudo (ACV), es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En España afecta cada año a 268 personas por cada 100.000 habitantes mayores de 45 años (unos 79.000 casos/año) y se asocia a una tasa de mortalidad superior al 20%, debido a la alta prevalencia de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes o el consumo de tabaco².

Es una enfermedad con un ligero predominio en la población masculina, que puede ocurrir a cualquier edad, aumentando su incidencia a medida que avanza la edad, y aproximadamente se duplica con cada década de la vida³.

La disfagia es uno de los síntomas comunes en pacientes con enfermedades cerebrovasculares, caracterizado por la imposibilidad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos, producido por una afectación estructural o funcional de una o más fases de la deglución, y que provoca una dificultad en el paso de los alimentos de la boca al estómago⁴.

La incidencia de disfagia en estos pacientes oscila entre el 20% y 90%, dependiendo del método de determinación. Estimaciones más conservadoras de la incidencia de disfagia, sugieren que se produce de forma aguda en aproximadamente el 50% de los casos. La disfagia es uno de los principales factores de riesgo de aspiración respiratoria y se ha asociado con una mayor





mortalidad, aumento de la estancia hospitalaria, deshidratación y desnutrición. Los pacientes con ictus que presentan disfagia tienen un mayor riesgo de neumonía por aspiración (3 veces). Este riesgo se incrementa notablemente (20 veces) en los casos con la aspiración confirmada en videofluoroscopia. La aspiración sin tos (aspiración silenciosa), aumenta el riesgo de neumonía y se produce en hasta dos tercios de los pacientes con accidente cerebrovascular⁵.

La aspiración supone el paso del contenido orofaríngeo más allá de las cuerdas vocales, hacia la tráquea, los bronquios y los pulmones. Dependiendo del material aspirado y de la cantidad del mismo, así como de la capacidad de los mecanismos de defensa del paciente, se van a producir diferentes alteraciones (insuficiencia respiratoria aguda, neumonitis por aspiración o neumonía por aspiración).

La incidencia de aspiración respiratoria en los pacientes diagnosticados de ictus es de alrededor de 50% y aproximadamente la mitad de estos pacientes experimentan aspiración silenciosa⁶.

El conocimiento de los factores de riesgo para la aspiración respiratoria en pacientes con ictus, es esencial para las enfermeras porque el elemento clave en el cuidado en la fase aguda y sub-aguda de pacientes que han sufrido un ictus, es la prevención de complicaciones para reducir la hospitalización, la mortalidad y los costos hospitalarios⁷.

En el año 2013, el Grupo de trabajo colaborativo para la elaboración de Planes de Cuidados de la Gerencia del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) en cumplimiento del Objetivo Asistencial A1-1: “Mejorar el proceso de atención de enfermería en pacientes hospitalizados” del Plan Anual de Gestión (PAG), revisó el Plan de Cuidados de Ictus (Anexo 1) anteriormente consensuado en 2008. Este plan incluye la intervención de enfermería (NIC)⁸ “Precauciones para evitar la aspiración” definida como “Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración” sobre la que se centra este informe de evidencia.





OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar e incorporar al Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) de Ictus, las actividades de mayor evidencia disponibles incluidas en la intervención NIC-3200: Precauciones para evitar la aspiración.

Objetivos específicos:

- Demostrar la efectividad de las actividades de la intervención “Precauciones para evitar la aspiración” incluidas en el PCE de Ictus:
 - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
 - Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
 - Mantener la cabecera de la cama elevada durante 30-45 minutos después de la alimentación.
 - Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
 - Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Demostrar la efectividad del resto de actividades incluidas en la intervención “Precauciones para evitar la aspiración”:
 - Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.
 - Mantener una vía aérea.
 - Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.
 - Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda.
 - Controlar el estado pulmonar.
 - Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.





- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos (p. ej., más de 250ml para las sondas de alimentación o mas de 100ml para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea).
- Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.
- Usar agentes procinéticos, según corresponda.
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Usar medicación en forma de elixir.
- Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración.
- Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos.
- Proporcionar cuidados orales.
- Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda.
- Sugerir la ingestión de galletas de bario o una videofluoroscopia, según corresponda.





MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda de evidencia de todas las actividades de enfermería, de la intervención enfermera NIC-3200: “Precauciones para evitar la aspiración” y particularmente de las incluidas en el PCE de Ictus (Anexo 1).

Se siguió el Protocolo en 10 pasos: “Vayamos paso a paso” que es similar al de una revisión sistemática⁹.

Se partió de la pregunta: En pacientes hospitalizados diagnosticados de Ictus, ¿que cuidados de enfermería son mas efectivos para evitar la aspiración? El diseño de la estrategia de búsqueda de estudios, siguió la elaboración de la frase de búsqueda en base a las cuatro pistas de Sackett¹⁰ mediante el formato PICO (paciente-intervención-comparador-resultado), modificado al eliminar el comparador, y su conversión a los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH). (Tablas 1 y 2).

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de literatura de Septiembre de 2013 a Diciembre de 2013 en bases de datos online: National Library of Medicine (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature. (CINAHL), Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE), Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Joanna Briggs Institute (JBI), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), Internacional Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Guíasalud, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Guideline Clearinghouse (NGC), Fistera, complementada con búsquedas referenciales. Se consideraron los últimos diez años de publicación, en los idiomas español, inglés y francés.

Se utilizaron los siguientes términos: accidente cerebrovascular, trastornos de deglución, hospitalización, stroke, deglutition disorders, hospitalization





truncados mediante el operador booleano AND, con las intervenciones: cuidados de enfermería, care nursing, y con las variables de resultado: aspiración respiratoria, prevención y control, respiratory aspiration/prevention and control.

Fueron seleccionados aquellos estudios que aportaron un mayor nivel de evidencia; revisiones sistemáticas (RS), metanálisis, ensayos clínicos aleatorios (ECA) y guías de práctica clínica basadas en evidencias (GPC) que cumplieran los criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe¹¹ (Critical Appraisal Skill Programme en español) y AGREE¹² (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). También evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), best practice y resúmenes de evidencia.

La población considerada en los estudios son pacientes hospitalizados diagnosticados de Ictus. Se excluyeron los estudios no disponibles a texto completo y aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión: de pacientes ingresados en unidades de salud mental, y estudios posteriores al alta hospitalaria.

Los criterios de valoración de la validez de los estudios y procesos utilizados para la extracción de datos fueron los establecidos por CASPe/AGREE, determinándose el nivel mínimo de inclusión en el estudio en 6/60%. La clasificación por niveles de evidencia y el grado de recomendación se realizó siguiendo la clasificación del Joanna Briggs Institute¹³ (JBI). En estudios con varias publicaciones, los datos se recogieron de la más reciente y, cuando fue necesario, las publicaciones anteriores se utilizaron para complementar los datos que faltaban.

Los artículos que respondieron a los criterios anteriormente expuestos fueron revisados por los dos miembros del equipo y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. Los resultados considerados relevantes fueron recopilados en una tabla de síntesis y su análisis se realizó mediante desarrollo narrativo.





RESULTADOS y DISCUSION

Se Identificaron 94 estudios, procedentes de la búsqueda en bases de datos (MEDLINE 19, CINAHL 21, COCHRANE 5, BVS 27, JBI 6, CUIDEN 0, INAHTA 2, NICE 1, RNAO 1, Guíasalud 0, ICSI 2, AETS 0, SIGN 5, NGC 2, Fistera 2 y búsquedas referenciales 1). Después de eliminar los duplicados se seleccionaron 44 para la lectura del resumen de los cuales, se escogieron 37 para la lectura crítica: 8 ECA, 8 RS, 1 metanálisis, 13 GPC, 3 resúmenes de evidencia, 2 best practice y 2 ETS (Tabla 3). De los estudios elegidos por el resumen para la lectura crítica, se eliminaron 20 (6 ECA, 6 RS, 5 GPC, 1 resumen de evidencia, 1 best practice y 1 ETS) por distintos motivos expuestos en la tabla 4. De esta lectura crítica se seleccionaron finalmente 17 estudios siendo; 2 ensayos clínicos, 2 revisiones sistemáticas, 1 metanálisis, 8 guías de práctica clínica, 2 resumen de evidencia, 1 best practice y 1 evaluación de tecnología sanitaria (Tabla 3), (Figura 1).

El análisis de la información se realizó mediante listas de chequeo CASPe estableciendo un 6/11 para ensayos clínicos y un 6/10 para revisiones sistemáticas. Las guías de práctica clínica se valoraron a través de AGREE 2009, dando por válidas aquellas con una valoración superior a un 60% en los apartados de Alcance y objetivo, Rigor en la elaboración y Claridad de presentación.

Para la recopilación de datos se elaboró una tabla de síntesis de los resultados considerados relevantes, donde se presentan datos relativos al autor, título, año y tipo de estudio, comentarios, resultados, niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) (Tabla 5).

Las principales limitaciones de este estudio fueron las restricciones del idioma y la escasez de trabajos con un nivel de evidencia aceptable, sobre cuidados de enfermería en la prevención de la aspiración, siendo la mayoría de los estudios encontrados referentes al diagnóstico de la disfagia y a las distintas terapias de deglución.





Los resultados obtenidos a partir de estos estudios, indican que el grado de recomendación demostrado para las actividades incluidas en el plan de cuidados estandarizado de Ictus son:

- De efectividad demostrada para su aplicación:
 - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. NE 1, GR A³⁹
 - Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible. NE 1, GR A^{36, 38}
 - Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes. NE 1, GR A^{36, 38, 44, 45, 48}
- De efectividad moderada que sugiere que se considere su aplicación:
 - Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación. NE 3, GR B⁴⁷
 - Mantener el equipo de aspiración disponible. NE 3, GR B⁴⁷

Para el resto de las actividades de la intervención” Precauciones para evitar la aspiración” el nivel de evidencia y grado de recomendación encontrado para los pacientes hospitalizados por ictus es:

- Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda. NE 1, GR A^{34, 39, 46}
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución. NE 1, GR A^{36, 38, 45, 48}
- Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda. NE 1, GR A^{37, 46, 48}
- Proporcionar cuidados orales. NE 2, GR A⁴⁷
- Sugerir la ingestión de galletas de bario o una videofluoroscopia, según corresponda. NE 2, GR B^{48, 50}
- Mantener una vía aérea. NE 3, GR B⁴⁸





- Controlar el estado pulmonar. NE 3, GR B⁴⁷
- Mantener el equipo de aspiración disponible. NE 3, GR B⁴⁷
- Usar medicación en forma de elixir. NE 3, GR B^{40, 41}
- Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración. NE 3, GR B^{40, 41}
- Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos. NE 3, GR B⁴⁷
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas. NE 3, GR B⁴⁷

Los resultados ponen de manifiesto además la efectividad no demostrada de varias actividades:

- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda. NE 4, GR C⁴⁹
- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades. NE 4, GR C⁴⁹

No se han encontrado evidencias para siguientes actividades de la intervención “Precauciones para evitar la aspiración” en estos pacientes:

- Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.
- Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda.
- Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Usar agentes procinéticos, según corresponda.

En la GPC “Ictus”⁴⁸ afirman que cuando no sea posible asegurar una buena alimentación oral por la existencia de alto riesgo de aspiración, hay que considerar nutrición enteral por sonda nasogástrica o por gastrostomía percutánea endoscópica. Los pacientes con alimentación enteral tienen que ser revisados periódicamente y debe haber protocolos locales sobre la





colocación y el mantenimiento de sondas nasogástricas y de gastrostomías, (NE 1, GR A) En este protocolo se podrían incluir las siguientes actividades de la NIC:

- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos (p. ej., más de 250 ml para las sondas de alimentación o más de 100 ml para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea).
- Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.

Otros autores en el resumen de evidencia “Síndrome de aspiración: control de la disfagia”³⁴ demuestran que el uso de la herramienta Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST), que consiste en probar la capacidad de deglución con distintos volúmenes de agua, tiene una efectividad demostrada para su aplicación (NE 1, GR A) en pacientes con riesgo de disfagia y aspiración.

Además se han localizado otras actividades en pacientes hospitalizados por ictus que no se recogen en la intervención “Precauciones para evitar la aspiración” como son:

- Los familiares deben ser educados sobre el plan de alimentación y las técnicas especiales requeridas para disminuir el riesgo de aspiración. NE 2, GR A⁴⁷
- El uso del método de bajar la barbilla puede ayudar a minimizar la aspiración durante la deglución. NE 3, GR C^{43,47}





CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios, indican que las actividades de la intervención “Precauciones para evitar la aspiración” incluidas en el plan de cuidados estandarizado para el paciente hospitalizado por Ictus son:

- De efectividad demostrada para su aplicación:
 - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
 - Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
 - Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
- De efectividad moderada que sugiere que se considere su aplicación:
 - Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.
 - Mantener el equipo de aspiración disponible.

El resto de las actividades de la intervención “Precauciones para evitar la aspiración” tienen efectividad demostrada para su aplicación, efectividad moderada que sugiere considerar su aplicación y algunas de ellas son de efectividad no demostrada en estos pacientes, basando su recomendación en opinión de expertos.

Como implicación para la investigación, derivada de los resultados de este trabajo, sería necesario realizar estudios primarios que avalaran con evidencia científica las actividades incluidas en dicha intervención para pacientes hospitalizados por ictus, de las que no se ha encontrado ningún nivel de evidencia:

- Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.





- Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda.
- Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Usar agentes procinéticos, según corresponda.

La principal implicación para la práctica, en base a la mejor evidencia disponible, conlleva la inclusión de las actividades de efectividad demostrada en el Plan de cuidados estandarizado de Ictus:

- Evaluar la presencia de disfagia según corresponda.
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
- Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda.
- Proporcionar cuidados orales.



**TABLAS****Tabla 1. Frase de búsqueda.**

Fraser	Palabra “natural”
Paciente	Pacientes hospitalizados por Ictus con riesgo de aspiración
Intervención	Cuidados de enfermería
Comparador	
Variable resultados	Precauciones para evitar la aspiración Prevención de la aspiración

Tabla 2. Algoritmo de búsqueda: palabras clave.

Fraser	Palabra Natural	DeCS	MeSH
Paciente	Accidente Cerebrovascular Ictus (Stroke)	Accidente Cerebrovascular	Stroke
	Problemas de deglución (Swallowing problems) Disfagia (Dysphagia) Ausencia reflejo deglución (Absence swallowing réflex)	Trastornos de Deglución	Deglutition Disorders
	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalization
Intervención	Cuidados de enfermería	Cuidados de enfermería	Care nursing
Variable	Precauciones para evitar la aspiración (Aspiration Precautions en la NIC original)	Aspiración respiratoria	Respiratory Aspiration/prevention and control
	Prevención de la aspiración (Preventing aspiration)		
	Prevención y control	Prevención y control	



**Tabla 3. Algoritmo de búsqueda: bases de datos.**

Bases de datos	Artículos	Total
MEDLINE	ECA 11 RS 6 METANALISIS 1 GPC 1	19
CINAHL	ECA 5 RS 12 GPC 1 BP 3	21
COCHRANE	ECA 3 RS 2	5
BVS	ECA 18 RS 6 METANALISIS 1 GPC 2	27
JBÍ	Resumen de Evidencia 3 Best practice 1 RS 2	6
CUIDEN	0	0
INAHTA	ETS 2	2
NICE	GPC 1	1
RNAO	GPC 1	1
GUIASALUD	0	0
ICSI	GPC 2	2
AETS	0	0
SING	GPC 5	5
NGC	GPC 2	2
FISTERRA	GPC 2	2
Búsqueda referencial	GPC 1	1
Total		94
Seleccionados para lectura del resumen		44
Seleccionados para lectura crítica		37
Selección definitiva		17



**Tabla 4. Artículos revisados y excluidos como fuente de evidencia.**

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio.	Motivo de exclusión.
Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke ¹⁴ ECA 2013	El objetivo no se adapta a nuestro estudio.
Anderson D, Larson D, Bluhm J, Charipar R, Fiscus L, Hanson M, Larson J, Rabinstein A, Wallace G, Zinkel A. Diagnosis and treatment of ischemic stroke: percentage of patients with dehydration who receive IV fluids ¹⁵ GPC 2012	No se adapta a nuestro objetivo.
Anderson D, Larson D, Bluhm J, Charipar R, Fiscus L, Hanson M, Larson J, Rabinstein A, Wallace G, Zinkel A. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke ¹⁶ GPC 2012	No se dispone del artículo completo.
Campbell J. Disfagia alimentación asistida ¹⁷ Best practice 2012	No se adapta a nuestros pacientes.
Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review ¹⁸ RS 2012	No pasa las preguntas de eliminación.
Lawrence M, Kerr S, McVey C, Godwin J. The effectiveness of secondary prevention lifestyle interventions designed to change lifestyle behavior following stroke: summary of a systematic review ¹⁹ RS 2012	No se adapta a nuestro objetivo.
Slade S. Atención al accidente cerebrovascular: una perspectiva residencial ²⁰ Resumen de evidencia 2012	No se adapta a nuestra intervención.





Terré R, Mearin F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study ²¹ ECA 2012	No pasa las preguntas de eliminación.
Côté B, Tessier A Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral ²² ETS 2011	No se adapta a nuestro objetivo.
Oommen ER, Kim Y, McCullough G. Stage transition and laryngeal closure in poststroke patients with dysphagia ²³ ECA 2011	No pasa las preguntas de eliminación.
Bingjie L, Tong Z, Xinting S, Jianmin X, Guijun J. Quantitative videofluoroscopic analysis of penetration-aspiration in post-stroke patients ²⁴ ECA 2010	No se adapta a nuestro objetivo
Sue Eisenstadt E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults ²⁵ RS 2010	No se adapta a nuestros pacientes
Kolb G, Bröker M. State of the art in aspiration assessment and the idea of a new non invasive predictive test for the risk of aspiration in stroke ²⁶ ECA 2009	No se adapta a nuestro objetivo
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention ²⁷ GPC 2008	No se adapta a nuestro objetivo.
Xie Y, Wang L, He J, Wu T Acupuncture for dysphagia in acute stroke (Review) ²⁸ RS 2008	No pasa las preguntas de eliminación
Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. American Heart Association; American Stroke Association Stroke Council; Clinical Cardiology Council;	No se ajusta a nuestra intervención.





Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists²⁹ GPC 2007	
Smith Hammond CA, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines³⁰ GPC 2006	No cumple los criterios de validez metodológica.
Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review³¹ RS 2006	No cumple nivel mínimo de inclusión CASPe
Lin LC, Wang SC, Chen SH, Wang TG, Chen MY, Wu SC. Efficacy of swallowing training for residents following stroke³² ECA 2003	No se adapta a nuestros pacientes
Loeb MB, Becker M, Eady A, Walker-Dilks C. Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: a systematic review³³ RS 2003	No se adapta a nuestro objetivo





			hospitalizados con ACV.	herramienta de cribado de la disfagia incluyera: evaluación del nivel de alerta del paciente y de su capacidad de participación, observación directa de las dificultades de deglución orofaríngea, evaluación de la calidad de la voz, función oromotora, sensación oral, capacidad para toser, y pruebas de agua usando un protocolo actual.	
Anderson D, Larson D, Wallace G, Fiscus L, Zinkel A, Charipar R, Rabinstein A, Larson J, Hanson M , Bluhm J. Diagnosis and initial treatment of ischemic stroke ³⁵ GPC 2012	Pacientes de 18 años o más con síntomas de ictus isquémico o ataque isquémico transitorio (AIT).	Prevención y tratamiento de las complicaciones de pacientes con ACV tales como la aspiración mediante la evaluación de la deglución.	Esta guía actualiza a una versión anterior. Los tipos de estudios incluidos son RS, ECA, META y GPC. El grupo de trabajo reconoce que no existe un consenso sobre la mejor herramienta para evaluar la disfagia y no se han realizado grandes estudios que demuestren disminución de las tasas de neumonía por el uso de	Se debe realizar una prueba de detección de deglución tan pronto como sea posible en pacientes con ACV y retener la ingesta oral de líquidos, medicamentos o alimentos hasta que se haya pasado con éxito.	NE 4, GR C





			pruebas de deglución. Sin embargo, el bajo riesgo para el paciente de la realización de la intervención, combinado con la alta morbilidad por neumonía por aspiración, dirigió al grupo de trabajo a recomendar encarecidamente la implementación de una prueba de deglución para todos los pacientes con ictus agudo y la suspensión de la ingesta oral hasta que la prueba se pase con éxito. AGREE 90/85/85		
Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke³⁶	Pacientes con ACV y disfagia, que participaron en ensayos controlados aleatorios dentro de los seis meses a partir de su aparición. Se incluyeron un total 33	Evaluar la eficacia de las intervenciones para el tratamiento de la disfagia (terapia de deglución), en los pacientes con ACV agudo y subagudo.	5 estudios evaluaron intervenciones conductuales (ejercicios de deglución, colocación en posición vertical para la alimentación, consejos deglución segura, y modificaciones dietéticas adecuadas) en 423	Las intervenciones conductuales (ejercicios de deglución, colocación en posición vertical para la alimentación, consejos deglución segura, y modificaciones dietéticas adecuadas) reducen	NE 1, GR A





Metanálisis 2012	estudios con 6779 participantes. En concreto sobre la terapia de deglución en pacientes con disfagia: 18 estudios con 967 pacientes.		pacientes. Los autores concluyen que persiste la escasez de datos sobre el efecto de la terapia de la deglución la alimentación y los suplementos nutricionales y de líquidos en el resultado funcional y muerte en estos pacientes. CASPe 7,5/10	considerablemente la disfagia.	
Tessier A. L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches³⁷ ETS 2012	Pacientes diagnosticados de ACV, en fase aguda. Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, meta-análisis e informes de evaluación de tecnologías de salud pertinentes.	Analizar las características de las herramientas de evaluación de los déficits neurológicos y discapacidad disponibles y recomendadas. Proporcionar información útil para la toma de decisiones para mejorar accesibilidad, continuidad y calidad de los servicios para las personas diagnosticadas de ACV y sus	La guía aborda los siguientes aspectos: 1. Los componentes estructurales esenciales de los servicios de rehabilitación en las diferentes fases del continuum (aguda, postaguda, la reintegración a la vida diaria). 2. La organización de los servicios de rehabilitación. 3. Las características de las	Todas las personas con ictus deben, antes de ingerir cualquier cosa, ser sometidos a un examen de la disfagia con un protocolo simple, válido y confiable aplicable a pie de cama por un profesional capacitado. Una revisión completa de la función de la deglución debe ser realizada por un	NE 2, GR B NE 1, GR A





		familias	herramientas de evaluación de los déficits neurológicos y discapacidades están disponibles y recomendadas. 4. La naturaleza de la rehabilitación y la adaptación requerida en las diversas fases del continuum. 5. Mecanismos para la mejora continua de la calidad de los servicios de rehabilitación.	terapeuta del habla si se sospecha de disfagia.	
Maloreh-Nyamekye T. Dysphagia: Management ³⁸ Resumen de evidencia 2011	Pacientes con disfagia, diagnosticados de ACV, cáncer y otras enfermedades neurológicas.	Describir las intervenciones adecuadas para manejar la disfagia y evitar sus complicaciones.	Resumen de evidencia procedente de: 1 GPC, 3 revisiones de la literatura, 3 RS, 1 estudio retrospectivo, 2 estudios prospectivos, 1 estudio observacional doble ciego y 1 revisión Cochrane.	Incluir alimentos y líquidos con consistencias modificadas junto con los cambios de posición, como Fowler alta con la cabeza y el cuello apoyados y cuello ligeramente flexionado para ayudar a tragar. Los pacientes sospechosos de tener dificultades para tragar deben ser evaluados por el riesgo de aspiración.	NE 1, GR A NE 3, GR B





Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, Drury P, Griffiths R, Cheung NW, Quinn C, Evans M, Cadilhac D, Levi C, QASC Trialists Group Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial³⁹ ECA 2011	Pacientes mayores de 18 años con ACV o hemorragia intracerebral isquémica ingresados dentro de las 48 horas del inicio de los síntomas. 1696 pacientes.	Evaluar la eficacia de la implantación de protocolos de tratamiento para el manejo de la fiebre, la hiperglucemia y la deglución en las primeras 72 h después de admisión.	Se evaluaron los resultados del paciente 90 días después de la admisión hospitalaria por accidente cerebrovascular después de una intervención multidisciplinaria dirigida a la gestión basada en la evidencia de la fiebre, la hiperglucemia, y la disfunción de la deglución en unidades de ictus en fase aguda. La estrategia de implantación de una guía de apoyo trabajo en equipo multidisciplinario y la atención de enfermería centrada en la gestión basada en la evidencia de tres variables fisiológicas, ofrece una mejora en los resultados posteriores al alta para pacientes con ACV. CASPe 7/11	La evaluación y tratamiento de la deglución, ofrece mejores resultados para los pacientes después del alta de unidades de ictus. Se requieren tres elementos para cumplir con los criterios de detección de la disfagia: la evaluación del nivel de conciencia, la evaluación de los pares craneales, y la prueba de tragar agua.	NE 1, GR A NE 1, GR A
--	---	---	--	---	---





Management of Stroke Rehabilitation Working Group. VA/DOD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation⁴⁰ GPC 2010	Pacientes adultos (18 años o más) con discapacidad funcional después del ACV que pueden requerir la rehabilitación en el sistema sanitario.	Proporcionar una base de pruebas científicas para la evaluación de la práctica y las intervenciones, para lograr la máxima funcionalidad e independencia, así como mejorar la calidad de vida del paciente diagnosticado de ACV y su familia.	La guía es relevante para todos los profesionales de la salud que tratan a los pacientes recuperándose de ACV en cualquier centro (atención primaria, atención especializada y de atención a largo plazo). Se centra en la rehabilitación del ictus, utilizando un modelo de equipo de intervención y las interacciones con los pacientes y las familias (cuidadores y sistemas de apoyo). La detección de la disfagia es un proceso utilizado para identificar a los pacientes que están en riesgo de aspiración, desnutrición o deshidratación y que necesitan una evaluación clínica por un profesional más capacitado en el	En los pacientes recién diagnosticados de ictus, se debe realizar un examen de la deglución dentro de las primeras 24 horas del ingreso y antes de la ingesta de líquidos y alimentos para determinar aquellos que se encuentren en riesgo de aspiración.	NE 3, GR B
				La exploración debe ser realizada en las primeras 24 horas de admisión para determinar el grado de riesgo de aspiración: riesgo bajo en los pacientes colaboradores, capaces de hablar, con tos voluntaria, que tragan saliva, y pasan una prueba de detección sencilla deglución (agua), o riesgo alto en pacientes que no colaboran; con la simple prueba de detección de tragar (se	NE 4, GR C





			diagnóstico y manejo de la disfagia. Aunque una amplia variedad de pruebas de cribado y evaluación están disponibles para su uso, ninguna tiene sensibilidad y especificidad aceptable para asegurar la detección precisa de la disfagia. AGREE 85/60/70	observan voz ronca húmeda o tos); o tiene un historial de problemas de deglución, aspiración, o disfagia. Los pacientes que no están alerta deben ser monitoreados de cerca y el examen de deglución debe ser realizado cuando sea clínicamente apropiado. Si los resultados del examen indican que el paciente está en alto riesgo de disfagia, no hay que darle comida ni líquidos (dieta absoluta) y debe realizarse dentro de las 24 horas por un médico capacitado en el diagnóstico y tratamiento de trastornos de la deglución una evaluación clínica exhaustiva de tragar alimentos y líquidos.	NE 4, GR C
--	--	--	--	---	--------------------------





				Un protocolo de higiene bucal debe ser implementado para los pacientes con disfagia y prótesis dentales para promover la salud oral y la comodidad del paciente. La modificación de la textura de los alimentos y los líquidos debe adaptarse al problema individual de deglución del paciente. Es preciso el entrenamiento de los pacientes y los cuidadores en las técnicas de alimentación y el uso de agentes espesantes. Abordar método adecuado para la administración de medicamentos para pacientes con evidencia de disfagia en la evaluación clínica o instrumental.	NE 3, GR B NE 3, GR B NE 3, GR B
--	--	--	--	---	--





Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia⁴¹ GPC 2010	Pacientes con ACV en la fase aguda.	Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para las mejores prácticas en la identificación y manejo de la disfagia después del ACV.	La guía es relevante para todo el personal en contacto con los pacientes con ictus a lo largo de los cuidados.	Todos los pacientes con ictus deben ser examinados para la disfagia antes de comer o beber.	NE 3, GR B
			La base de la evidencia es más fuerte para los pacientes en fase aguda, por lo que hacen hincapié en este contexto.	La prueba de ingesta de agua debe utilizarse como una parte de la detección de riesgo de aspiración en pacientes con ACV.	NE 3, GR B
			Los autores identifican como área para futuras investigaciones los predictores de riesgo de aspiración ya que carecen de una sólida base de pruebas.	El nivel de conciencia reducido es indicativo de riesgo de aspiración.	NE 3, GR B
			AGREE 100/94/90	Se deben dar consejos de modificación de la dieta y de técnicas compensatorias (posturas y maniobras) después de una evaluación completa de la deglución. La buena higiene oral debe mantenerse en los pacientes con disfagia, particularmente	NE 4, GR C NE 4, GR C





				en aquellos con tubos PEG o NG, con el fin de promover la salud oral y la comodidad del paciente. Consultar al farmacéutico para administrar la medicación a los pacientes con disfagia de la forma más adecuada.	NE 3, GR B
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning⁴² GPC 2010	Pacientes con ACV en los primeros 12 meses desde el diagnóstico.	Proporcionar directrices para el manejo de los pacientes con ACV, centrándose en la gestión, rehabilitación, prevención y tratamiento de las complicaciones y planificación del alta en los primeros 12 meses después del ACV.	Esta guía complementa a la SING 119: Manejo de los pacientes con ictus: la identificación y la gestión de disfagia y a la SING 108: Manejo de pacientes con ictus o AIT: evaluación, investigación, gestión inmediata y prevención. Esta guía es de especial utilidad para cualquier persona con interés en el ACV, incluyendo pero no exclusivamente,	El seguimiento continuo del estado nutricional después de un ACV, debe incluir una combinación de los siguientes parámetros: estado de la deglución, medidas bioquímicas (pre-albúmina, glucosa), pérdida de peso, evaluación de la independencia para comer e ingesta nutricional. Los pacientes con disfagia deben tener una rehabilitación deglución	NE 3, GR B





			especialistas en ictus, enfermeras, sobre todo aquellas que cuidan de personas con ACV, geriatras y especialistas en la tercera edad, rehabilitación, médicos generales, terapeutas del habla y del lenguaje, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, psicólogos, neurólogos, planificadores de servicios de salud, personas que han sufrido un ictus, sus cuidadores y familias. AGREE 100/91/90	orofaríngea que incluya: posturas compensatorias y modificación de la dieta. Los pacientes deben ser colocados en la posición de sentado en posición vertical, si su estado de salud lo permite.	NE 4, GR C
Ashford J, McCabe D, Wheeler-Hegland K, Frymark T, Mullen R, Musson N, Schooling T, Hammond CS. Evidence-based systematic review: Oropharyngeal	Un total de 820 pacientes adultos mayores de 18 años participantes en 7 estudios. Pacientes con disfagia secundaria trastorno neurológicos por ACV,	Conocer el estado de la investigación con respecto a las intervenciones conductuales para la disfagia (cambios posturales y maniobras de deglución).	Los siete tratamientos conductuales investigados fueron tres intervenciones posturales (decúbito lateral, postura de la barbilla hacia abajo y la rotación de la cabeza) y cuatro maniobras	Evidencia limitada para la reducción o eliminación de la aspiración en : - la postura de la barbilla hacia abajo. - la postura de rotación de la cabeza.	NE 3, GR B





dysphagia behavioral treatments. Part III-impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders⁴³ RS 2009	demencia, TCE o Parkinson.		de deglución (deglución con esfuerzo, maniobra de Mendelsohn, Maniobra de Valsalva laríngea o deglución supraglótica y deglución súper-supraglótica). De los siete estudios incluidos, sólo dos fueron juzgados como investigación de eficacia. Hay una falta de homogeneidad entre los estudios, sus poblaciones de estudio, falta de rigor de diseño en la investigación, y los tratamientos estadísticos CASPe 6/11	- Maniobra de Valsalva laríngea o de deglución supraglótica.	
Diniz PB, Vanin G, Xavier R, Parente MA. Reduced incidence of aspiration with spoon-thick consistency in stroke patients⁴⁴	61 pacientes hospitalizados diagnosticados de ACV entre 31 y 92 años.	Comparar el riesgo de aspiración en pacientes con ACV que recibieron dos consistencias distintas de alimentos.	Este estudio evaluó el papel protector del espesor tipo pudding en relación con la aspiración en pacientes con ACV basados en la comparación de 2 texturas de prueba.	El uso de una consistencia espesa tipo puddingel riesgo de aspiración en comparación con la consistencia líquida.	NE 1, GR A





ECA 2009			El aumento de viscosidad de los alimentos puede compensar el deterioro de la deglución en esta población. Es la consistencia tipo pudding la que proporciona una mayor seguridad en cuanto al riesgo de aspiración en estos pacientes. Los líquidos pueden no ser la mejor opción para reintroducir la alimentación oral, ya que se observó un aumento de la aspiración con líquidos. CASPe 9/11		
Foley N, Teasell R, Salter K, Kruger E, Martino R. Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials⁴⁵	Pacientes adultos diagnosticados de ACV.	Actualizar el trabajo previo y evaluar un rango más amplio de intervenciones terapéuticas destinadas a adultos que se recuperan de ACV y disfagia.	Revisión sistemática de 15 ECA's. Las intervenciones evaluadas se basaron en modificaciones de textura de la dieta, programas de	Beneficio de las modificaciones de la textura de la dieta y / o alteración de la viscosidad de los líquidos en la terapia de deglución.	NE 1, GR A





RS 2008			terapia de deglución y alimentación enteral. Se identificaron dos ECA que evaluaron la efectividad de programas de tratamiento de deglución, que incluyen una variedad de técnicas compensatorias y de terapia de la deglución en combinación con dietas de textura modificada, eficaces en la reducción de la aspiración y que mejoran del flujo de bolo. CASPe 7/10		
Bowmaster A, Cullen K, Day D, Ford G, Hatton S, Korner J, McManus R, Molyneux A, Potter J, Richards A, Rudd A, Swains S, Turner C, Tyrrell P, Wenderling D. Stroke: Diagnosis and	Personas con accidente cerebrovascular o AIT.	Proporcionar una guía basada en la evidencia de fácil manejo clínico, para ofrecer el mejor asesoramiento clínico para el diagnóstico y el tratamiento agudo del ictus.	La guía está destinada para su uso por todos los profesionales de la salud, personas con ACV agudo o AIT, sus cuidadores, grupos de apoyo a pacientes, organizaciones y proveedores de servicios.	La deglución en las personas con ACV agudo, debe ser evaluada a su ingreso por un profesional de la salud debidamente capacitado antes de darle de comer líquidos, sólidos o medicación.	NE 1, GR A





initial management of acute stroke and transient ischaemic attack⁴⁶ GPC 2008			Abarca intervenciones en la fase aguda de un accidente cerebrovascular agudo o ataque isquémico transitorio (AIT). La mayor parte de las pruebas examinadas se refieren a las intervenciones en las primeras 48 horas después del inicio de los síntomas. En el apartado referido a la deglución, compara diferentes métodos de evaluación de la misma. Los autores consideraron que el método de evaluación utilizado debe ser el que proporcione el diagnóstico más preciso, y que es importante sobre todo que permita distinguir si se requiere o no alimentación	Si la evaluación al ingreso indica problemas con la deglución, la persona debe tener una evaluación especializada de la deglución, preferiblemente dentro de las 24 horas de ingreso y no más de 72 horas después.	NE 1, GR A
--	--	--	--	---	--------------------------



			por SNG o PEG, y si es así se inicie tan pronto como sea posible. AGREE 100/95/90		
Pugh S, Mathiensen C, Meihhan M, Summers D, Zrelak P. Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke⁴⁷ GPC 2008	Pacientes con diagnostico o sospecha de ACV.	Trasladar las últimas investigaciones a una guía de fácil manejo. Proporcionar directrices para la evaluación de personas con sospecha de ictus isquémico. Proporcionar a las enfermeras una herramienta para que puedan ofrecer una atención de calidad óptima, centrada en el paciente hospitalizado que haya experimentado un ACV.	Los usuarios de la guía pueden ser enfermeras, enfermeras de práctica avanzada, profesionales de la salud, médicos de urgencias etc Se puede disminuir la mortalidad y la discapacidad resultante del ACV mediante el rápido reconocimiento de sus signos y síntomas, la iniciación de las actividades de respuesta apropiadas y la educación para la prevención de complicaciones. AGREE 100/95/95	Las enfermeras deben controlar a los pacientes para detectar signos clínicamente observables de disfagia que incluyen tos o asfixia con saliva o alimentos, retención de comida en la boca, el habla confusa, debilidad muscular facial, retraso o ausencia de reflejo de tragar, babeo, lagrimeo de los ojos después de cualquier ingesta, o gorgoteo voz. Intervenciones clínicas después de la evaluación inicial de la deglución por enfermería, incluyen la consulta al foniatra o logopeda para la evaluación	NE 2, GR A NE 2, GR A





				formal y nuevas recomendaciones sobre la dieta o las técnicas para disminuir el riesgo de aspiración. Las enfermeras deben realizar el cuidado oral exhaustivo. La mayoría de los pacientes pueden tolerar una dieta oral, pero pueden necesitar que se les enseñe las técnicas especiales, como formas específicas de posicionamiento de la cabeza y el cuello y las maniobras de deglución especificadas. Además, los cambios en la consistencia de los alimentos pueden ser necesarios durante la fase aguda del	NE 2, GR A NE 2, GR A NE 2, GR A
--	--	--	--	---	--





				íctus. El paciente debe ser colocado en la posición de Fowler alto, sentado en una silla de preferencia, para la comida. Debe permanecer sentado durante al menos 30 minutos después de la comida El cuidado de la boca se debe realizar antes de la alimentación, ya que facilita la sensación y la producción de saliva, que a su vez puede facilitar la deglución, y también se debe realizar después de comer para observar si el paciente está reteniendo alimentos pueden dar lugar a aspiración. Estado pulmonar se debe	NE 3, GR B NE 3, GR B NE 3, GR B NE 3, GR B
--	--	--	--	--	---





				evaluar después de comer. Un aparato de aspiración debe mantenerse cerca del paciente en todo momento para su posible uso, y el paciente debe ser monitoreado muy de cerca durante su primera comida. Los pacientes deben ser alimentados con pequeñas porciones y se les permite el tiempo suficiente para masticar y tragar. El uso del método de bajar la barbilla puede ayudar a minimizar la aspiración durante la deglución. Los familiares deben ser educados sobre el plan de alimentación y las técnicas especiales requeridas para	NE 3, GR B NE 3, GR B NE 3, GR B NE 3, GR B
--	--	--	--	---	---





				disminuir el riesgo de aspiración.	
Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Ictus ⁴⁸ GPC 2007	Adultos en todas las fases del ACV desde su instauración aguda.	Proporcionar recomendaciones explícitas a los profesionales sobre cuál es la mejor atención a los pacientes con ictus basada en la evidencia científica disponible actualmente y las recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica, que abarquen y cubran todo el proceso de la enfermedad.	La guía pretende: - Estimular la creación de protocolos locales que concreten y adapten las recomendaciones de la Guía a las características de cada institución y cada territorio. - Proporcionar elementos a los planificadores sobre el estado del conocimiento de la enfermedad vascular cerebral para conseguir una distribución territorial racional y equitativa de los recursos. - Facilitar elementos a los gestores sobre cuáles son los aspectos clínicos más relevantes de la enfermedad y la	Se tiene que preservar la vía aérea. Se tiene que valorar la indicación de ventilación asistida en los pacientes con un ictus agudo que tengan un nivel de conciencia deprimido o un compromiso de la vía aérea. La evaluación del riesgo de aspiración del enfermo se tiene que hacer lo más pronto posible, por un profesional cualificado preferiblemente en el curso de la admisión, con un test de deglución clínico sencillo y validado. Ante la sospecha de disfagia y/o riesgo de aspiración pulmonar, el paciente tiene	NE 3, GR B NE 2, GR B NE 1, GR A





			evidencia científica que da apoyo al uso de determinados recursos. - Dar elementos a los gestores sobre cuáles son los aspectos clínicos más relevantes de la enfermedad y la evidencia que apoya el uso de determinados recursos. - Evaluar periódicamente las recomendaciones más importantes del proceso de atención así como los resultados para conseguir mejorar la salud en pacientes con ictus. - Ser la herramienta de referencia científica para ayudar a definir cuáles son los cambios necesarios en la atención a los pacientes con ictus	que ser evaluado por un especialista preparado que determine las condiciones para una deglución segura, así como la consistencia de la dieta de sólidos y líquidos. Hay que valorar el uso de la videofluoroscopia cuando se detecten alteraciones en el test clínico de deglución. Si no se puede asegurar una buena alimentación por vía oral hay que considerar nutrición enteral por sonda nasogástrica o por gastrostomía percutánea endoscópica. Debe haber protocolos locales sobre la colocación y el mantenimiento de sondas nasogástricas y de gastrostomías. Los pacientes con alimentación enteral	NE 2, GR B NE 1, GR A
--	--	--	---	---	---





			en Cataluña, bajo una visión integral de la atención a la enfermedad. Dispone también de una Guía para pacientes y cuidadores. AGREE 95/62/90	tienen que ser revisados periódicamente. Todo paciente con problemas de nutrición, incluyendo la disfagia, que requiera la modificación de la consistencia de los alimentos tiene que ser enviado al dietista.	NE 3, GR B
Joanna Briggs Institute. Identificación y manejo de la disfagia en adultos⁴⁹ Best practice 2007	Adultos con afectación neurológica (TCE, ACV, ELA, Parkinson, demencia...)	Proporcionar un resumen de la mejor evidencia disponible (revisión sistemática) acerca de la identificación y manejo enfermero de la disfagia en pacientes con afectación neurológica.	Las recomendaciones se basan en la mejor evidencia disponible, sin embargo hay que tener en cuenta que ciertos estudios están limitados y cuentan con muestras pequeñas, existiendo la necesidad de realizar más investigación que apoye estos resultados.	Las enfermeras deben realizar una valoración adecuada que incluye entre otros los siguientes puntos: - Nivel de conciencia y estado de alerta. - Percepción, orientación, memoria y nivel de atención. - Reflejo tusígeno presente y fuerza de la tos voluntaria. - Respuesta a la deglución y capacidad para desarrollar una deglución	NE 4, GR C





				voluntaria. Un individuo con disfagia o con riesgo de tenerla deberá permanecer en ayunas (sin alimentarse por vía oral), hasta que lo valore adecuadamente un profesional experto. Re-evaluar regularmente la capacidad para deglutir. Monitorizar los sonidos pulmonares para poder identificar los signos de aspiración. Sentarse recto con 90° de flexión de cadera y rodillas, el tronco y la cabeza sobre la línea media, la cabeza ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo.	NE 4, GR C NE 4, GR C NE 4, GR C NE 4, GR C
--	--	--	--	--	---





				Mantener al individuo en postura recta durante aproximadamente 30- 60 minutos después de la alimentación.	NE 4, GR C
				Disponer de material necesario en caso de broncoaspiración.	NE 4, GR C
				Nunca se debe dejar sólo al individuo cuando come y/o bebe.	NE 4, GR C
				Ofrecer, en cada toma, una o media cucharadita de alimento sólido o 10-15 mililitros de líquido.	NE 4, GR C
				Se puede lograr una deglución segura con líquidos espesos y alimentos semi sólidos con textura homogénea (alimentos que mantienen fácilmente el	NE 4, GR C





				tamaño del bolo alimenticio y no se esparcen por la cavidad oral) La administración de medicación de manera segura es esencial. Se debe consultar a un farmacéutico sobre el método de administración más apropiado para cada caso. Comprobar la boca del paciente por sí ha quedado restos de comida. Realizar la higiene cuidado bucal. Una vez el individuo ha sido identificado como paciente de riesgo de padecer disfagia, o que ya la tiene, debe ser derivado a un logopeda o al médico para su	NE 4, GR C NE 4, GR C NE 4, GR C NE 4, GR C
--	--	--	--	--	---





				valoración.	
Virani T, McConnell H, Lappan-Gracon S, Santos J, Schoulen JM, Russell B, Scott C, Burris J, Powell K. Valoración del Ictus mediante la atención continuada⁵⁰ GPC 2005	Adultos mayores de 18años que han sufrido un accidente cerebro vascular	Proporcionar a las enfermeras recomendaciones basadas en la evidencia sobre la valoración y/o el cribado de los pacientes que han superado un ictus mediante la atención continuada.	Enfocada al apoyo de las enfermeras que trabajan en diferentes centros, en la valoración y/o cribado de los pacientes que sobreviven tras un ictus. Contiene recomendaciones para las enfermeras (universitarias y de formación profesional) sobre las buenas prácticas en el área de valoración del ictus. Está pensada para todas las enfermeras (que no son expertas en los cuidados del ictus) que trabajan en diferentes centros sanitarios mediante la atención continuada con pacientes que han sobrevivido al ictus. Sin embargo, no se excluye a aquellas enfermeras que sí tienen experiencia en el tema.	Las enfermeras deben mantener a todos los pacientes con ictus sin tomar nada por vía oral (incluso los medicamentos orales) hasta que no se administre e interprete una videofluoroscopia de la deglución realizada en las primeras 24 horas en las que el paciente se encuentre despierto y consciente. Las enfermeras que tengan una formación específica sobre el tema deben realizar e interpretar una exploración de la disfagia en las 24 horas siguientes en las que el paciente esté despierto tras haber sufrido un ictus. Asimismo, esta exploración debe llevarse a cabo cuando	NE 2, GR B NE 4, GR C





			Para diagnosticar correctamente a los pacientes con riesgo de aspiración, estos deben estar atentos y tener la capacidad para participar en el proceso de cribado. La observación directa debe realizarse en el momento en el que el paciente ya esté comiendo. La enfermera debe comprobar: asfixia; tos de ahogo, contenida o manifiesta durante y después de tragar; voz húmeda; retraso en el comienzo de la deglución (más de cinco segundos); deglución o masticación descoordinadas; si emplea mucho tiempo en comer/beber; acumulación de la comida en la boca; o si el paciente echa la comida de la boca.	se produzca un cambio en la condición neurológica o médica, o en el estado de deglución. Este cribado debe incluir la valoración del estado de alerta del paciente, una prueba en la que se administre 50 ml de agua al paciente, la capacidad de participación y la observación directa de signos de disfagia orofaríngea (asfixia, tos, voz húmeda). En aquellas situaciones en las que se identifique algún tipo de discapacidad, los pacientes deberán ser derivados a un profesional especializado para una valoración y manejo más exhaustivos.	NE 4, GR C
--	--	--	--	---	--------------------------



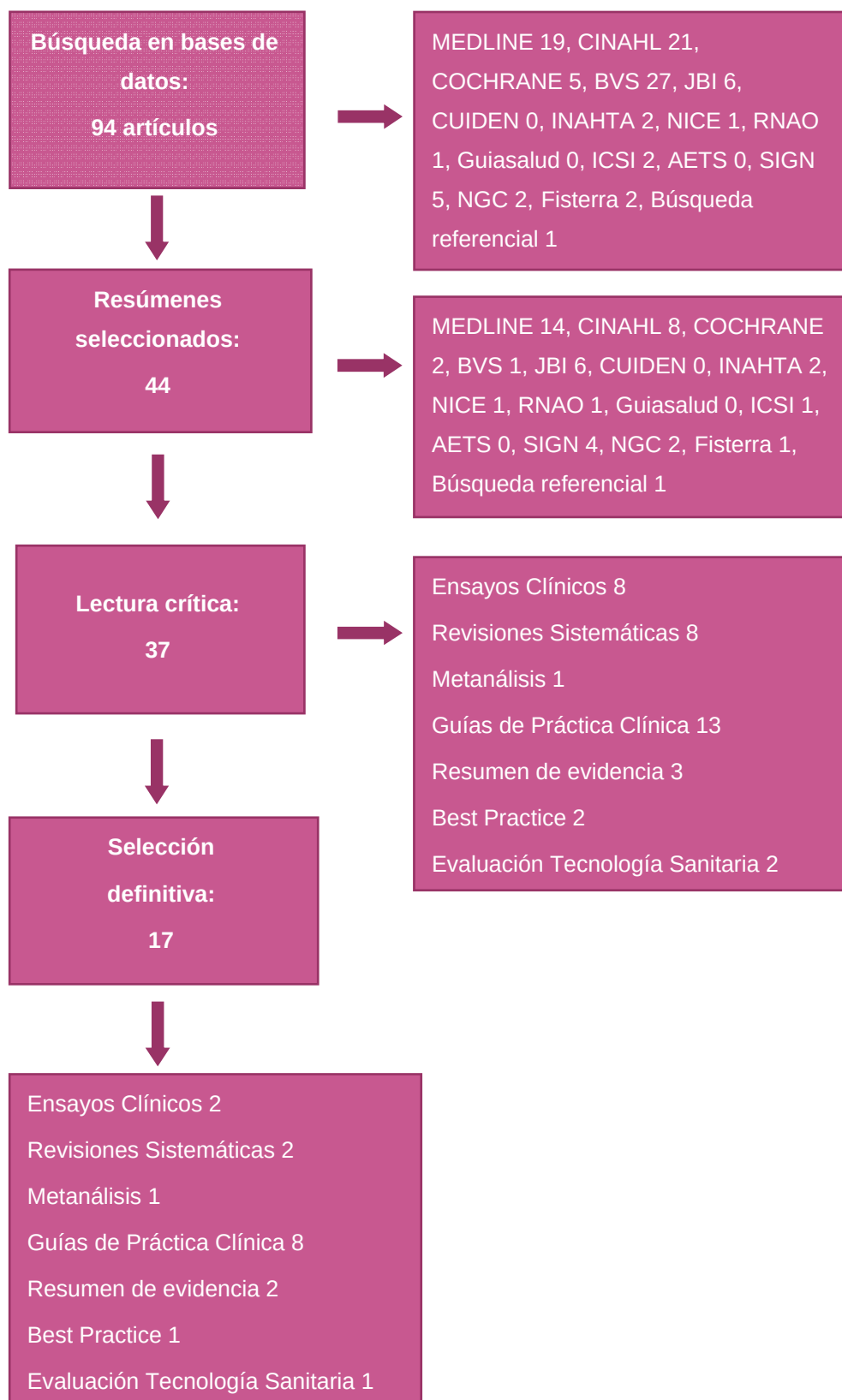


			El Bedside Swallowing Screening Test de Toronto (TOR-BSST), es la única herramienta de detección de problemas en la deglución de la que se ha desarrollado una revisión sistemática de la literatura (Martino et al., 2000) y por lo tanto está considerada como la herramienta basada en la mejor evidencia existente. AGREE 100/94/96		
--	--	--	---	--	--





Figura 1. Algoritmo de búsqueda. Elaboración propia





ANEXO 1

Plan de Cuidados Estandarizado PES00003 - ICTUS

Definición: Cuidados de enfermería para el paciente ingresado en una unidad de hospitalización que presenta una interrupción brusca del flujo sanguíneo a una parte del cerebro lo que da lugar a la pérdida o deterioro de funciones controladas por el área afectada.

DRE00051 - DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

FRE00070 - Alteración del sistema nervioso central.

RES00902 - Comunicación.

IND16240 - Intercambia mensajes con los demás.

IND16253 - Interpretación exacta de los mensajes recibidos.

INT04976 - Mejorar la comunicación: déficit habla.

ACT57161 - Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.

ACT12611 - Escuchar con atención.

ACT57093 - Utilizar gestos con las manos, si procede.

DRE00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

FRE05035 - Falta de exposición.

RES01824 - Conocimiento: cuidados en la enfermedad.

IND06530 - Régimen terapéutico.

INT05602 - Enseñanza proceso de enfermedad.

ACT06388 - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

INT07330 - Planificación para el alta.

ACT12658 - Establecer el alta al siguiente nivel de cuidado.

ACT24077 - Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

DRI00155 - RIESGO DE CAIDAS

FRI03027 - Deterioro de la movilidad física.





RES01912 - Caídas.

IND24035 - Caídas de la cama.

IND04452 - Caídas al ir al servicio.

IND24038 - Caídas sentado.

RES00208 - Movilidad.

IND34141 - Se mueve con facilidad.

INT06490 - Prevención de caídas.

ACT42549 - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.

ACT01236 - Ayudar a la deambulación de las personas inestables.

ACT06307 - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

ACT57023 - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.

INT00221 - Terapia de ejercicios: Ambulación.

ACT00723 - Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

ACT15450 - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

ACT24709 - Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.

DRI00047 - RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

FRI08028 - Inmovilidad física.

FRI04055 - Excreciones ó secreciones.

RES01101 - Integridad tisular piel y membranas mucosas.

IND28161 - Integridad de la piel.

INT03540 - Prevención úlceras por presión.

ACT33079 - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

ACT00885 - Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.

ACT57245 - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Norton).

ACT57026 - Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.

ACT01029 - Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

ACT42524 - Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.

DRI00039 - RIESGO DE ASPIRACION

FRI17013 - Reducción del nivel de conciencia.

FRI03026 - Deterioro de la deglución.





RES01010 - Estado de deglución.

IND00277 - Atragantamiento, tos, náuseas.

INT03200 - Precauciones para evitar la aspiración.

ACT60166 - Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutoria.

ACT13098 - Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.

ACT33018 - Mantener la cabecera de la cama elevada durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.

ACT06150 - Colocación erguida a más de 30º (alimentación por SNG) a 90º, ó lo más incorporado posible.

ACT33025 - Mantener el equipo de aspiración disponible.

DRI00004 - RIESGO DE INFECCION

FRI15046 - Procedimientos invasivos.

FRI00040 - Defensas primarias inadecuadas (p.ej., rotura de la piel, traumatismo tisular, disminución de la acción ciliar, éxtasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo).

RES01101 - Integridad tisular piel y membranas mucosas.

IND16137 - Induración.

IND08141 - Eritema.

INT02440 - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.

ACT06047 - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

ACT39399 - Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, malestar).

RES00702 - Estado inmune.

IND08201 - Estado respiratorio.

IND08198 - Estado genitourinario.

INT06550 - Protección contra las infecciones.

ACT39671 - Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.

ACT15364 - Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.

ACT15398 - Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.

CPO00396 - PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INFICAZ

RES00909 - Estado neurológico.

IND04202 - Conciencia.

IND26050 - Orientación cognitiva.

IND04084 - Cefaleas.

IND14066 - Hipertermia.

IND28233 - Presión arterial.

INT02620 - Monitorización neurológica.

ACT60165 - Vigilar el nivel de consciencia.





ACT06476 - Comprobar nivel de orientación.

ACT60296 - Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones.

ACT60267 - Vigilar las tendencias en la escala del coma de Glasgow.

ACT39093 - Observar si el paciente refiere cefalea.

RES02300 - Nivel de glucemia.

IND04199 - Concentración sanguínea de glucosa.

INT02120 - Manejo de la hiperglucemia.

ACT60281 - Vigilar la glucemia, si está indicado.

ACT00216 - Administrar insulina, según prescripción.

CPO00138 - TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

RES00407 - Perfusión tisular: periférica.

IND36055 - Temperatura de extremidades caliente.

IND06739 - Dolor localizado en extremidades.

INT04110 - Precauciones en el embolismo.

ACT48195 - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color, presencia de dolor en la extremidad afectada y temperatura de las extremidades).

ACT00861 - Aplicar medias o manguitos de compresión elástica graduada para reducir el riesgo de TVP o de recidiva de TVP, según la política y el protocolo del centro.

ANEXO 2

INTERVENCIÓN NIC 3200: Precauciones para evitar la aspiración

Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

- Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.
- Mantener una vía aérea.
- Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.
- Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda.
- Controlar el estado pulmonar.
- Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.





- Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
- Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.
- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos (p. ej., más de 250ml para las sondas de alimentación o mas de 100ml para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea).
- Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.
- Usar agentes procinéticos, según corresponda.
- Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Usar medicación en forma de elixir.
- Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración.
- Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos.
- Proporcionar cuidados orales.
- Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda.
- Sugerir la ingestión de galletas de bario o una videofluoroscopia, según corresponda.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/ Consultado el 21/01/2014.
2. Sanz Paris A, Álvarez Ballano D, Diego García P, Lofablos Callau F, Albero Gamboa R. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV. Nutr Hosp. 2009 Mayo; 29 (2): 38-55.
3. André C. AVC Agudo. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. 37-51.





4. J. Barroso. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(S2):22-28.
5. González-Fernández M, Daniels SK. Dysphagia in stroke and neurologic disease. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2008 Nov; 19(4):867-88.
6. Falsetti P, Acciaci C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A et al. Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: incidence, diagnosis and clinical predictors in patients admitted to a Neurorehabilitation Unit. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2009; 18(5):329-35.
7. Cavalcante TF, Araujo TL, Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Silva VM. Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013 Jan-Feb; 21: 250-8
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 Edición. Elsevier; 2013. p.369
9. Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímets G. Una herramienta para la evidencia. Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso. En: Libro de ponencias y comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, Zaragoza, SECA 2008. p. 339.
10. Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Curchill Livingston 1997.
11. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>
12. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica: <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>
13. The Joanna Briggs Institute. Level of evidence. Disponible en: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>
14. Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. J Neurosci Nurs. 2013 Jun;45(3):139-46.
15. Anderson D, Larson D, Wallace G, Fiscus L, Zinkel A, Charipar R, Rabinstein A, Jeff Larson, Hanson M, Bluhm J, Diagnosis and treatment of ischemic stroke: percentage of patients with dehydration who receive IV fluids National Guideline Clearinghouse 2012.





16. Anderson D, Larson D, Bluhm J, Charipar R, Fiscus L, Hanson M, Larson J, Rabinstein A, Wallace G, Zinkel A. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke. Updated July 2012.
17. Campbell J. Disfagia alimentación asistida. Evidence Based Recomendec Practices JBI. 2012.
18. Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review. Stroke. 2012 Mar;43(3):892-7.
19. Lawrence M, Kerr S, McVey C, Godwin J. The effectiveness of secondary prevention lifestyle interventions designed to change lifestyle behavior following stroke: summary of a systematic review. Int J Stroke. 2012 Apr;7(3):243-7.
20. Slade S. Atención al accidente cerebrovascular: una perspectiva residencial. Evidence Summaries. JBI 2012.
21. Terré R, Mearin F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study. Neurogastroenterol Motil. 2012 May;24(5):414-9.
22. Côté B, Tessier A. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. Revue des données probantes, des politiques et des expériences. ETMIS 2011; 7(4):1-141.
23. Oommen ER, Kim Y, McCullough G. Stage transition and laryngeal closure in poststroke patients with dysphagia. Dysphagia. 2011 Sep;26(3):318-23.
24. Bingjie L, Tong Z, Xinting S, Jianmin X, Guijun J. Quantitative videofluoroscopic analysis of penetration-aspiration in post-stroke patients. Neurol India. 2010 Jan-Feb;58(1):42-7.
25. Sue Eisenstadt E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Jan;22(1):17-22.
26. Kolb G, Bröker M. State of the art in aspiration assessment and the idea of a new non invasive predictive test for the risk of aspiration in stroke. J Nutr Health Aging. 2009 May;13(5):429-33.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke or TIA: assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. A national clinical guideline 108, 2008.
28. Xie Y, Wang L, He J, Wu T. Acupuncture for dysphagia in acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3.





29. Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups. *Stroke*. 2007 May;38(5):1655-711.
30. Smith Hammond CA, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129(1 Suppl):154S-168S.
31. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2006 Jun;53(2):143-9.
32. Lin LC, Wang SC, Chen SH, Wang TG, Chen MY, Wu SC. Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *J Adv Nurs*. 2003 Dec;44(5):469-78.
33. Loeb MB, Becker M, Eady A, Walker-Dilks C. Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Jul; 51(7):1018-22.
34. Sharma L. Síndrome de aspiración: Control de la disfagia. *Evidence Summaries JBI* 2013.
35. Anderson D, Larson D, Wallace G, Fiscus L, Zinkel A, Charipar R, Rabinstein A, Larson J, Hanson M, Bluhm J. Diagnosis and initial treatment of ischemic stroke. *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*. 2012 Jul.
36. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PMW. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10.
37. Tessier A. L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)*. 2012 Mai;8(9):1-101.
38. Maloreh-Nyamekye T. Dysphagia: Management. *Evidence summaries JBI*. 2011.
39. Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, Drury P, Griffiths R, Cheung NW, Quinn C, Evans M, Cadilhac D, Levi C, QASC Trialists Group. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:699-706.





40. Management of Stroke Rehabilitation Working Group. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. J Rehabil Res Dev. 2010; 47(9):1-43.
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline 119. 2010.
42. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline 118. 2010.
43. Ashford J, McCabe D, Wheeler-Hegland K, Frymark T, Mullen R, Musson N, Schooling T, Hammond CS. Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III-impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders. J Rehabil Res Dev. 2009;46(2):195-204.
44. Diniz PB, Vanin G, Xavier R, Parente MA. Reduced incidence of aspiration with spoon-thick consistency in stroke patients. Nutr Clin Pract. 2009 Jun-Jul;24(3):414-8.
45. Foley N, Teasell R, Salter K, Kruger E, Martino R. Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials. Age Ageing. 2008 May; 37(3):258-64.
46. Bowmaster A, Cullen K, Day D, Ford G, Hatton S, Korner J, McManus R, Molyneux A, Potter J, Richards A, Rudd A, Swains S, Turner C, Tyrrell P, Wenderling D. Stroke. Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). NICE clinical guideline 68. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008.
47. Pugh S, Mathiensen C, Meihhan M, Summers D, Zrelak P. Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke. 2nd ed. American Association of Neuroscience Nurses. 2008.
48. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Ictus. [Internet]. 2ª ed. 2007. [Consultado 21 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp07ictuses.pdf>
49. Joanna Briggs Institute. Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica. Best Practice. 2000;4(2):1-6. Actualizado 20-03-07.
50. Virani T, McConnell H, Lappan-Gracon S, Santos J, Schoulen JM, Russell B, Scott C, Burris J, Powell K. Valoración del ictus mediante la atención continuada. RNAO. 2005.

