



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Construcción, implementación y evaluación de una Vía Clínica de
la disfagia en una Unidad de Ictus Agudo.

D.^a Tibusay Yuribey Guevara Rangel
2023



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Construcción, implementación y evaluación de una Vía Clínica de la disfagia en una Unidad de Ictus Agudo.

Autor: D.^a Tibisay Yuribey Guevara Rangel

Director/es: D.^a Ana Myriam Seva Llor

D. Daniel Ángel García

D.^a Ana María Morales Ortiz



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. TIBISAY YURIBEY GUEVARA RANGEL

doctorando del Programa de Doctorado en

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD (PLAN 2013)

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Construcción, implementación y evaluación de una Vía Clínica de la disfagia en una Unidad de Ictus Agudo.

y dirigida por,

D./Dña. Ana Myriam Seva Llor

D./Dña. Daniel Ángel García

D./Dña. Ana Morales Martín

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por consorcio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presenta como parte de la tesis.
- En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 10 de Julio de 2023

Fdo.:

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Consejería. 30002, Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.e) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Ana Myriam Seva Llor, Doctora de Universidad del Área de Gestión de Calidad de los Servicios Sanitarios en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Construcción, implementación y evaluación de una Vía Clínica de la disfagia en una Unidad de Ictus Agudo", realizada por D. Tibisay Yunibey Guevara Rangel, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 10 de Julio de 2023

SEVA LLOR Firmado digitalmente
ANA MYRIAM por SEVA LLOR ANA
- 48460734X MYRIAM - 48460734X
Fecha: 2023.07.15
11:16:38 +02'00'

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Daniel Ángel García, Doctor de Universidad del Área de Gestión de calidad en el Departamento de Fisioterapia, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Construcción, implementación y evaluación de una Vía Clínica de la disfagia en una Unidad de Ictus Agudo", realizada por D^a. Tibisay Yuribey Guevara Rangel, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 10 de Julio de 2023

Firmado por ****0***-0fal-****-****-*****5525** el día 10/07/2023 con un certificado emitido por 9a200dab-0fal-42c4-a902-2e98ec55259e

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Ana María Morales Ortiz, Doctora de Universidad del Área de Medicina en el Departamento de Medicina, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Construcción, implementación y evaluación de una Vía Clínica de la disfagia en una Unidad de Ictus Agudo", realizada por D^a. Tibusay Yuribey Guevara Rangel, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 10 de Julio de 2023.

Mod:T-20

A mis hijos, Luis Fernando y Aitana, sois el motor que me impulsa.

*“Empieza haciendo lo necesario, después lo posible, y de repente te encontrarás haciendo lo imposible”. **San Francisco de Asís***

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis Dra. Ana Myriam Seva Llor, Dr. Daniel Ángel García y Dra. Ana Morales Ortiz, por su profesionalidad, rigurosidad, y gran interés por este trabajo, sin su guía y dedicación no hubiera sido posible.

A todos y cada uno de los miembros del grupo de trabajo, por todas las aportaciones, disposición y dedicación otorgada para que esto saliera adelante.

A mis compañeros enfermeros, Mavi, Paco, José Luis y Pepa, por su apoyo, ayuda, siempre velando por los mejores cuidados para dar a los pacientes.

A mis amigos que esperaron los momentos libres cuando solo tenía tiempo para trabajar y la tesis.

A mis padres, que siempre me inculcaron en que estudiara y me preparara, y en especial a mi papi por inculcarme la perseverancia.

A mi hermana Liu, por su apoyo y por siempre estar orgullosa de las metas que consigo.

A mi familia, mi Pascual y mis hijos Luis y Aitana porque son mi motor, mi soporte y todo en mi vida, no ha sido fácil y espero disfrutar con vosotros todo el tiempo que les debo.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	35
1.1. ICTUS	35
1.1.1 Clasificación del ictus	35
1.1.1.2. Cardioembólico:.....	37
1.1.1.3. Oclusión de arterias pequeñas (Lacunar):.....	37
1.1.1.4. Ictus de causa inusual:	37
1.1.1.5. Ictus de causa indeterminada:.....	38
1.2. UNIDADES DE ICTUS (UI)	38
1.2.1. Epidemiología del Ictus	40
1.2.2. Asistencia Actual del Ictus Agudo	41
1.2.3. Escalas para valoración del ictus:	42
1.2.3.1. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)	42
1.2.3.2. Escala Rankin Modificada	43
1.2.3.3. Escala Canadiense:.....	44
1.2.4. Ictus y cuidados de Enfermería	45
1.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN	48
1.3.1. ETAPAS DE LA DEGLUCIÓN	48
1.3.1.1. Etapas de preparación oral.....	48
1.3.1.2. Etapa propulsora oral	48
1.3.1.3. Fase faríngea:.....	48
1.3.1.4. Etapa esofágica:	49
1.3.2. Control Neurológico de la Deglución	49
1.4. DISFAGIA	51
1.4.1 Disfagia Orofaringea	51
1.4.2. Epidemiología de la disfagia orofaringea relacionada con el ictus ..	52
1.4.3. Fisiopatología de la disfagia relacionada con el ictus.....	54
1.4.4. Diagnóstico de la disfagia	55
1.4.5. Exploración clínica de la deglución	57
1.4.5.1. Test del Agua:.....	58
1.4.5.2. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V):	59
1.4.5.3. Gugging Swallowing Screen (GUSS):	63

1.4.5.4. Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST).....	65
1.4.6. Técnicas instrumentales para el diagnóstico de la disfagia.....	66
1.4.6.1. Videofluoroscopia (VFS):.....	66
1.4.6.2. Fibroendoscopia de la Deglución (FEES):.....	68
1.4.7. Complicaciones y repercusiones que ocasiona la disfagia	69
1.4.7.1. Neumonía:	69
1.4.7.2. Deshidratación y desnutrición:.....	70
1.4.7.3. Estreñimiento:.....	71
1.4.7.4. Calidad de vida:	71
1.4.7.5. Estancia hospitalaria y coste sanitario:.....	71
1.4.7.6. Mortalidad:	71
1.4.8. Tratamiento de la disfagia	72
1.4.8.1. Estrategias posturales:	73
1.4.8.2. Estrategias de incremento sensorial oral:.....	73
1.4.8.3. Modificaciones dietéticas (cambio de volumen, textura y viscosidad del bolo):	74
1.4.8.4. Maniobras específicas de deglución:.....	75
1.4.8.5. Tratamiento Nutricional:.....	76
1.4.9. Disfagia y Cuidados Enfermeros.....	76
1.5. CALIDAD.....	77
1.5.1. Dimensiones de la calidad asistencial.....	78
1.5.2. Evaluación de la calidad.....	79
1.5.2.1 Criterio	81
1.5.2.2. Indicador.....	82
1.5.2.3. Estándar	83
1.6. ACTIVIDADES PARA LA MEJORA CONTINUA.....	83
1.6.1 Ciclos de mejora:.....	84
1.6.2. Monitorización:	84
1.6.3. Diseño o planificación de la calidad	85
1.7. VÍAS CLÍNICAS (VC).....	85
1.7.1. Objetivos de las Vías Clínicas.....	86
1.7.2. Diseño de la Vía Clínica	87
2. JUSTIFICACIÓN.....	93

3. OBJETIVOS / HIPÓTESIS.....	99
3.1. OBJETIVOS GENERALES	99
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	99
3.3. HIPÓTESIS.....	100
4. MATERIAL Y MÉTODOS	103
4.1. TIPO DE ESTUDIO	103
4.2. POBLACIÒN	103
4.2.1. Criterios de inclusión:	103
4.2.2. Criterios de exclusión:	103
4.3. AMBITO.....	104
4.4. TEMPORALIDAD	105
4.4.1. Diagrama de Gantt de la Vía Clínica	107
4.5. COMITÉ DE ÉTICA.....	110
4.6. METODOLOGÍA DE LA VÍA CLÍNICA.....	111
4.6.1. FASE 1. Elección del proceso a diseñar con la vía clínica.....	111
4.6.2. FASE 2. Creación del grupo de trabajo.....	112
4.6.3. FASE 3. Identificación de mapeos de procesos, matriz temporal actual, y preguntas claves.....	112
4.6.3.1. Flujogramas y mapeos de procesos:	112
4.6.3.2. Matriz de actividades antes del diseño de la VC:	113
4.6.3.3. Preguntas planteadas:.....	113
4.6.4. FASE 4. Revisión bibliográfica de la evidencia científica	114
4.6.4.1. Revisión sistemática de las guías de práctica clínica:	114
4.6.4.2. Revisión sistemática de artículos relacionados con test de detección de disfagia:.....	115
4.6.5. FASE 5. Diseño consensuado de la vía clínica	116
4.6.5.1. Matriz final de actividades de la UI:	116
4.6.5.2. Hoja de Variaciones:.....	116
4.6.5.3. Hoja de información para pacientes y/o familiares:	117
4.6.5.4. Guía rápida sobre la disfagia tras un ictus:.....	117
4.6.6. FASE 6. Identificación, selección de indicadores, diseño de formato para recogida de datos.....	117
4.6.6.1. Revisión de los indicadores en artículos y vía clínicas:	117

4.6.6.2. 1º Medición piloto de los indicadores antes de la implantación.	118
4.6.6.3. Identificación y método de muestreo de las unidades de estudio:	118
4.6.6.4. Diseño de formato de recogida de datos:	119
4.6.6.5. Factibilidad de medición y de uso:.....	119
4.6.6.6. Fiabilidad de los indicadores:.....	120
4.6.6.7. Cumplimiento de los criterios evaluados:	120
4.6.6.8. Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención. Diagrama de Pareto.	121
4.6.7. FASE 7. Implantación de la Vía Clínica.....	122
4.6.8. FASE 8. 2º Medición de los indicadores	122
4.6.8.1. Estimación de la mejora conseguida (absoluta y relativa):	122
4.6.8.2. Análisis gráfico: diagrama de Pareto Antes – Después:	124
4.6.9. FASE 9: Satisfacción:.....	124
4.6.9.1. Cuestionario de calidad percibida:.....	124
4.6.10. FASE 10: Evaluación de la vía clínica.....	126
5. RESULTADOS.....	129
5.1. RESULTADOS DEL DISEÑO DE LA VÍA CLÍNICA.....	129
5.1.1. FASE 1: Proceso a diseñar en la Vía Clínica:	129
5.1.2. FASE 2: Grupo de trabajo	129
5.1.3. FASE 3. Mapeos de procesos, matriz temporal actual, preguntas claves.	130
5.1.3.1. Mapeos de procesos	130
5.1.3.2. Matriz de actividades que se desarrollan antes de la vía clínica:	138
5.1.4. FASE 4. Revisión bibliográfica de la evidencia científica	141
5.1.4.1. Revisión de la evidencia científica disponible de la disfagia en el ictus. Guías de práctica clínica:	141
5.1.4.2. Revisión de artículos relacionados con el método exploratorio para la detección de la disfagia:	145
5.1.4.3. Respuestas a las preguntas planteadas.....	148
5.1.5. FASE 5. Diseño consensuado de la vía clínica de la disfagia.....	153

5.1.5.1. Matriz final de actividades de la UI	157
5.1.5.2. Flujograma de detección de disfagia en la UI:.....	161
5.1.5.3. Hoja de variaciones	162
5.1.5.4. Hoja de información para los pacientes y/o familiares.....	163
5.1.5.5. Guía rápida de la disfagia	163
5.1.6. FASE 6. Identificación y selección de indicadores. Medición piloto de los indicadores antes de la implantación de la VC.	170
5.1.6.1. Revisión de los indicadores en artículos y vía clínicas.	170
5.1.6.2. Identificación y selección de indicadores:.....	174
5.1.6.3. Pilotaje de Indicadores:	176
5.1.6.4. Fiabilidad y factibilidad de los indicadores.	177
5.1.6.5. Resultados del cálculo de incumplimientos de los indicadores:	180
5.1.6.6. Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención	181
5.1.7. FASE 7: Implantación de la vía clínica.....	182
5.1.8. FASE 8: 2º Medición de los indicadores después de la implantación de la VC	184
5.1.8.1. Fiabilidad y factibilidad de los indicadores.	185
5.1.8.2. Resultados del Cálculo de incumplimientos de los indicadores:	188
5.1.8.3. Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención	190
5.1.8.4. Estimación de la mejora conseguida (absoluta y relativa)	191
5.1.9. FASE 9: Satisfacción:.....	194
5.1.9.1. Cuestionario de calidad percibida adaptado de la EMCA.....	194
5.1.9.2. Cuestionario de calidad percibida y satisfacción de UI - Neurología:	199
5.1.10. FASE 10: Evaluación de la vía clínica.....	201
5.1.10.1. Hasta qué punto se sigue la VC:	201
5.1.10.2. Seguimiento y utilización de los cambios introducidos en la VC:	201
5.1.10.3. Análisis de las Variaciones:	202

6. DISCUSIÓN	205
7. CONCLUSIONES	217
8. BIBLIOGRAFÍA	221
9. ANEXOS	237
ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA	237
ANEXO 2. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS.	238
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CALIDAD PERCIBIDA, DEL PROGRAMA EMCA.	239
ANEXO 4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE GPC	248
ANEXO 5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS RELACIONADOS CON EL MECV-V	249
ANEXO 6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS PARA SELECCIÓN DE INDICADORES.	250
ANEXO 7. INDICADORES DE PROCESOS	251
ANEXO 8. INDICADORES DE RESULTADOS	255
ANEXO 9. DOCUMENTO DE LOS CAMBIOS DE LA VC PARA PERSONAL DE LA UI.....	256

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES SEGÚN SU FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA (NINDS, 1990)	36
TABLA 2. ESCALA NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS).....	42
TABLA 3. ESCALA MODIFICADA DE RANKIN.....	44
TABLA 4. ESCALA CANADIENSE.....	45
TABLA 5. NIC Y NOC RELACIONADOS CON LA DISFAGIA EN EL PACIENTE CON ICTUS.	47
TABLA 6. PRINCIPALES CAUSAS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA.	55
TABLA 7. RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN MECV-V.....	62
TABLA 8. ALIMENTOS DE RIESGO EN LA DISFAGIA OROFARÍNGEA.	75
TABLA 9. DEFINICIONES DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	78
TABLA 10. CRITERIOS DE INDICADORES.	82
TABLA 11. ESQUEMA PARA LA CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS VC.....	88
TABLA 12. DIAGRAMA DE GANTT DE LA VÍA CLÍNICA.....	107
TABLA 13. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN. (SIGN).	115
TABLA 14. FORMATO DE FICHA DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES.....	118
TABLA 15. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO.	130
TABLA 16. MATRIZ DE LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA UNIDAD DE ICTUS ANTES DEL DISEÑO DE LA VÍA CLÍNICA.	139
TABLA 17. RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SELECCIONADAS.	143
TABLA 18. ARTÍCULOS PARA SELECCIONAR EL TEST A UTILIZAR EN LA DETECCIÓN DE LA DISFAGIA.....	146
TABLA 19. RESUMEN 1º REUNIÓN PRESENCIAL.	154
TABLA 20. RESUMEN DE LA 2º REUNIÓN PRESENCIAL.	154
TABLA 21. RESUMEN DE LA 3º REUNIÓN PRESENCIAL.	156
TABLA 22. MATRIZ FINAL DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE ICTUS.....	158
TABLA 23. INDICADORES MÁS UTILIZADOS DE LOS ARTÍCULOS INVESTIGADOS.....	171
TABLA 24. INDICADORES SELECCIONADOS.	174
TABLA 25. RESULTADOS DE KAPPA DE LOS INDICADORES DE PROCESO.....	180
TABLA 26. CÁLCULO DE INCUMPLIMIENTOS DE LOS INDICADORES.....	181

TABLA 27. RESULTADOS DE KAPPA DE LOS INDICADORES DE PROCESOS. 2º MEDICIÓN.	188
TABLA 28. CÁLCULO DE INCUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES.....	189
TABLA 29. MEJORA CONSEGUIDA.	191
TABLA 30. CUADRO COMPARATIVO DE LA 1º Y 2º EVALUACIÓN.....	192
TABLA 31. EQUIPARACIÓN DE PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO 2019 AL 2022.....	195
TABLA 32. INDICADORES DE CALIDAD PERCIBIDA DE NEUROLOGÍA, COMPARACIÓN DE AÑO 2019 Y 2022.....	200

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. ETAPAS DE LA DEGLUCIÓN.	49
FIGURA 2. ALGORITMO DE LA PRUEBA DEL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA DE VOLUMEN- VISCOSIDAD DEL DR. PERE CLAVÉ.	61
FIGURA 3. GUGGING SWALLOWING SCREEN.	65
FIGURA 4. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO GENERAL DEL PACIENTE CON ICTUS.	131
FIGURA 5. MAPEO DEL PROCESO GENERAL DEL PACIENTE CÓDIGO ICTUS.	133
FIGURA 6. MAPEO DE PROCESO DE LA UNIDAD DE ICTUS.	135
FIGURA 7. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA DETECCIÓN DE LA DISFAGIA EN LA UI.	136
FIGURA 8. REGISTRO DEL RESULTADO DE LA DISFAGIA EN LA ESCALA CANADIENSE.	137
FIGURA 9. FLOWCHART DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE LAS GPC.	141
FIGURA 10. FLOWCHART DEL PROCESO DE REVISIÓN PARA LA ELECCIÓN DEL TEST DE DETECCIÓN DE DISFAGIA.	145
FIGURA 11. FLUJOGRAMA DE DETECCIÓN DE LA DISFAGIA EN LA UI CON EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICO VOLUMEN-VISCOSIDAD.	161
FIGURA 12. HOJA DE VARIACIONES DE LA VÍA CLÍNICA.	162
FIGURA 13. HOJA INFORMATIVA SOBRE DISFAGIA TRAS UN ICTUS.	164
FIGURA 14. GUÍA PRÁCTICA DE LA DISFAGIA DESPUÉS DE UN ICTUS.	165
FIGURA 15. FLOWCHART DEL PROCESO DE REVISIÓN DE ARTÍCULOS Y VC PARA LA ELECCIÓN DE INDICADORES.	170
FIGURA 16. PRIORIZACIÓN Y SELECCIÓN DE INDICADORES.	175
FIGURA 17. DIAGRAMA DE PARETO.	182
FIGURA 18. VISUALIZACIÓN DE MATRIZ DE ACTIVIDADES DE LA VC.	183
FIGURA 19. DIAGRAMA DE PARETO. CURVA 80-20.	190
FIGURA 20. ANÁLISIS GRÁFICO: BARRAS COMPARATIVAS ANTES – DESPUÉS.	193
FIGURA 21. DIAGRAMA DE PARETO. ANTES – DESPUÉS.	194
FIGURA 22. CUESTIONARIO DE CALIDAD PERCIBIDA DE LA UNIDAD DE ICTUS DEL HCUVA.	196

ABREVIATURAS

AHA	American heart association
AIT	Accidente isquémico transitorio
ASA	American stroke association
CI	Cardiopatía isquémica
CIE	Clasificación internacional de enfermedad
CTFPHC	Canadian task force on preventive health care
DO	Disfagia orofaríngea
EAT-10	Eating Assessment Tool
ECV	Enfermedad (es) cardiovascular(es)
EEI	Esfínter esofágico inferior
EES	Esfínter esofágico superior
FEES	Fibroendoscopia de la deglución
FOCUS-PDCA	Ciclo de mejora continua
GPC	Guía de práctica clínica
HCUVA	Hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca
MECV-V	Método de exploración
NE	Nutrición enteral
NINDS	National institute of neurological disorders and stroke
OMS	Organización mundial de la salud
Pa.s.	Unidad física de viscosidad dinámica pascal segundo
mPa.s.	Unidad física de viscosidad en mili pascal segundo
SIGN	Scottish intercollegiate guidelines network
SMS	Servicio murciano de salud
SNG	Sonda nasogástrica
TOAST	Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment Subtype Classification
UI	Unidad de ictus
VC	Vía clínica
VFS	Videofluoroscopia
VO	Vía oral

RESUMEN

Introducción: las vías clínicas (VC), son herramientas que desarrollan actividades para evitar la aparición de problemas, se aplican a una clínica previsible, facilitan la atención multidisciplinar a los pacientes, donde describen actividades, secuencias y duración de cualquier proceso asistencial, interviniendo en la coordinación entre sanitarios. El ictus es un problema de salud de primer orden y su asistencia neurológica es urgente. Dicta la buena práctica que deben ser atendidas en unidades de ictus (UI) con monitorización continua y cuidados específicos. Uno de los síntomas que tiene gran importancia en el ictus es la disfagia, que afecta al paciente en múltiples niveles suponiendo la primera causa de aspiraciones y complicaciones respiratorias, siendo necesario realizar su identificación para dar tratamiento oportuno.

Objetivos: valorar la calidad de la atención a la disfagia, analizar los resultados de la implantación de una vía para mejorar su identificación y manejo, unificar criterios de actuación diaria de Enfermería, mapear los procesos de detección y tratamientos de la disfagia, definir los indicadores que sirvan para medir la calidad del proceso asistencial e identificar las oportunidades de mejora para los procesos de atención a la disfagia en los pacientes con ictus.

Material y métodos: este proyecto constituyó el diseño e implementación de una vía clínica. Incluyó un estudio observacional descriptivo de corte transversal para la validación de indicadores. Además, para su implantación y evaluación se desarrolló un diseño cuasi-experimental con metodología de ciclo de mejora. Se desarrolló en la unidad de ictus del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, con una muestra de 43 pacientes para las evaluaciones, y todo el tamaño muestral para indicadores de baja casuística. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en la UI en los meses de marzo-julio de 2021 para la 1º medición, y de enero a marzo 2022 para la 2º medición. El trabajo se desarrolló gracias al apoyo de un grupo de trabajo multidisciplinar.

Resultados: a través del proceso de elaboración de la VC se valoró la calidad de la atención a la disfagia en la UI. Se unificaron criterios de actuación en la práctica enfermera incluidos en la VC, la cual está compuesta por unos documentos como son la matriz final de actividades, flujograma de detección de

la disfagia, hoja de variaciones, hoja informativa para familiares/pacientes, y guía rápida sobre la disfagia tras un ictus. Para evaluar la implantación de la VC, se seleccionaron 7 indicadores, extraídos de una búsqueda de artículos, y se crearon 2 indicadores que se consideraban útiles para la evaluación, teniendo un total de 9 indicadores (proceso n=7 y de resultado n=2). Los resultados de 5 de los indicadores demostraron una fiabilidad perfecta, solo dos de ellos una fiabilidad moderada, el N° 3 “Registro del tipo de test utilizado en la detección de la disfagia” con un valor kappa de 0,47, y el indicador N° 6 “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG”, con un valor kappa de 0,50. Los tres indicadores con mayor incumplimiento de la 1ª medición fueron: el N° 3 “Registro de test utilizado para la detección de la disfagia” (IC 95% 0-10,90), N° 4 “Registro de complicaciones respiratorias” (IC 95% 3,60-24,30), y el indicador N° 1 “Realización del test de disfagia” (IC 95% 24,90-54,10). Las mejoras conseguidas de los 3 principales indicadores tras la implantación de la VC fueron: el N° 7 “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta” MR=100% y MA=38%, N°4 “Registro de complicaciones respiratorias” MR=94% MA=81%, y el N° 6 “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG” MR= 76% MA=38. El indicador que no mejoró, pero tampoco empeoró fue el N° 2 “Registro de los tipos de disfagia” ya que tuvo el mismo cumplimiento tanto en la primera como en la segunda medición.

Conclusiones: el diseño de la VC ha logrado unificar algunos criterios entre los profesionales para que los pacientes se beneficien de una atención multidisciplinar en la detección de la disfagia. La inclusión del MECV-V como test de detección de disfagia en la UI, permitirá que todas las unidades del hospital trabajen de manera homogénea con el mismo test. El mapeo de procesos, permite reconocer gráficamente la trayectoria de las funciones que desempeñan los sanitarios. Se han pilotado 9 indicadores factibles y fiables a la hora de medir la calidad de la atención de la disfagia en pacientes con ictus. Se corrigieron ITC a nutrición/endocrino, rehabilitación disfagia, e ITC a ORL, así como también protocolos de glucemia y electrocardiograma.

ABSTRACT

Introduction: clinical pathways (CPWs) are tools that develop activities to avoid the appearance of problems and are applied to a predictable clinic, facilitate multidisciplinary care for patients, where they describe activities, sequences and duration of any care process, intervening in coordination between health workers. Stroke is a health problem of the first order and its neurological assistance is urgent. Good practice dictates that should be treated in stroke units with continuous monitoring and specific care. One of the most important symptoms in stroke is dysphagia, which affects the patient on multiple levels, assuming the first cause of aspirations and respiratory complications, making it necessary to identify it in order to give timely treatment.

Objectives: to assess the quality of care for dysphagia, to analyze the results of the implementation of a pathway to improve its identification and management, unify criteria for daily nursing action, map the processes of detection and treatment of dysphagia, define indicators to measure the quality of the care process, and identify opportunities for improvement in the processes of dysphagia care in stroke patients.

Material and methods: this project constituted the design and implementation of a CPW. It included a cross-sectional descriptive observational study for the validation of indicators. In addition, for its implementation and evaluation, a quasi-experimental design was developed with an improvement cycle methodology. It was developed in the stroke unit of the Hospital Clinic Universitary Virgen of the Arrixaca, with a sample of 43 patients for evaluations, and the entire sample size for indicators of low casuistry. All patients admitted to the stroke unit between March-July 2021 were included for the 1st measurement, and from January to March 2022 for the 2nd measurement. The work was developed thanks to the support of a multidisciplinary working group.

Results: through the process of elaboration of the CPW, the quality of care for dysphagia in the stroke unit was assessed. Criteria for action in nursing practice included in the CPW were unified, which is composed of documents such as the final activity matrix, dysphagia detection flowchart, variation sheet, information sheet for relatives/patients, and quick guide on dysphagia after a stroke. To

evaluate the implementation of the CPW, 7 indicators were selected, extracted from a search of articles, and 2 indicators were created that were considered useful for the evaluation, having a total of 9 indicators (process n=7 and results n=2). The results of 5 of the indicators demonstrated perfect reliability, only two of them moderate reliability, No. 3 "Register of the type of test used in the detection of dysphagia" with a kappa value of 0.47, and indicator No. 6 "ITC to nutrition/endocrine in the patient with NGS", with a kappa value of 0.50. The three indicators with the highest non-compliance with the 1st measurement were: No. 3 "Register of the test used to detect dysphagia" (95% CI 0-10.90), No. 4 "Register of respiratory complications" (95% CI 3.60-24.30), and indicator No. 1 "Performance of the dysphagia test" (95% CI 24.90-54.10). The improvements achieved in the 3 main indicators after CPW implantation were: No. 7 "ITC to RHB dysphagia in the patient with dysphagia at discharge" MR=100% and MA=38%, No. 4 "Register of respiratory complications" MR=94% MA=81%, and No. 6 "ITC to nutrition/endocrine in the patient with SNG" MR=76% MA=38. The indicator that did not improve, but did not worsen either, was No. 2 "Register of types of dysphagia" since it had the same compliance both in the first and in the second measurement.

Conclusions: the design of the CPW has managed to unify some criteria among professionals so that patients benefit from multidisciplinary care in the detection of dysphagia. The inclusion of the volumen viscosity swallow test as a dysphagia detection test in the stroke unit will allow all hospital units to work homogeneously with the same test. Process mapping allows the trajectory of the functions carried out by the healthcare workers to be recognized graphically. Nine feasible and reliable indicators have been piloted when measuring the quality of care for dysphagia in patients with stroke. Interconsultations to nutrition/endocrine, dysphagia rehabilitation, and interconsultations to Otorhinolaryngology, glycemia and electrocardiogram protocols were corrected.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ICTUS

Las Enfermedades cerebrovasculares (ECV) son alteraciones que se producen en el encéfalo como consecuencia de un fallo de la circulación cerebral. Su manifestación aguda se conoce como ictus(1). Esta patología neurológica tiene alta prevalencia, siendo una de las principales razones a nivel mundial de mortalidad y discapacidad física en adultos(2). Cuanto más grave sea el compromiso vascular, provocado por el ictus, más complicada será la recuperación del paciente(3). Las secuelas de un ictus dependerán de las modificaciones transitorias o permanentes de las funciones de las distintas partes del encéfalo(4).

El ictus, aun siendo una enfermedad grave, sus síntomas son potencialmente reversibles. Para que esto se cumpla es necesario acortar el tiempo de atención sanitaria en el periodo agudo, primordial para poder suministrar el tratamiento agudo que disminuirá la morbimortalidad y las secuelas(5).

1.1.1 Clasificación del ictus

Los ictus se dividen en varios subtipos, según clasificaciones clínicas, topográficas, patogénicas, diagnósticas y pronósticas(1). Existen diversas tipologías según la causa de la lesión de la circulación cerebral(4). El ictus isquémico, se produce por oclusión de un vaso y una ausencia de circulación sanguínea en un territorio concreto del parénquima cerebral, y, el ictus hemorrágico se origina por la ruptura de un vaso sanguíneo encefálico, provocando la extravasación de sangre a una zona del parénquima cerebral. El ictus isquémico ocurre en el 85% de los casos, y el hemorrágico en un 15%(4).

En 1990 el "National Institute of neurological Disorders and Stroke (NINDS) de Estados Unidos de América, después de dos ediciones previas procedió a

exponer las múltiples clasificaciones del ictus según su manifestación clínica, sus tipos patogénicos y sus lesiones anatomopatológicas (**Tabla 1**).

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares según su forma de presentación clínica (NINDS, 1990)

- A. Asintomática
- B. Disfunción cerebral focal
 - **Ictus:**
 - a) **Perfil temporal:**
 - Mejoría
 - Progresión
 - Ictus estable
 - b) **Tipos de ictus:**
 - Hemorragia cerebral

 - Hemorragia subaracnoidea

 - Hemorragia intracraneal asociada a malformación arteriovenosa

 - Infarto cerebral:
 - 1. Mecanismos: trombótico, embólico, hemodinámico.
 - 2. **Categorías clínicas:** aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, otros.
 - 3. **Localización:** arteria carótida interna, arteria cerebral media, arteria cerebral anterior, sistema vertebrobasilar (arteria vertebral, arteria basilar, arteria cerebral posterior).

Fuente: National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of Cerebrovascular Diseases III. Stroke 1990; 21: 637-76.

Esta clasificación de las ECV, a través del tiempo se han ido modificando o mejorando(1), actualmente la clasificación TOAST (del inglés: Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment), es la que se emplea frecuentemente en la práctica clínica. Fue impulsada en 1993, por Adams et al(6); pudiendo distinguir 5 tipos de ictus etiopatogénicos que precisarán distintas pautas en cuanto al tratamiento:

1.1.1.1. Aterosclerosis de arterias grandes:

Se produce cuando existe estenosis significativa ($\geq 50\%$), de una arteria cerebral principal o rama de la arteria cortical, presumiblemente debido a la aterosclerosis, o una historia previa de claudicación intermitente, o ataques isquémicos transitorios (AIT) en el mismo territorio vascular, un soplo carotídeo o pulsos disminuidos, ayudan a respaldar el diagnóstico clínico(6).

1.1.1.2. Cardioembólico:

Se produce por un embolo originado en el corazón. Produciendo un infarto de cualquier tamaño, con imagen cortical embolígena(7). Las fuentes cardíacas se dividen en grupos de riesgo medio y alto. Las fuentes de alto riesgo contemplan; válvula protésica mecánica, estenosis mitral con fibrilación auricular, fibrilación auricular (aparte de la fibrilación auricular aislada), trombo auricular izquierdo/apéndice auricular, síndrome del seno enfermo, infarto de miocardio reciente (<4 semanas), trombo ventricular izquierdo, miocardiopatía dilatada, segmento ventricular izquierdo acinético, mixoma auricular, endocarditis infecciosa, mientras que las fuentes de riesgo medio son; prolapso de la válvula mitral, calcificación del anillo mitral, estenosis mitral sin fibrilación auricular, turbulencia auricular izquierda, aneurisma del tabique interauricular, foramen oval permeable, aleteo auricular, fibrilación auricular solitaria, válvula cardíaca bioprotésica, endocarditis trombótica no bacteriana, insuficiencia cardíaca congestiva, segmento ventricular izquierdo hipocinético, infarto de miocardio (>4 semanas, <6 meses)(6).

1.1.1.3. Oclusión de arterias pequeñas (Lacunar):

Proviene de la oclusión de una arteria pequeña, en la zona de la arteria perforante cerebral con un tamaño menor a 15mm. Los pacientes deben tener una de las manifestaciones lacunares tradicionales y no tener evidencia de disfunción cortical, como síndrome motor, sensitivo aislado, sensitivo-motor, ataxia-hemiparesia o disartria mano torpe. Una historia de diabetes mellitus o hipertensión, apoya el diagnóstico clínico(1,6,7).

1.1.1.4. Ictus de causa inusual:

Dentro de esta categoría, se incluyen los ictus con origen infrecuentes, como pueden ser las vasculopatías no arterioscleróticas, estados de hipercoagulabilidad o enfermedades hematológicas u otros trastornos(6).

1.1.1.5. Ictus de causa indeterminada:

En algunos pacientes no es posible determinar la etiología del ictus, a pesar de una evaluación extensa. En esta categoría también se incluyen pacientes con dos o más posibles causas de accidente cerebrovascular, sin que el médico pueda hacer un diagnóstico final y aquellos en los que el estudio han sido insuficiente(4,6).

1.2. UNIDADES DE ICTUS (UI)

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el European Stroke Council, elaboraron la “Declaración de Helsinborg”, señalando como objetivos para el 2005 en Europa, el acceso a la atención en unidades especializadas de ictus a todos los pacientes que han sufrido ictus, garantizando una rápida y sencilla evaluación para aplicar los tratamientos especializados, siendo el neurólogo el especialista para atender estas enfermedades(8).

El 19 de febrero del año 2000, la Sociedad Española de Neurología (SEN) y las asociaciones de enfermos neurológicos, firman el llamado *“Manifiesto de Madrid”*, donde se reclamaba claramente *el derecho de todos los ciudadanos a ser atendidos cuando sea necesario por un experto con especial competencia en las diversas patologías neurológicas, tener acceso a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más actuales, y poder ser atendidos en unidades interdisciplinarias específicas donde puedan obtener toda la ayuda necesaria para su problema de salud, con garantías de que ésta sea de la mejor calidad posible*(8).

La asistencia sanitaria en el ictus agudo, en la actualidad se realiza de manera organizada, englobando un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, auxiliares de Enfermería y celadores) de los servicios de urgencias extrahospitalarias e intrahospitalarias con los neurólogos, para garantizar la atención rápida y eficaz que se quiere conseguir(9).

A lo largo de los últimos años, se han podido apreciar los avances, con respecto a las enfermedades neurovasculares, logrando la modificación de la enfermedad, con progresos destacados como son: la atención neurológica especializada urgente, el manejo del paciente en UI y tratamiento trombolítico o fibrinólisis(8) y en la prevención secundaria (fármacos antitrombóticos, antihipertensivos, antilipemiantes) (10).

Según el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV) de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la UI “es una estructura geográficamente delimitada para el cuidado de los pacientes con ictus, que tiene personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por un neurólogo, con servicios diagnóstico disponibles las 24 horas del día y con protocolos establecidos para el manejo de los pacientes, basados en evidencia científica”(8).

Las UI no suelen ser diferentes de otras unidades hospitalarias, pero sí el personal que trabaja dentro de ellas, ya que son sanitarios con experiencia y conocimientos específicos en la atención aguda a pacientes con ECV. Estas unidades dependen directamente del servicio de neurología(11). Hay unos criterios de ingreso en la UI, que son la de optimizar estrategias diagnósticas urgentes para reducir el tiempo de atención, otorgar tratamiento específico dependiendo del tipo, etiología, localización y tamaño del ictus e iniciar la prevención secundaria(12). Para que su actividad sea la adecuada, la UI debe contar con unos requerimientos básicos que a continuación se detallan(11):

- Número de camas suficientes según población atendida.
- Establecer un coordinador, que será el neurólogo.
- Protocolos de atención multidisciplinarios (cirugía vascular, neuroradiología, cardiología, rehabilitación (RHB)).
- Neurólogo de guardia, con disposición presencial.
- Protocolos diagnósticos-terapéuticos.
- Control y vigilancia multiparamétrica no invasiva (ECG, oximetría, tensión arterial).

- Grupo de Enfermería experto en ECV, con funciones e instrucciones propias.
- Laboratorio de ultrasonología con estudio neurovascular.

Cuando un paciente con ictus agudo, se le ingresa en una UI, para su atención asistencial, la letalidad disminuye en 17% y la mortalidad o dependencia funcional un 25%, por lo que esta relación de beneficio del ingreso del paciente en la UI, lleva a los Sistemas de Salud, a desarrollar planes asistenciales, para alcanzar la atención precoz, con una vigilancia y cuidado neurológico especializado, contribuyendo a reducir el impacto que ocasiona en los servicios sanitarios y sociales(13).

En España, la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud y fundamentalmente los programas que se preparan en el ámbito regional sanitario de las comunidades autónomas, instauran los procedimientos y técnicas indicados, para el manejo en la UI sustentadas por la sociedad científica(11). Estos cuidados y métodos multidisciplinarios favorecen la disminución de la mortalidad, secuelas y estancia hospitalarias(9,14,15). Por tanto, el pronóstico de estos individuos mejorará considerablemente, al ser ingresado en estas unidades(11), independientemente de la edad, sexo, subtipo etiológico y riesgo del ictus(16).

1.2.1. Epidemiología del Ictus

El ictus es una de las principales causas de muerte en el mundo, además de ser la principal causa de discapacidad y gasto económico(1,17,18), repercutiendo a nivel familiar, profesional, laboral, social y sanitario(1), llegando a representar en ciertos países el 3-4% del cálculo sanitario(5,19). Conocer la fisiopatología ha llevado a avances en el campo diagnóstico/terapéutico, que han hecho que la ECV se convierta en una emergencia neurológica(20). El tratamiento precoz del ictus puede revertir los síntomas.

En 2016, las ECV repercutieron de forma directa en aproximadamente 5,5 millones de muertes y de 116,4 millones de años de calidad de vida, incidiendo además en el efecto negativo que produce en la economía(21). Según los datos del mapa de mortalidad del año 2020 en España por ECV, con respecto a hombres asciende a 11.211 y mujeres a 14.517 muertes(22).

Actualmente, en España cada año mueren alrededor de 27 mil personas por esta enfermedad. Se tiene la previsión de que el número de defunciones aumente en un 39% antes del 2035, debido fundamentalmente al aumento de la incidencia, unido al progresivo envejecimiento de la población(23). La incidencia del ictus en España, es de 187,4 casos por cada 100.000 habitantes(23,24), este ratio se incrementará en un 35% entre el 2015-2035, por el aumento de la esperanza de vida(23).

1.2.2. Asistencia Actual del Ictus Agudo

En la historia de la medicina, se han descrito diferentes designaciones para referirse al ictus agudo en su proceso clínico-patológico, muchos de estos conceptos se asociaban a un posible mal pronóstico e imposibilidad de recuperación(1). A día de hoy, se conoce que el ictus puede ser tratado, llegando a disminuir considerablemente secuelas en estos pacientes(4), siempre que el flujo sanguíneo sea restaurado precozmente(18).

El “Código Ictus”, constituye la precoz identificación, recepción y transferencia de pacientes con ictus agudo, a su hospital de referencia(18). La implantación del “Código Ictus”, ha tenido una consecuencia positiva en la reducción significativa del tiempo de la atención intrahospitalaria. Algunas guías como la AHA y ASA, definen estos tiempos reducidos como un indicador, para monitorizar la calidad(5,18).

1.2.3. Escalas para valoración del ictus:

1.2.3.1. National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Para realizar la valoración del paciente con ictus, de una forma estandarizada, se usa la escala de NIHSS (**Tabla 2**) (25). Esta escala, establece una valoración reproducible y certificada. Consiste en transformar datos clínicos en numéricos por medio de ítems, válida para evaluar la gravedad del accidente cerebrovascular(26).

Tabla 2. Escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS).

ITEMS		Puntuación
1.a.NIVEL DE CONCIENCIA	Alerta	0
	Somnoliento	1
	Estuporoso	2
	Coma	3
1.b. PREGUNTAS LOC (mes y edad)	Responde ambas correctamente	0
	Responde una correctamente	1
	Incorrecto	2
1.c. ÓRDENES LOC (abrir/cerrar ojos y puño)	Realiza ambas correctamente	0
	Realiza una correctamente	1
	Incorrecto	2
2.MIRADA	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1
	Desviación oculocefálica	2
3.CAMPOS VISUALES	Sin déficit campimétricos	0
	Hemianopsia parcial	1
	Hemianopsia completa	2
	Hemianopsia bilateral	3
4.PARÁLISIS FACIAL	Movimientos normales y simétricos	0
	Paresia ligera	1
	Parálisis parcial	2
	Parálisis completa	3
5.a.BRAZO IZQUIERDO	No claudica BMS	0
	Claudica BM4	1
	Algún esfuerzo contra gravedad BM3	2
	Sin esfuerzo contra gravedad BM1-2	3
	Ningún movimiento BM0	4
5.b. BRAZO DERECHO	No claudica BM5	0
	Claudica BM4	1
	Algún esfuerzo contra gravedad BM3	2
	Sin esfuerzo contra gravedad BM1-2	3
	Ningún movimiento BM0	4
6.a.PIERNA IZQUIERDA	No claudica BM5	0
	Claudica BM4	1
	Algún esfuerzo contra gravedad BM3	2
	Sin esfuerzo contra gravedad BM1-2	3
	Ningún movimiento BM0	4
6.b. PIERNA DERECHA	No claudica BM5	0
	Claudica BM4	1
	Algún esfuerzo contra gravedad BM3	2
	Sin esfuerzo contra gravedad BM1-2	3
	Ningún movimiento BM0	4

7. ATAXIA DE MIEMBROS	Ausente	0
	Presente en una extremidad	1
	Presente en dos extremidades	2
8. SENSIBILIDAD	Normal	0
	Hipoestesia ligera a moderada	1
	Hipoestesia severa o anestesia	2
9. LENGUAJE	Sin afasia	0
	Afasia severa a moderada	1
	Afasia severa, Broca, Wernicke	2
	Afasia global o mutismo	3
10. DISARTRIA	Articulación normal	0
	Ligera o moderada	1
	Severa o anartria	2
11. EXTINCIÓN	Sin anormalidad	0
	Parcial (sólo una modalidad)	1
	Completa (más de una modalidad)	2

Esta escala ha sido validada para que sea utilizada por neurólogos, otras especialidades y enfermeras. Solo requiere un entrenamiento para poder aplicar este instrumento con precisión a los pacientes. La escala es una medida cuantitativa de disfunción, que se puede emplear en un margen de 10 minutos. Se utiliza en la medición preparatoria para la ponderación de la gravedad. Está organizada en una escala del 0 al 42, donde 0 significa sin déficit y 42 la posición de mayor gravedad. Se ejecuta por medio de 11 ítems, que valoran la conciencia, orientación, los campos visuales, la mirada, el lenguaje tanto fluencia como comprensión, el habla, la simetría facial, la sensibilidad, la extinción cortical, la fuerza muscular y la ataxia de las extremidades(25).

La disfagia no se aprecia circunscrita dentro de la escala NIHSS, sin embargo, la presencia de la parálisis facial y alteración del lenguaje, que si están recogidos en la escala, anuncian la posible presencia de este trastorno(27).

1.2.3.2. Escala Rankin Modificada

Esta escala es útil para la medición de la invalidez funcional, que se produce después de un ictus. La puntuación clasifica entre 0 y 6 puntos. Siendo 0 el paciente asintomático y 6 el fallecimiento (**Tabla 3**) (3); los niveles 2-5 pertenecen a individuos con capacidad una incapacidad leve, moderada, moderada severa, y severa con pérdida de autonomía total. Los últimos grados pueden estar sesgados a la hora de clasificar por la subjetividad de la persona

que evalúa la escala y las actividades que el paciente realizaba con anterioridad al ictus(7).

Tabla 3. Escala Modificada de Rankin

PUNTUACIÓN	GRADO DE INCAPACIDAD
0	Sin síntomas, ni limitaciones
1	No discapacidad significativa; el paciente presenta algunos síntomas, pero sin limitaciones para realizar sus actividades habituales y su trabajo.
2	Discapacidad leve; alguna limitación en el estilo de vida, pero independiente en las ABVD
3	Discapacidad moderada; limitación importante en el estilo de vida o necesidad de alguna ayuda.
4	Discapacidad moderada-severa; dependiente, el paciente necesita asistencia para las ABVD, pero no requiere atención de forma continua.
5	Discapacidad severa; dependencia completa, el paciente necesita cuidados, durante día y noche.
6	Muerte

1.2.3.3. Escala Canadiense:

Esta escala una de las más clásica para valorar la capacidad funcional del paciente que ha sufrido un ictus, los cuales no se encuentren en estado de estupor o en coma. Su administración se realiza de manera fácil y rápida, sirviendo para ir monitorizando el inicio su progreso o evolución del paciente en las primeras fases del ictus. Esta escala suele aplicarla el equipo de Enfermería en las UI, incluyéndose en sus protocolos de atención. En sus ítems para valorar al paciente engloba aspectos cognitivos (consciencia, lenguaje y orientación). Además, puede ser utilizada como escala funcional ya que permite valorar actividades de la vida diaria (AVD), que pueden verse perjudicadas. Su puntuación máxima es de 10 puntos, y la máxima de incapacidad neurológica es de 1,5 puntos, la disminución de 1 punto indica alteración neurológica del paciente (28). (**Tabla 4**).

Tabla 4. Escala Canadiense.

ESTADO MENTAL		
Nivel de conciencia	Alerta	3
	Somnoliento	1,5
Orientación	Orientado	1
	Desorientado	0
Habla	Normal	1
	Déficit expresivo	0,5
	Déficit comprensión	0
FUNCIÓN MOTORA		
1. SIN DEFICIT DE COMPRESIÓN (DEBILIDAD)		
Cara	Ninguno	0,5
	Presente	0
Brazo proximal	Ninguno	1,5
	Leve	1
	Significativo	0,5
	Total	0
Brazo distal	Ninguno	1,5
	Leve	1
	Significativo	0,5
	Total	0
Pierna	Ninguno	1,5
	Leve	1
	Significativo	0,5
	Total	0
2. CON DEFICIT DE COMPRESIÓN (RESPUESTAS MOTORAS)		
Cara	Simétrica	0,5
	Asimétrica	0
Brazos	Igual	1,5
	Desigual	0
Piernas	Igual	1,5
	Desigual	0
Puntuación Total		

1.2.4. Ictus y cuidados de Enfermería

El abordaje del proceso asistencial del ictus, demanda diversos enfoques multidisciplinares, desde la perspectiva de la enfermedad. El equipo de Enfermería, son los profesionales líderes en el cuidado dentro del equipo multidisciplinar(5). La actuación de las enfermeras es de vital importancia, por ser quienes hacen visible algunos síntomas, que permiten al equipo multidisciplinar actuar para minimizar al máximo las secuelas que esta enfermedad pueden ocasionar(1).

Cuando una persona sufre un ictus agudo, provoca una brecha que quiebra la continuidad vital del paciente. El desempeño y las funciones de la Enfermería, se enfoca mediante su valoración en descubrir sus necesidades, el estilo de vida, sus prácticas diarias, las cuales se han alterado; y evaluar las actitudes y recursos con que cuentan los pacientes, planteando planes de salud adaptativa, para dar continuidad, normalidad, mayor seguridad y calidad en el desempeño de actividades de su vida(29).

Las UI deben contar con enfermeras especializadas en la atención al paciente con ictus. Sus cuidados se centran en el posicionamiento y manejo del paciente, a través de la evaluación de la presión arterial, control neurológico con escalas validadas, evaluación de balances hídricos, control de deposiciones, temperatura corporal, glucemia(30), además de atender la manipulación de catéteres, atención a la disfagia(14) y desarrollo de técnicas rutinarias(29). Según la European Stroke Organization, recomienda 1,5 enfermeras por cada 24 horas de cuidados, requiriendo de 6 enfermeras equivalentes a tiempo completo en el equipo para 4 camas monitorizadas(14,30).

Los objetivos de Enfermería en el paciente con ictus, son detectar cualquier señal de alteración del desequilibrio funcional, utilizando los protocolos implantados, a través de intervenciones como estudios diagnósticos, cribajes, pruebas de laboratorio y terapias administración de fármacos entre otros(31). La participación del equipo de Enfermería en la asistencia y cuidados a pacientes con ictus, es importante en todas y cada una de las etapas de la enfermedad, desde la prevención primaria hasta la finalización del proceso clínico(32).

Tras evaluar al paciente, se diseña el plan de cuidados. Se llevarán a cabo todas las intervenciones enfermeras, como parte del criterio clínico profesional(33). La American Nurses Association (ANA), Asociación estadounidense de enfermeras, reconoce y apoya el uso de ciertas terminologías estandarizadas de Enfermería para guiar y documentar la atención profesional. Los tres lenguajes más destacados por su uso y de los que existe mayor evidencia en la actualidad son: NANDA Internacional (NANDA-I) Nursing Diagnoses Classification(34), Nursing Outcomes Classification (NOC)(35), y Nursing Interventions Classification

1.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

1.3.1. ETAPAS DE LA DEGLUCIÓN

En la deglución se han descrito diferentes etapas (**Figura 1**):

1.3.1.1. Etapas de preparación oral

Su tiempo es cambiante y voluntario. Se organiza el bolo alimenticio. Con el proceso de masticar, el bolo se mezcla con la saliva. Esta facilita la formación y el transporte del bolo, y requiere de la participación de múltiples estructuras (lengua y dientes), destinadas a la transformación del bolo (masticación)(37,38).

1.3.1.2. Etapa propulsora oral

Su duración es rápida, solo tarda un segundo y es de control voluntario. En esta etapa, se eleva la lengua para que el bolo sea propulsado hacia la parte posterior(37). Esta fase culmina cuando el bolo alimenticio entra en la orofaringe, que es cuando la porción del revés de la lengua reanuda el cierre del sello glosopalatino, evitando la salida retrógrada del bolo hacia la cavidad oral(38).

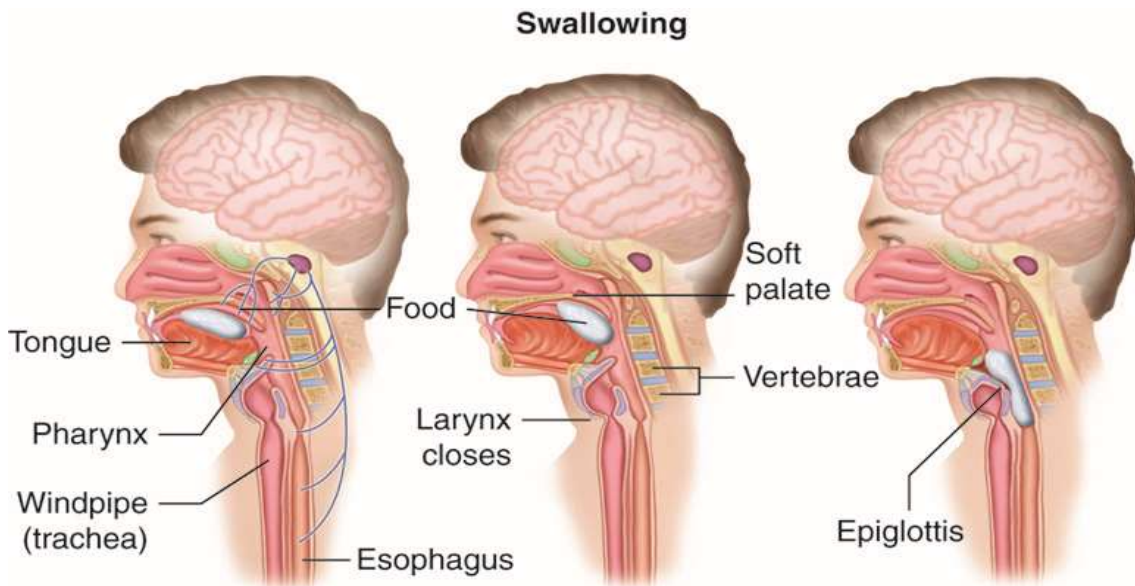
1.3.1.3. Fase faríngea:

No tiene voluntad propia, tarda hasta un segundo, dado que se origina una cadena de cambios: elevación del velo palatino (cierre de la rinofaringe), se abre el esfínter esofágico superior (EES), se cierra la glotis y se eleva la laringe, impulsando la lengua y contrayendo la faringe. Todos los movimientos, han de estar totalmente sistematizados para dirigir el bolo alimenticio a partir de la boca hasta el esófago superior, pasando por la faringe y evitando su desviación hacia las fosas nasales o la vía aérea(37).

1.3.1.4. Etapa esofágica:

Tiene una duración de 6 y 8 segundos, es involuntaria, por consiguiente, la contracción peristálticas y la apertura del esfínter esofágico inferior (EEI) desbloquean la llegada del alimento al estómago(37).

Figura 1. Etapas de la deglución.



Bolus position during deglutition. This work by Cenveo is licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 United States.

https://oli.cmu.edu/repository/webcontent/546043760a0001dc3944c35ab2db3f8f/u8_digestion/webcontent/D_M3_25.jpg

1.3.2. Control Neurológico de la Deglución

El mecanismo reflejo de la deglución, es un acto motor, como resultado de la participación de los diversos grados del control neural, que va desde el córtex del cerebro al bulbo raquídeo, allí se encuentra establecido el control de la contracción de varios músculos estriados que cooperan en este proceso.

Dichos músculos realizan los movimientos de contracción o inhibición de manera sucesiva, así consigue avanzar el bolo alimentario, con la participación de varios nervios craneales, el trigémino (NC V), facial (NC VII), glossofaríngeo (NC IX), vago o neumogástrico (NC XII), que son los responsables de facilitar la recogida

de la sensibilidad a través de receptores sensoriales y motores al paso de los alimentos y las maniobras ligadas a la porción respiratoria superior(38).

En un paciente con daño neurológico, la alteración de cualquiera de las fases de la deglución puede estar presente, por ello se precisa de un cribado adecuado para diagnosticar la dificultad de tragar, en la etapa correcta(39).

La deglución refleja se desencadena por varios estímulos, a través de la información periférica (deglución involuntaria), mediante las siguientes vías:

- **Vías aferentes:** el nervio glossofaríngeo (IX), es el que envía señales a el paladar, orofaringe, base de lengua y cara lingual de la epiglotis, con la función de facilitar la acción de la deglución. Por otra parte, el nervio laríngeo (X), se encarga de la cara laríngea de la epiglotis, supraglotis y glotis. Es exclusiva para que comience la deglución. Encargado del reflejo de salvaguardar las vías respiratorias superiores frente a la aspiración, mediante el reflejo de la tos. Los avisos que se derivan de las ramas lingual y mandibular del trigémino para inervar a los labios, cavidad oral y lengua, expresan los mensajes acerca de la textura y volumen de la comida a ingerir(40).
- **Vías eferentes:** la parte motora del nervio trigémino (V), nervio facial (VII), núcleo ambiguo del IX, X y XI par craneal, y del nervio hipogloso (XII), tienen la misión de dirigir las funciones para que actúen los músculos de la mandíbula, facial, palatina, laríngea y lingual, que intervienen en la deglución. El bulbo raquídeo tiene un entramado de interneurona que vinculan diversos núcleos motores y ajustan la acción motora. El significado del proyecto vertebral de la acción de deglutir, se produce del mismo modo, sin intervención de la parte sensitiva, no obstante, esta conducción hace que se adapte al bolo alimenticio(40).

La deglución voluntaria se consigue por las funciones de las áreas de la corteza cerebral, localizada en el fragmento inferior de la corteza frontal ascendente, y

se proyecta a través de los filamentos interneuronales pertenecientes al bulbo raquídeo(40).

1.4. DISFAGIA

El término disfagia proviene de dos palabras griegas, *dys* (dificultad) y *phagia* (comer)(41,42). En general se define como “dificultad para comer”. En el ámbito asistencial, el concepto de disfagia se maneja para explicar ciertos tipos de trastornos o compromiso en la deglución, pudiendo suceder en sus diferentes etapas (oral, faríngea, esofágica)(42–44).

La disfagia puede ser objetiva o subjetiva. Es “objetiva”, porque se justifica a través de estudio de imagen o dinámicas, que demuestran una demora o impedimento en el recorrido de los alimentos hacia el estómago. Y es disfagia “subjetiva”, si el paciente manifiesta una sensación de tener algo que le dificulta el progreso alimenticio en algunas de las etapas de la deglución. En este caso, no existe la confirmación por medio de las pruebas diagnóstica del retraso en el tiempo de deglución; este tipo de disfagia es común en pacientes con dificultad para tragar de tipo funcional, con cierto grado de variación neurológica y sensorial(42).

1.4.1 Disfagia Orofaríngea

La DO es una manifestación que se refiere al compromiso o incomodidad para formar y/o desplazar el bolo de la boca al esófago(44). Este tipo de disfagia produce una morbilidad común después de una ECV(45), en donde los individuos identifican complicaciones para la preparación del alimento, incluyendo el manejo sobretodo de los líquidos. Por otra parte, es posible que surjan señales como la rumiación por la nariz, tos y cambios en el habla(46).

Estos síntomas engloban dos concepciones significativas: la **penetración** laríngea, que representa el paso de los alimentos para llegar al vestíbulo de la laringe, por arriba de las cuerdas vocales, y la **aspiración** definida por el ingreso

del bolo en la laringe, por debajo de las cuerdas vocales. La aspiración suele ser de dos tipos: clínica o silente (asintomática), dependiendo de la sensibilidad de la laringe, reflejo de la tos y elementos de limpieza que posee la tráquea(41).

La DO es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), reconocida con los siguientes códigos 438.82 en el CIE-9 y I69.391 en el CIE-10, aunque sigue siendo un área de investigación desatendida a pesar de alto impacto en el pronóstico(45).

1.4.2. Epidemiología de la disfagia orofaríngea relacionada con el ictus

La DO es un síntoma frecuente que aparece como secuela de la ECV(39,47). En 1898, fue descrita por primera vez como una variación al paso de los alimentos de la boca a la faringe relacionada al ictus(42). Casi en la mitad de los pacientes que tienen disfagia, se observa cómo se produce un aumento de la morbimortalidad, ya sea por su fallecimiento, o por complicaciones tales como desnutrición, alteraciones hidroelectrolítica y neumonía por aspiración. Por esta razón, tenemos como resultado el incremento de los días de hospitalización y hasta reingresos(39).

Los pacientes con ictus isquémico o hemorrágico, poseen tres veces más probabilidad de desarrollar infección en los pulmones debido a la aspiración(30). Cerca del 40% de pacientes con ictus y disfagia, se recuperan de manera natural y el resto continúan con una pérdida de la capacidad de deglución afectando su actividad, recuperación y calidad de vida. Diagnosticar y tratar la disfagia, es lógicamente, una inaplazable gestión que tienen por misión los sanitarios encargados de la atención de estos individuos(39).

La identificación de la disfagia orofaríngea en personas que han sufrido lesiones neurológicas, pueden aparecer en todas las etapas de su proceso fisiopatológico, y se detectan por técnicas clínicas e instrumentales, dependiendo de su ubicación, momento, lesión y la selección de los métodos de evaluación(48).

La prevalencia de la disfagia neurógena causada por un ictus es muy variable, con un rango entre 19 al 63%. Esta variación se produce según el país, la metodología del estudio, técnicas de medición(45,49), protocolos de cada institución, localización y severidad del ictus(42). Por lo que es difícil encontrar un valor constante. Por lo tanto, es complejo emitir un juicio acerca de una alta o baja prevalencia de la enfermedad(49); sin embargo, existe consenso de que es un síntoma frecuente del ictus(47,49,50), por lo que su gestión es de vital importancia(51). Otras secuelas frecuentes que genera el ictus son la afasia y la disartria. Pese a ello, frecuentemente, la disfagia y estas secuelas asociadas se estudian aislados, olvidando la concomitancia e interacción que puede existir entre las diversas secuelas del ictus(49).

Las cifras epidemiológicas, varían según la metodología que se utiliza para detectar la disfagia, por lo que suelen oscilar en una proporción entre 37-45%, cuando se usan los cuestionarios para cribados. Un 51-55% al emplear métodos clínicos, llegando a aumentar inclusive al 78%, al utilizar métodos con pruebas instrumentales, que resultan ser más exclusivos y viables para diagnosticarla. Conjuntamente, el lapso que pasa al sufrir el ictus y la valoración de la disfagia, en relación a factores importantes asociados tales como los tipos, localización y la gravedad del ictus, suelen condicionar los datos variados encontrados en la prevalencia de la DO(42).

De tal manera, pacientes con ictus hemorrágico, podrían presentar un mayor porcentaje de disfagia, comparándolo con el ictus isquémico(42). En un estudio que se realizó con 105 pacientes con ictus, la mayor prevalencia se produjo en lesiones de tronco en comparación con lesiones de hemisferio(39). Dentro de la afectación de tronco las lesiones bilaterales son más prevalentes(42).

La disfagia mejora significativamente durante los primeros días tras el ictus, el 90% de los pacientes pueden deglutir con seguridad después de las dos primeras semanas. Sin embargo, si la deglución no muestra signos de recuperación en los primeros 10 días después de la ECV, la recuperación de la deglución segura se puede demorar de dos a tres meses(52). Aproximadamente el 50% de las aspiraciones que se manifiestan en las personas con ECV, suelen

ser silentes, esto supone un riesgo, que va unido a un incremento en la morbimortalidad(42).

La ECV afecta la deglución en múltiples niveles, ya que existe un entorpecimiento de su recorrido y la mejoría está sujeta a la restitución de las funciones del área cortical. Con una sociedad que envejece, la incidencia y prevalencia de disfagia está aumentando. La deglución después del ictus es variable, por lo tanto, es necesario realizar una revisión y una conciencia constante para garantizar que cuando existen problemas se detecten(10).

1.4.3. Fisiopatología de la disfagia relacionada con el ictus

La disfagia no se percibe como una dolencia, sino como la manifestación o indicios producida por otras patologías(38), comúnmente ocurre en asociación con la ECV, contribuyendo al incremento del riesgo de aspiración y neumonía(53), siendo uno de los problemas más comunes después de un ictus(54,55). Cabe destacar, que, en la DO se contemplan dos posibilidades etiológicas; patologías que se originan como consecuencia de la alteración en la fisiología de algún órgano o dificultad para tragar, porque exista una estrechez en cualquier lugar de la estructura digestiva que entorpezca el paso del bolo (disfagia estructural); y las que tienen el origen en los problemas neurológicos o neuromusculares. Estos últimos son el grupo más numerosos (80%) y se suele registrar como disfagia neurógena (**Tabla 6**), el cual es el tipo de disfagia que nos compete en este estudio(56). En general, los pacientes con disfagia neurógena, son de origen vascular un 87% y 91,5%(38). El número de casos de disfagia, ocurridos cuando padecen la ECV, varía oscilando entre el 30%(57) y 65%,(54) derivado de la localización de la lesión, disminuyendo en torno a un 12% a las 12 semanas después de producirse el ictus(38).

Tabla 6. Principales causas de Disfagia Orofaríngea.

DISFAGIA OROFARÍNGEA	Funcionales	Neurógena	<i>Ictus</i> , tumores cerebrales, ELA, esclerosis múltiple, parálisis pseudobulbar, secuelas de poliomielitis, Guillain-Barré, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, demencia, discinesia tardía, traumatismo craneal, parálisis cerebral, encefalopatías metabólicas.
		Musculares	Miopatía, polimiositis, distrofia óculo-faríngea, sarcoidosis.
	Estructurales		Divertículo de Zenker, espondilitis cervical, osteofitos vertebrales, membranas y anillo faríngeos y esofágicos proximales, tumores orofaríngeos, cambios postquirúrgicos o postradiación.

El ictus es una enfermedad que origina alteraciones en la acción de deglutir de manera frecuente, por lo que origina la disfagia neurógena por el daño cerebral adquirido(37). Aunque exista poca evidencia disponible, concurren ciertas dificultades para cuantificar las disminuciones de infecciones en los pulmones con el diagnóstico de la disfagia, la base científica está de acuerdo en la necesidad de proyectos para diagnosticar y tratar este problema en las personas que han sufrido un ictus, ya que es el colectivo que más padece este trastorno(41).

1.4.4. Diagnóstico de la disfagia

La disfagia se establece al distinguir la existencia de un compromiso en la preparación o retención en la boca de alimentos y/o líquidos, impidiendo comenzar la deglución mediante el impulso del bolo a través de la faringe(58). El diagnóstico se efectúa por medio de una evaluación clínica descrita en la SIGN 119(59,60), que es el primer paso vital para una gestión adecuada, seguido si es necesario de una valoración instrumental del individuo.

El propósito de evaluar la disfagia, radica tanto en establecer el grado del daño de la deglución y su procedencia, como en comprobar la seguridad de la deglución(40). La evidencia científica recomienda, la puesta en práctica de test diagnósticos, antes de comenzar la ingesta vía oral, por el peligro que conlleva a sufrir neumonía, desnutrición y deshidratación(3,61).

La Joint Commision Internacional (JCI), como parte de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organización que valora la calidad de la atención del paciente en el proceso asistencial, ha reconocido el impacto que la disfagia tiene en los pacientes que han sufrido un ictus. Dentro de sus medidas estandarizadas para los centros primarios, requiere que todos los pacientes con un diagnóstico de ECV, sean evaluados antes de que puedan reanudar la alimentación vía oral(62).

La instauración de planes y protocolos, para el cribado mediante procedimientos ordenados en el diagnóstico y tratamiento de la disfagia, dentro de la ECV, puede reducir la aparición de neumonía. El objetivo de la guía SIGN 119, es ayudar a los sanitarios a reducir la morbilidad asociada a la disfagia, mediante la detección temprana(60).

Los equipos de las UI, deben estar comprometidos ante la disfagia, para detectar su presencia y llevar a cabo sistemas para el manejo de la nutrición. Primero, es imprescindible evaluar si existe dificultad de deglución cuando el paciente ingresa, con cribados y exploraciones particularmente simples de llevar a cabo, que demuestren indicadores de alerta, como pueden ser descubrir la ausencia del reflejo nauseoso, valoración de la susceptibilidad de la faringe, observancia de la movilidad deglutoria, surgimiento de señales y síntomas que apunten a un atragantamiento o aspiración tras la deglución. En cualquier caso, la detección de la disfagia, convendría ser evaluada después de 24 horas tras el ictus y no demorarse más allá de las 72 horas(63).

La evidencia científica confirma, la recomendación para realizar un reconocimiento clínico en la cabecera del paciente que comprenda:

- Historia médica completa, detallando neumonías anteriores, fiebre, con datos sobre neumonías previas, procesos de aspiración, fiebre, referencias sobre intubación o traqueotomía.
- Análisis de la función motora, fatigabilidad y control de la postura.
- Función motora oral y faríngea, exploración de la sensibilidad orofaríngea, de los reflejos velopalatino y deglutorio y de la presencia de tos voluntaria. Evaluando la aparición de disartria y/o parálisis facial.
- Prueba de texturas, para observar si tiene apraxia de la deglución, residuos orales, tos o carraspeo al tragar, elevación laríngea reducida, voz húmeda o degluciones múltiples para un mismo bolo(41,61).

1.4.5. Exploración clínica de la deglución

Corresponde a la supervisión y reconocimiento de la cavidad oral, valorando la competencia de la boca para abrirla, trituración de alimentos, pérdida de dientes, existencia de residuos orales, modificación en la morfología y evaluación observacional de la función deglutoria(64).

Cuando existe la sospecha de que el paciente pueda tener disfagia, se debe aplicar un test fácil, reproducible, que consuma muy poco tiempo, y que se pueda ejecutar en cualquier etapa de la enfermedad(61).

En el paciente que ha sufrido un ictus, se destaca la dificultad que en ocasiones no puedan brindar una información completa, porque se encuentran incapacitados, no siendo conscientes de que tiene dificultad para tragar, o pueden tener trastornos del lenguaje que les impida comprender o expresarse. Siendo situaciones de barreras para la valoración, por lo tanto, en algunos cuestionarios muchas preguntas no tendrían sentido, siendo necesario obtener estos datos de forma indirecta, con la exploración clínica, que permite identificar signos y síntomas de disfagia, en pacientes con riesgo de aspiración. La exploración clínica otorgará información para las recomendaciones terapéuticas, y será la predecesora antes de cualquier exploración diagnóstica

(videofluoroscopia (VFS), Fibroendoscopia (FEE)), ofreciendo el momento preciso para realizar estas exploraciones(65).

Los dos propósitos que deben cumplir, los procedimientos diagnósticos de la DO, son: identificar anomalías anatómicas o fisiológicas, que causen problemas en la deglución, y evaluar la forma correcta de llevar a cabo, los tratamientos que admitan subsanar las variaciones de la deglución, con la finalidad de alcanzar o conservar la nutrición oral. El propósito de diagnosticar, se debe a tener la capacidad de evaluar las dos peculiaridades que engloban a la deglución: eficacia, habilidad para deglutir una porción de alimentos y líquidos imprescindibles, de modo que se garantice la adecuada nutrición e hidratación, y la seguridad como la facultad para tragar los alimentos sin que se produzcan anomalías de la respiración que conlleven a comprometer los pulmones(65). Se mencionarán los test más nombrados en la bibliografía de este estudio, dirigido a la detección de la disfagia en el paciente con ictus.

1.4.5.1. Test del Agua:

Desarrollado y validado por Depippo(42,66). Es una prueba recomendada para el diagnóstico de la disfagia. Utilizada en el ámbito hospitalario por el personal de Enfermería. Para aplicar el test, el paciente debe estar incorporado. Se utiliza una jeringa de alimentación, con 10 ml de agua, debiendo observar si hay babeo, contar la cantidad de degluciones, detallar si tose o tiene disfonía. El test se reproduce cuatro veces, con la misma cantidad de agua hasta terminar con la administración de 50 ml. El resultado será positivo cuando, se perciba cualquier síntoma de: babeo, tos, disfonía. Mientras que será negativa al no manifestar ningún indicio. El test del agua debe repetirse una vez por cada turno de Enfermería, durante los siguientes 4 días(61).

Este test se podría realizar con un pulsioxímetro, para evaluar la presencia del descenso de la saturación de oxígeno. Será positivo al tener una desaturación de más del 2%, respecto del nivel basal de saturación. Utilizando el pulsioxímetro aumentaremos la especificidad y sensibilidad del test. Existe controversia con respecto al valor del porcentaje de descenso de la saturación. Algunos autores

indican que no es una proporción fiable para considerar que ha sufrido una aspiración(42,64).

Cuando el test del agua se aplica a los individuos que han sufrido lesiones neurológicas, es conveniente que el paciente tenga presente el reflejo tusígeno y una sensibilidad faríngea oportuna. Si estas dos condiciones no existen, entonces las aspiraciones y los residuos faríngeos, serían imposible de descubrir con el test del agua, sugiriendo la aplicación de pruebas complementarias, ya que no valora los componentes de la etapa preparatoria y oral de la deglución(61). En general, es un test que ha sido y sigue siendo utilizado como instrumento de cribado, con el inconveniente principal de que solo evalúa la textura líquida, no pudiéndose emplear para valorar otras texturas o consistencias(42).

1.4.5.2. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V):

Esta técnica de cribado, fue diseñada por el Dr. Pere Clavé y su equipo(42,61,64). Permite identificar de manera temprana a pacientes con DO(41,45,61,67). Constituye un método económico y fácil de administrar(68), siendo muy útil en distinguir las modificaciones de la eficacia y seguridad de la capacidad de deglutir, que conllevan al padecimiento de desnutrición, deshidratación y aspiraciones, en el paciente(41,61).

La calidad de predicción de la prueba positiva (sensibilidad diagnóstica) del MECV-V, tiene un margen del 88,1% y el 89,8%, respectivo(44). El método clínico está validado con valores de alta **sensibilidad y especificidad (0,94; 0,88** respectivamente) para la detección de la DO(45). El test permite la administración de pequeñas cantidades del volumen del bolo, combinando el incremento de la viscosidad, lo cual mejora la garantía al deglutir(41).

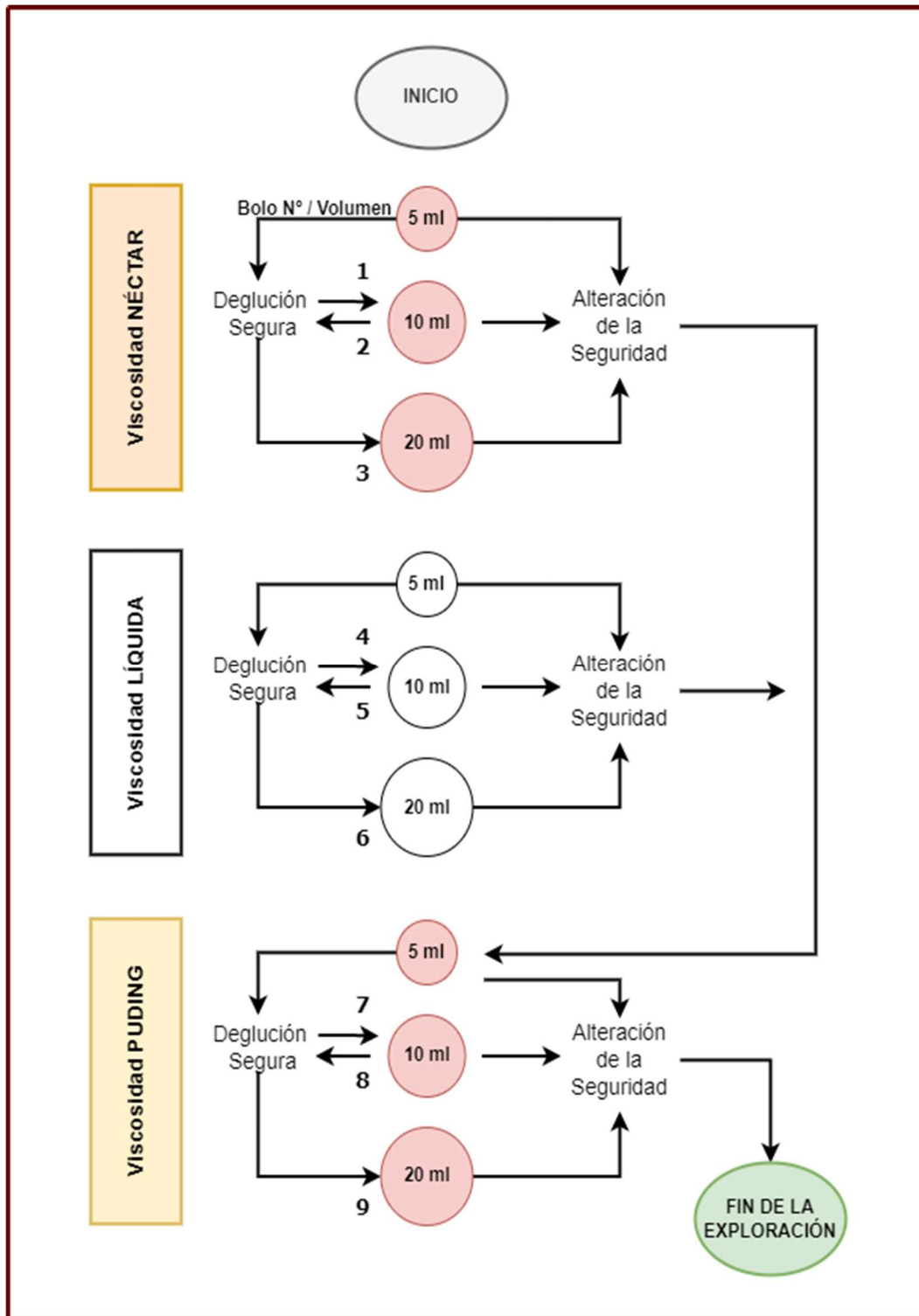
El MECV-V utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes distintos. Detecta de forma segura los signos que indican la presencia de dificultad para deglutir. Su aplicación es fácil y sencilla, realizándose a pie de cama. Se puede realizar

tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio. Se repite las veces que sean necesarias dependiendo de la evolución del paciente(41,61). Detecta a los pacientes, que necesitan la ampliación de estudios mediante videofluoroscopia (VFS) o fibroendoscopia de la deglución(FEES)(64).

El MECV-V, se realiza con la administración al paciente de 5cc, 10cc y 20 cc, de texturas en forma de néctar, pudding y líquido conseguidas a través de la utilización del espesante(45,61,69,70).

El paciente debe estar cómodo, sentado de manera erguida, con el pulsioxímetro colocado, para comprobar la saturación de base. Al iniciar la exploración se comienza con la aportación del menor volumen de textura, correspondiente a 5 ml de textura néctar, observando la presencia de cualquier signo o indicio que comprometa la deglución, y la desaturación mayor del 2%. Existe discrepancias acerca de la cifra del descenso de la saturación, sugiriendo que podría no representar esencialmente una aspiración. El volumen deberá aumentarse de manera progresiva para llegar al más alto (20 ml), de modo que se analizan la existencia de alteraciones de eficacia(42,43,68,71–73) (**Figura 2**).

Figura 2. Algoritmo de la prueba del Método de Exploración Clínica de Volumen-Viscosidad del Dr. Pere Clavé.



Textura néctar: 100 ml de agua con 4,5 g de espesante

Textura pudin: 100 ml de agua con 9 g de espesante

Los signos clínicos que detecta el MECV-V son:

- Sello labial inadecuado, por la imposibilidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- Presencia de residuos orales en la lengua, debajo de ella y en las encías, al terminar la deglución.
- Deglución fraccionada, necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, con sensación de tener residuos en la garganta(41).

Al hacer el test de volumen-viscosidad, cuando el paciente, manifieste una variación de la eficacia, se reconocerá como positiva. De modo que, este individuo no podrá tener en su dieta oral esa viscosidad y ese volumen por suponer un riesgo(41).

Se han de registrar los resultados en una tabla (**Tabla 7**), incluyendo los datos de las distintas exploraciones. El test admite cambios con respecto a la introducción de otras texturas, inclusive modificando los volúmenes, como por ejemplo en pediatría(42).

Tabla 7. Resultados de la exploración MECV-V.

ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
CONSISTENCIA	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
VOLUMEN	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc
TOS									
CAMBIO DE VOZ									
DESATURACIÓN (>2%)									
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
CONSISTENCIA	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
VOLUMEN	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc
INEFICACIA DEL SELLO LABIAL									
RESIDUO ORAL									
DEGLUCIÓN FRACCIONADA									
RESIDUO FARINGEO									
Otros									

Para las detecciones de las aspiraciones silentes y las penetraciones, es necesaria completar el test con una indagación adicional, como la FEES o VFS, que proporcionan una visualización de la etapa oral y faríngea(61).

1.4.5.3. Gugging Swallowing Screen (GUSS):

Es una prueba de deglución validada en esta enfermedad, en el cual se valora la deglución y el riesgo de sufrir una aspiración cuando el paciente ha sufrido un ictus. Esta prueba se realiza de forma rápida y temprana, para lograr las intervenciones oportunas(74). El GUSS consta de 4 subpruebas y se divide en 2 partes: una es la evaluación preliminar (subprueba 1-indirecta), y otra la prueba de deglución directa (3 Subpruebas), que se realizan de manera secuencial (**Figura 3**)(75–77).

- **Parte 1: Evaluación preliminar: Indirecta.**

Se comienza haciendo tragar saliva al paciente para valorar la deglución, babeo, y cambio de voz). Se realiza una vigilancia, observación de la tos voluntaria y valoración del aclarado de la garganta (carraspeo). A los pacientes que no pueden producir suficiente saliva debido a la sequedad de boca se les da un aerosol de saliva como sustituto(77).

Cada ítem se puntúa como 0 punto=patológico, o 1 punto=fisiológico.

- **Parte 2: Prueba de deglución directa.**

Esta parte consiste en 3 subpruebas secuenciales, a evaluar 3 parámetros (Tos involuntaria, Sialorrea y Cambios en la voz); con diferentes texturas:

- **Textura semisólida:** se refiere al pudín, que se puede conseguir mezclando agua y espesante, una vez conseguida la textura deseada se administra de un tercio a media cucharadita en un primer bolo, seguido de 5 medias cucharaditas más. Observando después de cada

cucharada los 4 signos de aspiración (deglución, tos, babeo, y cambio de voz), si estos signos aparecen esta subprueba se considera positiva.

- **Textura líquida:** comenzando con 3 ml de agua. Si la deglución tiene éxito, se continúa con cantidades crecientes de 5, 10 y 20 ml de agua. Por último, si pasa todo lo anterior, el paciente deberá beber 50ml lo más rápido que pueda.
- **Textura sólida:** se ofrece al paciente un trozo pequeño de pan seco, repitiendo 5 veces esta acción, con 10 segundos de límite de tiempo para ofrecer el siguiente trozo.

Se pueden establecer 4 niveles de severidad, con recomendaciones para dieta de acuerdo a los puntos alcanzados:

- **0-9 puntos:** disfagia grave con alto riesgo de aspiración; no se debe administrar nada por boca, es recomendable realizar evaluaciones funcionales de la deglución (FEES, VFES), y derivar al otorrinolaringólogo.
- **10-14 puntos:** disfagia moderada y riesgo moderado de aspiración. Se debe comenzar con la textura semisólida, y los líquidos deben ser con espesantes, de igual modo se recomiendan las evaluaciones funcionales y derivación al otorrinolaringólogo.
- **15-19 puntos:** disfagia leve con bajo riesgo de aspiración. La dieta debe ser tipo túrmix, purés y alimentos blandos, con deglución de líquidos muy lentamente, se recomiendan las evaluaciones funcionales y la derivación al otorrinolaringólogo.
- **20 puntos:** habilidad normal para tragar. La dieta prescrita debe ser normal o de transición, los primeros líquidos que se ingieran deben ser bajo supervisión de Enfermería u otros sanitarios(77).

Figura 3. Gugging Swallowing Screen.

GUSS (Gugging Swallowing Screen)

Nombre:	Edad:
Nº de historia:	Fecha de evaluación:
Antecedentes Clínicos	

1. Investigación Preliminar / Prueba Indirecta de Deglución

	Si	No
Vigilancia (El paciente debe estar alerta al menos 15 minutos)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Tos y/o Carraspeo (Tos voluntaria) (El paciente debe toser o carraspear 2 veces)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Deglución de Saliva:	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Deglución exitosa		
• Sialorrea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Cambios de Voz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Total	(5)	
	1-4= Investigar más a fondo ¹	
	5= Continuar con 2ª parte	

2. Prueba Directa de Deglución (Material: agua, cucharaditas de té, espesante de alimentos, pan)

<i>En el siguiente orden:</i>	1 → Semisólido*	2 → Líquido**	3 → Sólido***
DEGLUCIÓN:	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Deglución no es posible	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Deglución retrasada (> 2sg.) (texturas sólidas > 10 sg.)	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
• Deglución exitosa			
TOS (Involuntaria): (antes, durante y después de la deglución, hasta 3 minutos después)	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Si	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• No			
SIALORREA:	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Si	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• No			
CAMBIOS EN LA VOZ: (escuchar antes y después de la deglución. El paciente debería decir /O/)	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Si	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• No			
TOTAL	(5)	(5)	(5)
	1-4: investigar más a fondo ¹	1-4: investigar más a fondo ¹	1-4: investigar más a fondo ¹
	5= continuar con líquido	5= continuar con sólido	5= Normal
PUNTAJE TOTAL: (Prueba Indirecta y Directa de Deglución)			----- (20)
*	Primero administras, 1/3 y 1/2 cucharadita de agua con espesante (consistencia como pudín) Si no hay síntomas dispensar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la 5ª cucharada		
**	3, 5, 10, y 20 ml de agua en taza. Si no hay síntomas continuar con 50 ml de agua (Daniels et al. 2000; Cottlieb et al. 1996). Evaluar y parar cuando uno de los criterios aparezca		
***	Clínico: Pan seco (repetir 5 veces); Fibroscopia (FEES): pan seco con colorante		
1	Utilizar estudios funcionales como Videofluoroscopia (VFES), Fibroscopia (FEES)		

1.4.5.4. Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST)

El TOR-BSST es una herramienta específica desarrollada y validada por el Dr. Martino(54), que se administra de manera simple y fácil por personal capacitado, y cualificado, en el cual los pacientes son examinados para detectar la presencia

de dificultades para tragar en una etapa temprana del curso de su enfermedad.(54).

Este test ha sido administrado por primera vez entre pacientes con accidente cerebrovascular a lo largo de la atención continua. La duración de aplicación de este test, es de menos de 10 minutos para administrarlo, puntuarlo y colocarlo en el la gráfica. El TOR-BSST es un formulario de dos caras de una página. La primera página se compone de tres secciones: dos exámenes orales breves y una exploración sobre la deglución de agua. La página dos contiene instrucciones estandarizadas para la administración de la herramienta. La alteración en cualquier sección hace que se interrumpa el test y que se produzca la derivación al especialista en disfagia(54).

El test incluye la evaluación de la capacidad para tragar hasta 10 cucharaditas de agua (5ml) y sucesivas 50 ml adicionales de agua, para valorar signos y síntomas como la alteración del movimiento de la lengua, la disfonía o calidad de la voz durante la fonación, tos (incluyendo asfixia) inmediatamente después de la ingesta de agua. Se considera positivo cuando existe una respuesta fallida en cualquier elemento en donde hay uno o más signos de anormalidad, indicativo de un riesgo de disfagia. El TOR-BSST ha demostrado tener una sensibilidad del 91,3% (IC 71,9-98,7), valor predictivo negativo del 93,3% en la fase de hospitalización aguda después de un ictus y del 89,5% en el ámbito de la RHB(54).

1.4.6. Técnicas instrumentales para el diagnóstico de la disfagia

1.4.6.1. Videofluoroscopia (VFS):

Se desarrolló a partir del examen con bario para estudiar el esófago, siendo modificada por Logemann en 1983, para investigar y explorar la deglución(42,78). Más tarde, se reconoció como una prueba calificada para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea, y por la utilidad que tiene en el estudio de la fisiología de la deglución(78). La VFS se utiliza para visualizar la deglución

completa, observando el movimiento de las estructuras de la orofaringe a través de la radiología y se utiliza como el gold standart, para comparar la precisión con otras técnicas(38,65,78,79).

Para la visualización de las estructuras se utiliza un contraste hidrosoluble, para obtener secuencias que permiten visualizar el trayecto en lateral y anteroposterior, cuando se ingieren viscosidades con densidades iguales a la utilizada en el MECV-V (pudín, néctar, y líquido), con distintas cantidades(78). Esta técnica se suele emplear en paciente que han sufrido un ictus, y tienen DO, aunque puede usarse la fibroendoscopia (FEES)(42). La visualización mediante esta técnica localiza lesiones en las estructuras, suministrando datos fundamentales para valorar el peligro de aspiración que sufren estos individuos, al mismo tiempo que es factible para elegir medidas terapéuticas más seguras(64).

La finalidad de la VFS, es valorar la seguridad y eficacia cuando se degluten los alimentos, valorando la cuantificación del reflejo deglutorio(65,78). La VFS es capaz de reconocer entre 1/3 y un 1/4, de los con riesgo de aspiración y por consiguiente, estarán expuestos a sufrir una mayor probabilidad (alrededor de un 10%), de tener una aspiración produciendo neumonía(78).

Para realizar una VFS, el paciente debe estar en sedestación con la espalda recta. Si el paciente está incapacitado, debe ser viable hacer la prueba en silla de ruedas. Se administrarán bolos de contraste radiopaco con una jeringa con diferentes volúmenes (5,10,15, y 20 cc) y densidades (líquido fino, néctar y pudding). Las texturas se obtienen utilizando espesantes. En el rastreo de la deglución de sólidos blandos, se puede realizar con galleta o pan húmedo en el contraste. El orden de inspección requiere del juicio clínico y la flexibilidad de disposición del individuo frente a este examen. Los contrastes indicados, son soluciones de bario y/o yodo. La dificultad primordial del sulfato de bario, es que es un componente con escasa solubilidad, y si el paciente llegará a aspirar, el producto permanecería en el pulmón mucho tiempo, ocasionando daños importantes. Bien podría ser una insuficiencia respiratoria aguda e inclusive una fibrosis pulmonar. Se suele recomendar utilizar el bario diluido en agua, para los pacientes que padecen disfagia y sospecha de aspiración.

La VFS, no es una prueba que se utiliza de manera rutinaria, por su alto coste, preparación, y requerimiento de dos personas para que se lleve a cabo. Esta prueba no es incómoda, pero existe la posibilidad de que el paciente aspire contraste o que tenga un atragantamiento(42).

La VFS tiene las siguientes características:

- Observa el proceso de vía oral y el paso del bolo alimenticio, en su etapa oral preparatoria y en su tránsito.
- Explora el disparo deglutorio faríngeo, marcando el límite que existe en la fase oral y la fase faríngea, en el momento que el alimento cuando el bolo transita por el lugar que hay entre el pilar anterior del velo del paladar y la base de la lengua cruzando por el borde inferior de la mandíbula. El disparo deglutorio, tanto en su forma, y tiempo únicamente es observado mediante rayos X.
- Exploración de la fase faríngea de la deglución (involuntaria).
- Observación de la existencia de penetración o aspiración de alimentos, siendo uno de puntos más importantes de la prueba.
- Observación del recorrido del bolo en los cambios posturales, como los son: cabeza flexionada hacia adelante, cabeza en hiperextensión, cabeza ladeada al lado sano y cabeza rotada al lado afectado.
- Permite prescribir los alimentos por vía oral con criterio videofluoroscópicos de modo seguro, realizando la adaptación de la alimentación mediante viscosidades(42).

1.4.6.2. Fibroendoscopia de la Deglución (FEES):

El concepto FEES se incluyó en 1988 por Langmore et al(65,78) en labores que planteaban el uso del fibroscopio flexible(60,64). Se introduce en las fosas nasales, sobre velo y la faringe, para contemplar la movilidad del bolo mediante la hipofaringe(60). No obstante, los otorrinos ya lo utilizaban desde el año 1975, para inspeccionar la nasofaringe y la laringe(41).

Hoy en día, el fibroscopio flexible se usa acoplado a una luz y un dispositivo de vídeo, que graba la sucesión de las imágenes cuando se deglute(64,78). Se debe preparar alimentos con textura pudding, néctar y líquida, matizados con color alimentario, para inspeccionar las distintas densidades. A lo largo de la exploración, se le indicará al paciente que realice distintas posturas, que ayudan a evaluar la eficacia con respecto a las señales de disfagia(41), determinando el momento de la fase en donde ocurre la aspiración(78).

La FEES y la VFS son efectivos para diagnosticar disfagia, pero es preciso que el criterio del clínico, sea quien considere, qué método sea oportuno utilizar según la situación(41). En conclusión, podemos decir que la FEES es una técnica fiable, segura, bien tolerada, repetible y económica(64,78).

1.4.7. Complicaciones y repercusiones que ocasiona la disfagia

Es fundamental detectar la disfagia, ya que es un síntoma grave, que puede causar trastornos capaces de ocasionar la muerte del paciente, pudiéndose encontrar en el periodo agudo, subagudo o crónico de la enfermedad de base(61). Estas complicaciones incluyen: consecuencias de la aspiración como las respiratorias(38,52), desnutrición y deshidratación(1,50,80).

La Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) y la American College of Chest Physicians (ACCP), en sus Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia, reconocen las complicaciones que ocasiona la disfagia, siendo ineludible el análisis multidisciplinar(81).

1.4.7.1. Neumonía:

Esta complicación se verifica a través de radiografía de tórax, como una condensación pulmonar, al pasar de forma abrupta residuos al árbol traqueobronquial, con gérmenes perjudiciales en las vías orofaríngeas o digestivas altas, en individuos con compromiso del movimiento orofaríngea o gastroesofágica(82). Se reconoce que esta complicación, es frecuente en el

accidente cerebrovascular, ocurriendo en alrededor del 10% de los pacientes. En pacientes con mayor riesgo, debido a la edad avanzada y accidente cerebrovascular grave, la incidencia de neumonía puede llegar al 40%(52).

El riesgo de neumonía ha demostrado ser 3 veces mayor cuando los pacientes tienen disfagia relacionada con la ECV, siendo bastante común con estimaciones que van del 5% al 26%, según criterios diagnósticos(48). La neumonía se presenta con mayor frecuencia en la primera semana después del ECV, probablemente debido a la alta prevalencia de disfagia y al grado de supresión inmune durante la fase aguda. Los pacientes que desarrollan neumonía tienen más probabilidades de morir, además de tener una estancia más larga en el hospital. Sin embargo, el cuidado en una unidad de ictus en comparación con otros entornos reduce la frecuencia de la neumonía(52).

1.4.7.2. Deshidratación y desnutrición:

Éstas también son complicaciones frecuentemente en la disfagia para el paciente neurológico(38,55). En pacientes hospitalizados tras sufrir un ictus, la descompensación nutricional oscila entre el 9 y 35%(3). Al no recibir el aporte suficiente en la ingesta calórica, que a su vez limita la participación en la terapia rehabilitadora, teniendo peores resultados. Entonces es necesario aplicar métodos que ayudan a mejorar la nutrición y el estado fisiológico(48). La desnutrición conlleva a empeorar las afecciones y trastornos patológicos, que padecen los pacientes(58). Cuando se pierde la destreza de comer y beber, se produce un daño en la naturaleza de la nutrición y la hidratación(83). Ésta última, favorece eventos de confusión mental, fatiga, astenia y agrava manifestaciones de fragilidad, sequedad de piel y mucosas(78,84), comprometiendo aún más la deglución segura(42).

Estas dos complicaciones, adquieren una importancia esencial en el paciente con ictus, donde la coexistencia de estos dos trastornos, deshidratación y desnutrición, pueden traer graves repercusiones metabólicas, debido a la propia situación basal del ictus, con manifestaciones como paresia, parálisis, hemiplejía, pérdida de masa muscular. Todo ello, condicionan totalmente a estos

individuos, requiriendo un aumento mayor de las necesidades proteicas(42). En resumen, es conveniente detectar y evaluar la dificultad para tragar cuanto antes, para planear y aplicar estrategias dietéticas eficaces, estables, fiables y adecuadas(85,86).

1.4.7.3. Estreñimiento:

Las modificaciones de la masa fecal, producen un descenso de las contracciones del tubo digestivo, obstaculizando la eliminación de las heces(81).

1.4.7.4. Calidad de vida:

El deterioro de la calidad de vida en la disfagia, se produce por no poder realizar una deglución normal, cambiando la satisfacción de comer, por la falta de confianza para alimentarse sin problemas, con la comparecencia de señales que provocan miedo, disgustos, dolor, produciendo una alimentación no efectiva(81). Todo este impacto se crea en el paciente, por las tradiciones y costumbres que se circunscribe, ya que “el comer”, se define como un evento de carácter social(82). La mayoría de los pacientes, cuando sufren disfagia suelen apartarse socialmente, por la angustia y miedo que les produce la acción de comer(81) y poco a poco, empiezan a no formar parte de comidas familiares y sociales(84).

1.4.7.5. Estancia hospitalaria y coste sanitario:

Éstas dos consecuencias se disparan, por el aumento de morbilidad que produce la disfagia. Todo ello conlleva al incremento de la estancia hospitalaria, reingresos, gastos sanitarios de hospital y de forma ambulatoria, y hasta la disminución de la supervivencia de estos pacientes(79,81,87).

1.4.7.6. Mortalidad:

La neumonía por aspiración, deshidratación, y desnutrición, son escenarios que conducen al aumento de la mortalidad. Individuos que han sufrido un ictus, unido

al padecimiento de una neumonía, hace que se multiplique por tres el riesgo de muerte. Se conoce que inclusive el 50% de los individuos que desarrollan disfagia, pueden sufrir una aspiración y que está ligada a ésta en un 50% de fallecimientos (regla del 50%)(84).

1.4.8. Tratamiento de la disfagia

La DO es un trastorno de mecanismo complejo y etiología múltiple, con un enfoque multidisciplinar, que mejora la eficacia del tratamiento, y además, la coordinación de todas las unidades que requieran la asistencia terapéutica(81).

El tratamiento de la DO se basa con frecuencia en un enfoque compensatorio, facilitador y terapéutico, que tienen como objetivo tener un impacto directo y duradero sobre la fisiología de la deglución después de un accidente cerebrovascular(59). Existen técnicas para el tratamiento de la disfagia, que ponen en práctica intervenciones, como la modificación de la textura de los alimentos, la estimulación de las estructuras orales y faríngeas(39). El propósito de los tratamientos de la disfagia, es mantener una vía oral apta para tragar con seguridad, proporcionando al paciente una alimentación correcta(44,64).

La RHB y el manejo de la disfagia a menudo se confunden, ya que muchos de los mecanismos utilizados para ayudar a las personas a tragar con seguridad se consideran técnicas de RHB(10). Y estas técnicas comúnmente son realizadas por logopedas. Dirigidas al adiestramiento de praxis neuromusculares, la estimulación sensitiva, y la realización de ejercicios con maniobras de deglución compensatorias(69).

La evidencia científica existente demuestra que, en individuos con DO, los protocolos diagnósticos y tratamientos causan la significativa disminución de la morbilidad y mortalidad, y de las incidencias de las neumonías mejorando su estado nutricional(44,64).

Las maniobras que se utilizan en el tratamiento de la DO, se reúnen de la siguiente manera:

1.4.8.1. Estrategias posturales:

La regla más importante y primordial es realizar la ingesta colocado de forma vertical(84,88), sentado, manteniendo el tronco recto, cabeza erguida, ya que la gravedad va en favor del trayecto que sigue el alimento hacia la vía faríngea y esofágica(84). Para proteger la vía de la respiración, se realiza la maniobra de la flexión anterior del cuello. Por el contrario la flexión posterior proporciona el vaciado por gravedad de la faringe, y optimiza la rapidez de la circulación oral: al rotar la cabeza hacia el lado con parálisis hace que los alimentos se orienten al lado sano, de modo que se incrementa la seguridad del trayecto de los alimentos, posibilitando la apertura del EES; para que el individuo no sufra una aspiración(44,88).

Las técnicas posturales se emplean, hasta que se recupera la deglución. La reevaluación se realiza a las 4-8 semanas. Generalmente después de este tiempo el paciente puede alimentarse sin técnica postural, aunque existen casos como los individuos que han sufrido daños neurológicos, que deberán realizarla siempre, para evitar las aspiraciones(89).

1.4.8.2. Estrategias de incremento sensorial oral:

Las maniobras sensoriales que se utilizan para recuperar la deglución segura, incluyen la activación del mecanismo de la lengua y transformación de los alimentos (volumen, temperatura y sabor)(44). Sus objetivos, son incrementar la sensibilidad en la cavidad oral antes de la ingesta de alimentos, para evitar un retraso entre la deglución oral y la faríngea. Esta maniobra se le llama compensatoria, ya que las vigila el terapeuta o el cuidador sin cambiar el motor de la deglución, suelen utilizarse en paciente que padecen apraxia deglutoria, agnosia táctil para los alimentos, atraso en el inicio de la deglución oral,

quebranto de la sensibilidad oral y retardo en el disparo de la deglución faríngea(44).

Algunas de las técnicas son: a) presionar la cuchara hacia la lengua en el momento de la introducción de los alimentos a la boca; b) emplear sabores ácidos; c) utilizar alimentos fríos; d) proporcionar cantidad de alimento adecuada para que permita masticarlos sin problemas; e) dejar que el paciente se alimente por sí mismo para que la movilidad mano-boca le provea un estímulo sensitivo añadido; f) ejecutar estimulación tangible y térmica; g) usar la succión-deglución(89). Ahora bien, la evidencia que aborda la eficacia de estas estrategias es escasa, al señalar un prudente descenso (5%) en las cifras de aspiraciones(44).

1.4.8.3. Modificaciones dietéticas (cambio de volumen, textura y viscosidad del bolo):

Cuando se incluyen la disminución de la capacidad bolo y se aumentan las densidades de los alimentos, en pacientes con disfagia neurógena, se promueve una significativa recuperación de los signos de seguridad(88).

La viscosidad se mide y se formula en unidades del Sistema Internacional denominadas Pa.s. El número de casos de aspiraciones, es máxima con líquidos (20 mPa.s), descendiendo con bolos viscosidad néctar (270 mPa.s) y pudding (3900mPa.s)(88). Los cambios tanto de volumen, textura y viscosidad, proporcionan el mantenimiento de la vía oral, y favorecen el tratamiento, para el progreso de nutrición enteral a la oral(63,84).

Los alimentos tiernos, blandos, acuosos, que requieran de una sencilla masticación, son los apropiados para mejorar la deglución cuando un individuo tiene disfagia. Por el contrario, existen otros tipos de alimentos y comidas que convendrían obviar, ya que incrementan las aspiraciones (**Tabla 8**) (81). La elección de la textura y tamaño del bolo, se valora de manera clínica y mediante valoración de test o cribado instrumental, para corroborar los alimentos

apropiados que deben ingerir los pacientes, pudiéndose reevaluarse en el tiempo, si así se requiere(63,84).

Tabla 8. Alimentos de riesgo en la Disfagia Orofaríngea.

- Con doble textura (sopa, leche con cereales).
- Que se desmenuzan (pan tostado, galletas).
- Secos (pan de molde)
- Pegajosos (miel).
- Duros (frutos secos).
- Con piel o semillas (aceitunas, frutas con piel).
- De textura fibrosa (carnes fibrosas, espárragos).

1.4.8.4. Maniobras específicas de deglución:

Son aquellas que el paciente deberá dominar y aprender de manera automatizada. Para compensar las alteraciones biomecánicas específicas, se deberá utilizar la maniobra concreta para corregir la alteración(44,88).

Las maniobras que se utilizan en pacientes con disfagia tras un ictus son:

- **Deglución de esfuerzo o forzada:** se realiza para incrementar la motilidad de la parte de atrás de la base de la lengua, cuando se realiza la deglución para optimiza el impulso del bolo. Se pide al paciente que cuando trague apriete con fuerza los músculos de garganta y lengua. Es una maniobra sencilla, pero puede ocasionar fatiga(63,88,89).
- **Maniobra de Mendelsohn:** retrasa el cierre del EES, elevando la laringe de esta manera la apertura del EES tendrá una mayor duración(63). La manera correcta de realizarla, es enseñar al paciente que trague y aguante unos segundos el lugar de máximo ascenso. Posteriormente de que haya tragado(63), el paciente debe tratar de sostener la laringe elevada cuando trague (“la nuez elevada”) esto causará que contraiga el músculo anterior del cuello durante unos segundos(80,89).

- **Maniobra de Masako:** esta maniobra favorece la motilidad de la base de la lengua, pasando los alimentos de la faringe hacia el esófago, evitando el depósito de restos alimenticios en la valleculea epiglótica(63). El paciente deberá deglutir con la lengua entre los dientes, inmediatamente debe tragar y notar un “tirón” en el cuello, mientras lo hace.

1.4.8.5. Tratamiento Nutricional:

Con esta estrategia se persigue, impedir la disminución de peso con detrimento de masa muscular, con las consecuencias que esto conlleva en la salud. Para empezar, es necesario enseñar al paciente y cuidadores, el valor que tienen los alimentos, con respecto a su valor energético, de manera que se cocinen y presenten los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias del paciente(69,86). Es esencial, que cuando exista una disminución de los requisitos nutricionales, se recomiende evaluar la iniciación de suplementos nutricionales, que aporten las demandas del sustento necesarias, para evitar la desnutrición(69).

1.4.9. Disfagia y Cuidados Enfermeros

Es incuestionable que todas las actuaciones que se realizan en la disfagia sean multidisciplinarias, y uno de los profesionales que conforman este grupo de trabajo, es el personal de Enfermería, con entrenamiento en el manejo de la disfagia(38,41,44). En los últimos tiempos, las enfermeras han alcanzado una importante labor, en la asistencia de los pacientes con disfagia, extendiéndose en unidades como nutrición, neurología, geriatría, ORL, medicina interna, entre otros, prestando los cuidados pertinentes para optimizar la calidad de vida de estos pacientes, tanto dentro del hospital como fuera del mismo(84).

Las enfermeras trabajan en el desarrollo de actuaciones como terapias físicas, cribados, y métodos técnicos que componen la mayoría de tratamientos para la disfagia(42,50), permitiendo individualizar las necesidades dietéticas y ajustes del plan de cuidados para cada individuo(90). La finalidad de la enfermeras es

descubrir mediante la evaluación eficaz, si el paciente tiene comprometida la ingesta oral, para proporcionar una deglución segura(41,44).

En los casos en los cuales el paciente padezca una disfagia grave, también las enfermeras son las encargadas de la colocación de la SNG(84). Los cuidados de Enfermería, abarcan desde el abordaje del mantenimiento de la vía oral, para evitar complicaciones infecciosas y neumonías por aspiración, hasta el diseño de planes y protocolos que garanticen una correcta higiene bucodental(84). La enfermera es el personal sanitario clave ofreciendo una atención continuada al paciente ingresado, en primer lugar, en el diagnóstico de la dificultad para tragar, en apoyo a las técnicas instrumentales y consecuentemente en los cuidados de la alimentación, realizando la supervisión de la dieta y los líquidos a ingerir por los pacientes, la viscosidad necesaria dependiendo de la gravedad de su disfagia y la cuantificación de la cantidad de alimentos que ingieren, para evitar la desnutrición o deshidratación(84).

1.5. CALIDAD

La calidad ha tenido un progresivo desarrollo, semejante a la evolución de las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte etc. En lo relativo a los servicios sanitarios, la concepción de calidad trasciende de manera más representativa, ya que exigen transformar, adaptar y modificar los procesos y métodos técnicos creados en la industria y la tecnología(91).

La calidad asistencial, se entiende como el suministro de los servicios accesibles y equitativos, a través de los profesionales sanitarios, los cuales utilizan los recursos disponibles para lograr la aprobación y satisfacción del usuario(92). Existen diversas definiciones conceptuales de la calidad asistencial (**Tabla 9**), pero en general, al hablar de este concepto se menciona el trabajo de Avedis Donabedian, el cual plasma su visión de que todas las definiciones pueden ser aceptadas, dependiendo del propósito de su uso(93).

Tabla 9. Definiciones de Calidad Asistencial.

<p>Calidad Asistencial Avedis Donabedian (1980)</p>	<p>Es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial</p>
<p>Ministerio de Sanidad – NHS (Reino Unido) (1997)</p>	<p>Calidad asistencial es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer las cosas adecuadas (qué) ▪ A las personas adecuadas (a quién) ▪ En el momento preciso (cuándo) ▪ Hacer las cosas bien la primera vez.
<p>Consejo de Europa (1998)</p>	<p>Grado por el que el tratamiento que se administra aumenta las posibilidades del que el paciente alcance los resultados deseados y disminuyendo los indeseados, considerando el estado de conocimiento de la situación actual.</p>
<p>OMS (2000)</p>	<p>Nivel de realización de objetivos personales para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población.</p>
<p>Instituto de Medicina – IOM (2001)</p>	<p>Grado por el que los servicios asistenciales aumentan la posibilidad de que los individuos y poblaciones tengan resultados en su salud, de acuerdo a el conocimiento profesional actual.</p>
<p>La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)</p>	<p>Incluyen todas las formas por medio del cual la organización satisface las necesidades y expectativas de todos los entes implicados y en general a toda la sociedad.</p>

Fuente: Donabedian 1980; Ministerio de Sanidad (Reino Unido) 1997; Consejo de Europa 1998; OMS 2000; Instituto de Medicina (IOM) 2001.

Todas estas definiciones sobre “calidad asistencial” abordan varios conceptos engranados de acuerdo a una serie de dimensiones más específicas que ayudan a definirla y medirla(92,94).

1.5.1. Dimensiones de la calidad asistencial

Las dimensiones más habituales:

- **Calidad científico técnica:** es la base de todas las dimensiones, y se refiere a la utilización de los niveles más avanzados de conocimientos y

tecnologías disponibles, contribuyendo a mejorar la salud y satisfacción de los pacientes. Estas mejoras se realizan aplicando la práctica clínica, a través de GPC, programas de formación continuada, ensayos clínicos, medidas administrativas o desarrollar e implantar vías clínicas (VC) o planes de atención(92,95).

- **Efectividad:** se mide por el impacto que produce la atención sanitaria en cuanto a la mejora de la salud(92,94).
- **Eficiencia:** grado en que se alcanza el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles(95).
- **Accesibilidad:** posibilidad de que las personas reciban la mejor atención disponible de acuerdo a la repartición justa de los recursos sanitarios(95).
- **Satisfacción:** cumplimiento de las expectativas del usuario(92).
- **Adecuación:** es la medida en cuanto a la relación existente entre los servicios disponibles y las necesidades de los pacientes atención y los servicios disponibles(96).
- **Continuidad y seguridad:** la continuidad es un sistema integrado en el cual la asistencia se otorga de manera ininterrumpida y coordinada de acuerdo a las necesidades del paciente, y dentro de los límites de la seguridad para reducir al máximo el riesgo(92,94,96).

1.5.2. Evaluación de la calidad

El nivel de calidad de los servicios sanitarios debe tener una evaluación y un control, según la Ley General de Sanidad. Esta vigilancia ayudará a mejorar la calidad científico-técnica, de manera que nos permita conocer si existen causas de variabilidad y ajustarlas en la dirección correcta, para dar unos servicios asistenciales óptimos(7).

En las instituciones de los sistemas de salud, se ha despertado el interés por la evaluación de la calidad de la atención, ya sea en el ámbito público o privado. Las bases conceptuales y metodológicas se han desarrollado bajo el modelo de Donabedian, por permitir de forma ordenada medir las variables vinculadas a la calidad asistencial(91). En su visión asistencial médica, Donabedian realizó la recomendación de estimación para tres áreas: estructura, proceso y los resultados(91).

La estructura, entendida como el entorno donde se prestan los servicios médicos, incluyendo también los elementos y recursos sanitarios, componentes tácticos, y las características organizacionales particulares de cada centro(97), donde concurren las particularidades de la infraestructura y los trabajadores que asisten a estas personas(91); **el proceso**, se refiere a los procedimientos a través de los cuales se lleva a cabo la asistencia sanitaria, incluyendo suministro y recibimiento de la asistencia sanitaria; y los **resultados** que son las consecuencias de la asistencia en salud, englobando el bienestar de salud de los individuos. El propósito de estas áreas descritas, es alcanzar beneficios significativos con el mínimo de daños para el beneficiario, a partir de los recursos disponibles y de los bienes vigentes(91).

Para valorar la calidad se debe llevar implícitos al menos tres aspectos:

- Comparar las circunstancias actuales con la situación propicia, perfecta e inigualable.
- Instauración de una referencia, regla o criterio.
- Evaluar los progresos según el grado de bienestar y estudiar la posibilidad de nuevas mejoras(96).

La evaluación de la calidad se formaliza argumentando las siguientes cuestiones:

- **¿Qué se debe medir para mejorar la calidad?:** El objetivo que se quiere cumplir, para que un producto o servicio sea de calidad. Se fundamenta

envuelta en algunas dimensiones de la calidad: eficacia, efectividad, accesibilidad, etc. Valorar la calidad hace que se produzca una incorporación del enfoque, conociendo el nivel de bienestar de los pacientes, usuarios, y profesionales(96).

- **¿Cómo medir la calidad?:** Los criterios de calidad se usan como guías, relativos a la calidad, que ligado a los indicadores, es la manera más usual de calcular la calidad en la práctica asistencia, ya que son herramientas que se utilizan para medir, precisando de una interpretación, mediante de la selección de ser básicos, esenciales e idóneo(96).
- **¿Qué nivel de calidad se quiere alcanzar?:** se muestra representado por el estándar, que es un segmento referencial o intervalo, el cual indicará si se ha alcanzado el nivel de calidad(96).
- **¿Se mantienen los niveles de calidad?:** el seguimiento y observación de los indicadores, radica rastrear las variaciones del indicador en un tiempo determinado, para visualizar los cambios que se produzcan, con relación a los márgenes de calidad determinados con anterioridad(96).

1.5.2.1 Criterio

Objetivo que se quiere cumplir.

Se especifica como la condición o requisito, que debe acatar con el desarrollo de la labor o servicio encomendado, para que sea considerada de calidad, de manera que representan lo que se quiere conseguir y alcanzar en el progreso de nuestros objetivos(96). Un criterio emana del razonamiento, sobre cómo han de ser los diferentes servicios para que sean compatibles con las necesidades y expectativas de quienes los van a recibir(92). El criterio es una norma; se cumple o no se cumple, total o parcialmente(96).

1.5.2.2. Indicador

Cómo evaluamos la calidad.

Es una herramienta que cuantifica el aspecto cuantitativo de la calidad, es la forma que se tiene de saber si se ha alcanzado el objetivo. Mide el nivel de acatamiento del criterio al compararlo con el estándar(96). Se emplea para resolver si hay o no un problema en la calidad que se deba evaluar(92). La JCAHO, opina que es una medida de cantidad, utilizada para notificar y suministrar la elección de alternativas sobre una resolución, en cuanto a implementación, características y efectividad de una VC(96).

Los indicadores son de varios tipos, los centinela (miden un acontecimiento inusual, grave, que se aguarda que no acontezca) su estándar es cero, porque lo que se espera es que no suceda; los que se formulan en proporción o tasa, razón o media de una población (necesita de un numerador y denominador) para elaborar correlaciones(96); y los indicadores trazadores, que tienen un estado diagnóstico, relacionado con una especialidad de salud o un centro asistencial, muestran en general la atención ofrecida(91). Para establecer unos niveles óptimos de cumplimiento, el indicador debe cumplir con al menos 4 criterios principales, que hará que se alcance la validez que establece la evidencia científica(**Tabla 10**) (91).

Tabla 10. Criterios de Indicadores.

Indicadores en Salud		
1.	Validez	Reflejar el aspecto de calidad para el que se creó o estableció.
2.	Confiabilidad	Brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
3.	Comprensibilidad	Fácil entendimiento del aspecto que pretende reflejar
4.	Sencillez	Facilidad para administrar, aplicar y explicar.

1.5.2.3. Estándar

Nivel de calidad que deseamos: rango aceptable de calidad.

El estándar es lo que se debe alcanzar o valor de rango a obtener, siempre va unido al criterio, representa el nivel de cumplimiento que exige ese criterio. Para la JCAHO es un requerimiento importante del servicio o proceso que se va a evaluar, se expresa de manera cuantitativa(96).

1.6. ACTIVIDADES PARA LA MEJORA CONTINUA

La forma más viable de llevar a cabo los proyectos de mejora continua de los procesos es la implicación de profesionales que integren el grupo de mejoras con el desarrollo de actividades, para analizar los procesos y realizar el diseño de las oportunidades de mejoras, las cuales irán orientadas al paciente(95). Estas actividades que se desarrollan son acciones que se identifican y clasifican de acuerdo a la finalidad del objetivo al cual se quiere llegar, para mejorar la calidad(92), basadas en: (i) identificación de oportunidades de mejora, (ii) elaboración de indicadores y su monitorización, y (iii) diseño o planificación de servicios(98). Si las actividades se desarrollen directamente desde las personas involucradas, se le llama **enfoque interno**, mientras que cuando las actividades van dirigidas a evaluar actuaciones ajenas se le conoce como **enfoque externo**. Todo el desarrollo de estas actividades, están agrupadas en tres tipos de áreas que contribuyen a esta mejora (ciclo de mejora, monitorización y diseño de la calidad)(92).

Es importante explicar cada una de estas áreas, que se conocen como el punto de partida, para el desarrollo de la mejora de la calidad. Las áreas se desarrollan de manera integrada para que cumplan los objetivos que se quieren alcanzar(98).

1.6.1 Ciclos de mejora:

Comienza cuando se identifican oportunidades de mejora en cualquier tramo de los procesos asistenciales de los que se benefician los pacientes. El ciclo de mejora contiene las actividades que son concluyentes en cualquier programa de gestión de la calidad, el cual requiera de un enfoque interno, que proporciona obtener resultados a un corto plazo(98). Se debe aprovechar la ocasión de mejorar o corregir el problema que se ha identificado. En el ciclo de mejora se desarrollan actividades principales que se incluyen en los programas de gestión de calidad, con un enfoque interno, lo cual necesita de las otras áreas para tener un programa completo(98). Las mejoras que se obtienen en la identificación de oportunidades, van a permitir orientar a posteriores intervenciones para iniciar un nuevo proyecto de mejora, todo ello dentro del ciclo de Deming PDCA (Plan – Do – Check – Act)(95).

1.6.2. Monitorización:

En esta área se realizará la medición sistemática y planificada de indicadores de manera que se distingan aspectos donde existan problemas a los cuales hay que evaluar o realizar alguna intervención, para mantener unos niveles de calidad aptos. De modo, que al tener una medición periódica, se puedan descubrir problemas con el área asistencial en concreto(92). La monitorización es la única actividad que tiene aplicabilidad completa en los programas con enfoque externos(98).

Para que esta área funcione de manera adecuada, se deben identificar, seleccionar o diseñar los indicadores y el método por el que se medirán, añadiendo además el periodo de mediciones(92). En esta área el objetivo es identificar los puntos a mejorar o detalles de calidad a los cuales se les deban hacer de forma más rigurosa. La monitorización es utilizada en sistemas de enfoques externos para realizar comparaciones de centros, evaluando la calidad a nivel de jurisdicción, estado, región o sistema de salud(98).

1.6.3. Diseño o planificación de la calidad

En esta área se desarrollan actividades para evitar la aparición de problemas de calidad. Planificar la calidad, proporciona de que el resultado sea el objetivo que estamos esperando, es tratar de hacer lo correcto. En el campo asistencial, existen varios documentos que definen y orientan, la manera adecuada de hacer las cosas, ya sean como recomendaciones o reglas establecidas como son: Las Guías de Práctica Clínica y los protocolos asistenciales, que se basan o no en las Guías. También existe otra herramienta de diseño de la calidad, como son las VC, pero que trabaja de manera coordinada con las otras dos áreas de las actividades para la mejora continua de la calidad(98).

1.7. VÍAS CLÍNICAS (VC)

Las VC conocidas también como planes asistenciales, mapas asistenciales, mapas de cuidados, vía de atención integrada(99), son documentos que se diseñan para ser aplicados a pacientes con una enfermedad, o para realizar cualquier proceso de salud, en el cual describe una clínica previsible(100,101).

Esta herramienta forma parte de la gestión clínica, dentro del contexto de la planificación de la calidad, facilitando la atención multidisciplinar al paciente, pudiéndose realizar en el inicio, durante y al finalizar la hospitalización, cirugía quirúrgica o cualquier proceso, de modo que se adelanten a los problemas que puedan surgir en la asistencia al paciente(96). Las VC, son protocolos amplios, que detallan las actividades que se realizarán, determinan la secuencia, duración y coordinación de las intervenciones de todas las partes implicadas(98,100,102). Las VC contribuyen a la utilización eficiente de los recursos tanto humanos como materiales, para mejorar la calidad de la atención prestada al paciente sin reemplazar el criterio clínico(102).

Las VC forman parte de la planificación o diseño de la calidad, después de realizar su implementación, se lleva a cabo una monitorización mediante los indicadores que se hayan seleccionados previamente, de esta forma se evaluará

si se está haciendo lo correcto y si se están alcanzando los resultados esperados(98).

1.7.1. Objetivos de las Vías Clínicas

Las VC tienen el propósito de contribuir a la calidad de los procesos a través de las mejores decisiones clínicas, para alcanzar una atención efectiva y obtener buenos resultados, mediante los siguientes objetivos:

- **Disminuir la variabilidad de la práctica clínica:** La variabilidad no justificada, ocasiona prejuicios graves en el sistema sanitario, obteniendo defectos y resultados injustos, que se alejan de la buena práctica clínica(95,101).
- **Coordinar actividades sanitarias, definir tareas diarias y responsabilidades:** las VC incluyen decisiones que deben tomar las personas involucradas (quien hace), el lugar donde se desarrolla (Dónde) y en el momento que se llevan a cabo (Cuándo)(98,102), de esta manera se detallan las funciones de los profesionales, para conocer su participación en cada momento(98). Esta coordinación aporta la mejora del ambiente de trabajo, ya que cada profesional sabe su responsabilidad dentro de la atención al paciente(98)
- **Proporcionan la mejor evidencia disponible:** se realiza una investigación que respalden las propuestas, que darán a los profesionales seguridad en la definición de la mejor práctica, y que además se debata en un consenso que sea aceptada por los miembros de equipo(96,98).
- **Hacer partícipe a pacientes y familiares del proceso asistencial:** es importante informar de forma clara y sencilla a familiares y pacientes, sobre el proceso que se va a llevar a cabo. La no información produce situaciones de incertidumbre, estrés y ansiedad, por el desconocimiento de los procedimientos y actuaciones que se realizan(96).

- **Construir una herramienta educativa:** la VC proporciona a todos los profesionales sanitarios, una visión del proceso asistencial, planes de cuidados, y toma de decisiones, sustentado en información actual de la atención sanitaria en el contexto que se desarrolle(96).
- **Simplificar y sistematizar el registro de información:** con las VC se evitan la producción de papeles y puntos de vistas anecdóticos, previniendo su manifestación en las historias clínicas. Las VC suponen una fuente de datos para evaluar la mejora de la calidad asistencial(96).
- **Evaluar los resultados:** la evaluación es parte ineludible cuando se implanta una VC. Se realiza a través de los indicadores, y nos dará información sobre si se están consiguiendo los resultados planteados(96).
- **Reducir costes asociados a la estancia hospitalaria:** al reducir los efectos adversos y la variabilidad clínica con las VC, se consigue su máxima eficiencia en la atención asistencial del paciente, reduciendo su estancia en el hospital y por consiguiente reduciendo los costes hospitalarios que conllevan(96,98).

1.7.2. Diseño de la Vía Clínica

Para diseñar la VC, se debe elegir un modelo a seguir para el desarrollo en el proceso seleccionado. En los hospitales de la Región de Murcia (España), se propone el esquema de 12 pasos como modelo integrado, validado y compuesto (**Tabla 11**) (98).

Tabla 11. Esquema para la construcción e implementación de las VC.

1. Elección del proceso a diseñar con la VC.
2. Conformación del equipo responsable de elaborar la VC.
3. Definición de las características y especificaciones que deberá cumplir la atención al tipo de pacientes atendidos con el proceso seleccionado. Mapeo básico del proceso, preguntas clave y estudio basal.
4. Revisión de la experiencia local e internacional y revisión bibliográfica de la evidencia en cuanto al manejo de los pacientes seleccionados.
5. Diseño consensuado del primer borrador de la vía clínica que será sometido a discusión. Incluyendo formatos y documentos principales (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente).
6. Elaboración de indicadores mediante los cuales será evaluada, incluyendo los formatos y documentos para registro y obtención de datos.
7. Realización del estudio piloto para probar la vía clínica elaborada y la aplicación de los indicadores diseñados.
8. Revisión de la VC ajustada según los resultados de la prueba piloto.
9. Diseño de estrategia de implementación de la VC.
10. Implementación.
11. Evaluación continua.
12. Mantenimiento.

Fuente: Saturno-Hernández, P. (2018). Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. Instituto Nacional de Salud Pública.

Lo siguiente es **conformar un equipo para la elaboración**, cuyos integrantes estén relacionados el proceso o servicio donde se realice la implantación. Teniendo en cuenta cuatro factores que son: participación multidisciplinar, número de integrantes pudiendo oscilar entre 10-12 personas, compromiso con el proyecto y conocimiento y experiencia en el tema de la VC, y designación de un coordinador(98).

A continuación, se determinarán los objetivos que se quieran alcanzar y concretar los límites del proceso para la focalización más efectiva de los pasos a seguir. Se realizará un mapeo básico, que se refiere a la visualización gráfica del proceso o problema de salud, con sus fases de la trayectoria del paciente en su secuencia temporal, y subprocesos bien delimitados, detallando las actividades específicas que realiza. Este mapeo será analizado por el equipo elaborador para conocer la situación basal del problema y visualizar las mejoras a realizar, a través de preguntas claves como ¿Qué debe hacerse?, ¿Cuándo debe hacerse?, ¿Como debe hacerse?, ¿Quién debe hacerlo?, ¿Dónde debe

hacerse? Las respuesta a estas preguntas se buscará tanto en la experiencia existente como a través de la evidencia disponible en cuanto al manejo del paciente y proceso seleccionado(98).

Después de documentarnos con la evidencia disponible, y decidir a través de acuerdos y consensos para mejorar la calidad asistencial, se construyeron los documentos consensuados de la VC, comenzando con la **matriz temporal de actividades** que será el formato principal de la VC, que describe las acciones de los profesionales y pacientes en todo el proceso asistencial, indicando cuando han de realizarse. Se representará mediante una tabla con columnas, en las cuales se dispone de la actividad, tiempo y ubicación del paciente en el eje de abscisas (X), y en el eje de coordenadas (Y) se disponen acciones, actividades, tratamientos médicos, cuidados de Enfermería, dieta, información criterios y todo lo que necesite la VC en concreto para cada caso(98). Existe otra forma de visualizarlas secuencias de actividades mediante la representación, con los diagramas de flujos(96).

Otro documento es **la hoja de variaciones**, se utiliza para establecer las diferencias que se presentan en la VC entre lo planificado y lo que sucede realmente, tanto en las actuaciones como en los resultados. Estas variaciones pueden existir debido al paciente o familiares; hospital, unidad asistencial o sistema de salud; actuación clínica del personal; o comunidad(98).

Se sigue con **la hoja de información de la VC para el paciente y/o familiares**, de este modo se le otorga una información del proceso a rasgos generales, con una simple y fácil comprensión, en relación a tratamientos, días de ingreso, dietas, etc. Cuando se utiliza una herramienta de la planificación de la calidad, se diseñan **los indicadores** que servirán para monitorizar el proceso como se espera y alcanzar los resultados que se desean. Los indicadores se usan para evaluar, informar y facilitar la efectividad de la VC, deben ser válidos, fiables, y estar respaldados por la evidencia científica, y estar descritos en un formato donde se describen mediante, su forma de calcularlo, su numerador y denominador, origen, justificación, referencias que los respalden(98).

Al tener completos todos los documentos de la VC, se procede a concretar el modo que se va a implantar la VC, la estrategia estará basada en cuatro partes como son: comunicación, capacitación, retroalimentación, evaluación continua de su implementación y resultados(98).

Por último, la evaluación de la VC, que será determinada por la práctica y representada a través de los indicadores y las variaciones que se han producido en el desarrollo de la VC. Se distinguen tres tipos de evaluación, una es la evaluación del documento, valorando la calidad formal del mismo a través de las características y requisitos de la metodología utilizada. La segunda, se refiere a la implementación, en referencia a los indicadores y las buenas prácticas que se utilizan en la VC, además del análisis de las variaciones(98).

Las VC son consideradas herramientas dinámicas, que requieren la revisión y posible modificación a solucionar de acuerdo a los problemas que se detecten o que surjan cambios por las variaciones, los resultados de la VC en general o nueva evidencia científica que afecten los recomendaciones incluidas en el documento(98).

JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Una de las enfermedades donde se presenta la disfagia es el ictus(103). Esta ECV (EC) es considerada la segunda causa de muerte en España, la primera causa de muerte en mujeres, y la principal causa de discapacidad en el adulto. Dada su importancia y complejidad asistencial acapara mayor atención en los servicios de salud, y por ello el sistema sanitario invierte importantes recursos, para implantar métodos y técnicas apropiadas, que ofrezcan una cobertura de asistencia neurológica experta y urgente(8). Muchos pacientes supervivientes padecen secuelas importantes, incluidas las de disfagia, con consecuencias en el desarrollo de sus actividades, y su calidad de vida. Esta morbimortalidad también afecta a el bienestar de la familia y lastra gravemente la economía(1).

El manejo de las EC es multidisciplinar e interprofesional. La buena práctica establece que las personas ingresadas en el hospital con un ictus agudo, deben ser atendidas en una UI; las cuales están integradas por profesionales expertos en atención inmediata y continuada. Este tipo de atención ha demostrado que los pacientes se recuperan mejor y tienen menos posibilidades de morir tanto a corto como a largo plazo(10,55).

La protocolización del manejo de la disfagia en las UI, reduce la aparición de complicaciones asociadas con la aspiración. La importancia de identificar la disfagia especialmente la que deriva del ictus, radica en que es un trastorno, que aunque pueda causar graves complicaciones y muertes, estas se pueden evitar a través de métodos y/o cribajes diagnóstico, para luego aplicar los tratamientos pertinentes(41). El screening de la deglución previo a la ingesta de alimentos, líquidos o medicación vía oral en personas con ictus, es recomendación tanto de la American Heart Association (AHA), como de la American Stroke Association (ASA), para la valoración temprana en el ictus(53,104). Existen gran cantidad de métodos de detección o cribaje, para la evaluación a pie de cama del paciente(68). Pero hay que ser conscientes que los screening de la deglución deben garantizar la seguridad del paciente y proporcionar una atención de

calidad, así como utilizar herramientas válidas, fiables y factibles para identificar con precisión estos pacientes(53).

El equipo encargado del diagnóstico y detección de la disfagia en el paciente con ictus, es el de Enfermería, aunque más tarde para su tratamiento, y evaluación intervengan un equipo multidisciplinar, del que además también forma parte. Las enfermeras se encuentran tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria (AP) proporcionando los cuidados oportunos, al paciente con disfagia. Actualmente, ante la evolución epidemiológica que estamos atravesando, existe la necesidad de adaptación al cambio, y por lo tanto dotar a la práctica enfermera de estrategias, habilidades, y métodos de cuidados, para que logren el objetivo de conseguir progresos y modificaciones en el estado del paciente, y puedan asumir su papel de líderes de los procesos asistenciales que les corresponden(29).

Es fundamental para una buena gestión sanitaria, la asignación de recursos y estrategias adecuadas, que cuantifiquen el impacto que provoca la DO, para poder llevar a cabo una atención asistencial óptima(105), reduciendo el gasto sanitario y mejorando la calidad de vida de los pacientes. En los sistemas sanitarios públicos, se evalúa periódicamente la calidad de los servicios prestados, mediante el impulso y la implicación de las administraciones, garantizando el manejo de los medios adecuados, de modo que la población se beneficie de una sanidad de calidad. Para ello, se deben desarrollar instrumentos que evalúen la calidad asistencial, basados en la valoración de los procedimientos que se ejecutan, y en enfermedades de gran relevancia epidemiológica(106).

Para ofrecer una mejor atención clínica, se utilizan herramientas de planificación de la calidad, como son las guías de práctica clínica (GPC), que utilizadas como elemento de diseño de calidad(92), podrían disminuir la variabilidad en la atención del paciente, y favorecer la estandarización de procesos y procedimientos. Sin embargo, necesitan de métodos complementarios para asegurar el éxito de su implantación(106). También existen, VC como herramientas en el diseño y la mejora continua de la calidad asistencial, y que

son útiles para la integración de las guías de práctica clínica y protocolos(106). Las VC aportan ventajas como la unificación de las actuaciones de los profesionales, y la optimización de las actividades adecuadas, de acuerdo con la temporalidad, colaboración y coordinación de todos ellos(100).

Las VC se suelen usar en enfermedades muy frecuentes, y en aquellas con un riesgo alto o un coste elevado, pero también se utilizan cuando es necesaria la colaboración de múltiples profesionales(100,107), como es el caso de la disfagia. Existen VC(9), GC(32,86,108) y GPC(47,59,109–112) orientadas al paciente que ha sufrido un ictus y dentro de ellas existen apartados para tratar la disfagia, lo que demuestra que este trastorno tiene una relevancia importante en esta enfermedad.

Implementar una VC para el diagnóstico, tratamiento y evaluación de la disfagia en los pacientes con ictus, puede lograr que existan actuaciones estandarizadas, que simplifiquen, homogenicen y mejoren la actuación de los profesionales involucrados. Contribuyendo así a mejorar la eficacia, eficiencia y seguridad de los procesos, para alcanzar progresos en la práctica clínica, utilizando los recursos técnicos, humanos, organizativos e intelectuales y la evidencia científica disponible para detectar de forma temprana esta patología con los menores inconvenientes para el pacientes(113).

Existe un estudio, que ha conseguido desarrollar una VC en la atención al paciente con ictus agudo, del Hospital Universitario La Paz de Madrid, incluyendo dentro de sus estándares de calidad, la evaluación de la disfagia (<24 h), adecuación de la utilización de la sonda nasogástrica (SNG) y su retirada a tiempo, e introduciendo apartados de los cuidados de Enfermería. Además, la actividad plasmada en esta VC no sólo implica al personal específico que trata a estos pacientes, sino que hace partícipe a todo el personal involucrado en la atención al ictus agudo(9).

Hasta la fecha no hemos encontrado VC específicas, que atiendan a la disfagia en los pacientes con ictus. Aunque como se ha mencionado, si existe la VC para la atención del paciente con ictus agudo en un hospital con UI(9). Con este

trabajo queremos comprobar si es factible desarrollar una VC en un apartado de la atención ya protocolizada de la UI; permitiendo que la detección temprana de la disfagia sea una intervención inmediata, reduciendo así la morbilidad, tiempo de hospitalización y costes sanitarios(53,54).

OBJETIVOS / HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS / HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVOS GENERALES

- Valorar la calidad de la atención a la disfagia en la Unidad de ictus de HCUVA.
- Analizar los resultados de la implantación de una vía clínica en la mejora de la detección de la disfagia en el paciente con ictus.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Unificar criterios de actuación en la práctica diaria de Enfermería en la detección de la disfagia en el paciente con ictus.
- Mapear los procesos de detección y tratamientos de la disfagia en la Unidad de Ictus.
- Definir los indicadores que sirvan para medir la calidad del proceso asistencial.
- Identificar las oportunidades de mejora para los procesos de atención a la disfagia en los pacientes con ictus.

3.3. HIPÓTESIS

La valoración y manejo de la disfagia en los pacientes con ictus, presenta variabilidad por parte de los profesionales sanitarios que atienden a estos enfermos. Mejorar los resultados, sobre los cuidados y procesos a estos pacientes, mediante la implantación de una vía clínica, para la detección y el manejo de la disfagia en el paciente con ictus mejorará la calidad de la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Este proyecto constituyó el diseño y la implantación de una vía clínica. Incluyendo un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para la validación de indicadores. Además, para su implantación y evaluación se desarrolló un diseño cuasi-experimental con metodología de ciclo de mejora.

4.2. POBLACIÓN

Los sujetos de estudios fueron todos los pacientes con ictus que ingresaron en la Unidad de Ictus. Los profesionales que participaron en la implantación de la VC fueron todos aquellos que tienen contacto clínico y responsabilidad profesional con los pacientes de la UI.

4.2.1. Criterios de inclusión:

Pacientes: se incluyeron en el estudio las personas que ingresaron a la UI, para recibir cuidados después de la activación del CI.

Profesionales: se incluyeron sanitarios que tenían contacto directo y responsabilidad asistencial con los pacientes de la UI. Estos profesionales estuvieron de acuerdo en aportar su colaboración y disposición para la construcción del diseño de la VC.

4.2.2. Criterios de exclusión:

Pacientes: se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no presentaron focalidad para la evaluación y detección de la disfagia. Y pacientes con exitus <24 hrs, desde su ingreso en la UI.

Profesionales: se excluyeron a profesionales sanitarios sin continuidad en la unidad de ictus.

4.3. AMBITO

El estudio tuvo lugar en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), uno de los hospitales de referencia para el tratamiento agudo del ictus en la Región de Murcia. Las unidades implicadas fueron: Unidad de Neurología y dentro de ella la UI. Los pacientes dados de alta de la UI, son derivados fuera de esta unidad, cuando ya no tienen necesidad de cuidados continuos e ingresan en la planta de hospitalización de Neurología, donde se prolongarán los dispositivos que ayuden a restablecer o recuperar la autonomía del paciente, integrando los sanitarios necesarios para el tratamiento global (fisioterapeutas, logopedas, nutricionistas). La UI del HCUVA, esta activa desde el año 2008. Actualmente cuenta con 7 camas, con monitorización continua, y personal médico de neurología, Enfermería y auxiliar de Enfermería por turnos continuos, que presta atención directa a cada uno de los pacientes ingresados. En el año 2010 el HCUVA, se convirtió en centro de referencia de la Región de Murcia, al implantar la trombectomía intraarterial mecánica, abarcando a toda la población murciana que requiera de este tratamiento específico, aumentando el beneficio de salud y recuperación de toda la población(7,114).

4.4. TEMPORALIDAD

La tesis se inició en el año 2018. Entre los meses de septiembre 2018 y abril 2020, se discutió la metodología que se iba a llevar a cabo, el plan y diseño de trabajo a seguir. Se decidió la construcción y diseño de una VC. Una vez definido el tipo de investigación, se solicitó formalmente la autorización de este estudio al Comité de Ética del HCUVA. Obtenida la aprobación por parte del Comité, se contactó con los distintos profesionales para crear el grupo de trabajo. En marzo de 2020, quedó paralizado el estudio por la Pandemia del Covid-19, aunque se siguió trabajando en la parte teórica y de evidencia científica, mientras se volvía a la normalidad.

En Julio de 2020, se procedió a retomar el contacto con profesionales para la creación del grupo de trabajo, que se materializó en enero de 2021. Se identificaron todos los procesos de actividades, desde que se activa el CI (intrahospitalario o extrahospitalario), pasando por urgencias, radiología, UI, hasta que el paciente es dado de alta, con su matriz de actividades específica de la UI. También, se realizó un flujograma sobre la evaluación de la deglución en la UI, todo esto antes del diseño de la VC, de esta manera se obtuvo una visión detallada de la asistencia a estos pacientes. Con los documentos anteriores, se realizaron una serie de reuniones, donde se debatieron cambios, mejoras de los procesos, actuaciones, actividades y test de cribado enfocados en la detección de la disfagia en el paciente que ingresaba en la UI. Con las reuniones del grupo de trabajo se desarrollaron los documentos que integran la VC: matriz final de actividades de la UI, flujograma de detección de la disfagia, hoja de variaciones, hoja de información para pacientes y/o familiares y una guía rápida sobre disfagia tras un ictus.

Para la implantación y evaluación de la VC, se desarrolló un diseño cuasi-experimental con metodología de ciclo de mejora, mediante dos mediciones de las muestras de pacientes atendidos en la UI.

La primera medición antes de la implantación de la VC, terminó en septiembre 2021. Luego se procedió a la implantación de la VC de Septiembre a Diciembre de 2021. Pasado este tiempo se extrajeron los nuevos datos de la segunda medición de los indicadores y estos resultados se compararon con la primera medición, a través de análisis estadístico. En junio

y julio de 2022, se realizaron las encuestas de calidad percibida y satisfacción a pacientes y/o familiares. Finalmente se evaluó la VC, y se redactó la discusión y conclusión hasta marzo 2023.

4.4.1. Diagrama de Gantt de la Vía Clínica

Tabla 12. Diagrama de GANTT de la Vía Clínica.

Actividad	Tareas	Asignado a:	Inicio	Fin
Metodología de los procesos de identificación	Metodología del estudio	Coordinadora la vía – jefe de neurología – tutores de la tesis	Septiembre 2018	Octubre 2019
	Diseño de trabajo	Enfermeros de la UI – Coordinadora de la Vía- jefe de Neurología	Octubre 2019	Marzo 2020
Grupo de trabajo	Permiso del Comité ético del HCUVA	Comité ético del HCUVA	Enero 2020	Marzo 2020
	Contactar con las distintas personas involucradas en la disfagia, tanto en la UI como seguimiento de ella en el HUVA	Jefe de Neurología Coordinadora de la vía	Julio 2020	Diciembre 2020
	Creación del Grupo de Trabajo	Coordinadora de la Vía, jefe de la Unidad de Neurología	Enero 2021	Enero 2021
Identificación de procesos y revisión bibliográfica	Identificación de actividades desde activación del “Código Ictus” hasta el alta	Coordinadora de la VC, jefe de Neurología.	Enero 2020	Marzo 2021
	Identificación de mapeos de procesos, matriz temporal actual y preguntas claves.	Coordinadora de la VC, jefe de Neurología.	Enero 2020	Marzo 2021
Reuniones presenciales del grupo de trabajo	1º Reunión Presencial: -Presentación de los participantes del grupo de trabajo. Toma de contacto del grupo de trabajo. -Entrega del flujograma de las actividades antes de la VC de todos los procesos que se desarrollan en la atención del paciente con ictus.	Coordinadora de la VC, Jefe de Neurología, Grupo de trabajo	Enero 2021	Enero 2021
	2º Reunión Presencial: -Engranaje de otras especialidades en la atención a la disfagia en el paciente con ictus. -Visualización de los resultados de la Escala Canadiense. -Protocolo de hiperglucemia del paciente de la UI.	Coordinadora de la vía, jefe Unidad de neurología y Grupo de trabajo	Marzo 2021	Marzo 2021

Reuniones presenciales del grupo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> -Aprobación del MECV-V, como test de detección de la disfagia de la UI. -Cuando se debe realizar el test de disfagia. -Aprobación de monitorización de la presión arterial, solicitud de ECG. -Aprobación de intercambio de información a la salida de la UI como también cuando se traslada a otro centro. 	Coordinadora de la vía, jefe Unidad de neurología y Grupo de trabajo	Marzo 2021	Marzo 2021
	<p>3º Reunión presencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aprobación de ITC a endocrino/nutrición al paciente con SNG. Por enfermeros o neurólogos. -Aprobación de ITC única por neurólogos para RHB física y/o disfagia. RHB disfagia se encargará si fuera necesario de solicitar ITC a otorrinolaringólogos para estudios más avanzados. -Implantar el icono del test MECV-V, cuando termine su diseño en la unidad de neurología. -Se aprueba agregar el flujograma de detección de la disfagia en la UI a los documentos de la VC. -Diseño de la VC. -Cuestionario EMCA de calidad percibida para evaluar la satisfacción y selección de preguntas según nuestro estudio. 	Coordinadora de la vía, jefe Unidad de neurología y Grupo de trabajo	Abril 2021	Abril 2021
1º Medición piloto de los indicadores antes de la implantación de la VC	<p>4º Reunión Online:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Selección y aprobación de indicadores. -Diseño del formato de la ficha de recogida de datos de los indicadores. 	Coordinadora de la vía, jefe Unidad de neurología y Grupo de trabajo	Abril 2021	Abril 2021
	-Entrega de Base de datos de Badimur	Jefe de Neurología	Mayo 2021	Junio 2021
	-1º Medición de indicadores	Coordinadora de la VC	Junio 2021	Septiembre 2021

Implantación de la VC	-Difusión y entrega de documentación del protocolo a seguir para las actividades de la matriz de la UI al personal de la Unidad de Neurología. -Visualización de poster de matriz de actividades y Método Clínico de exploración volumen – viscosidad.	Coordinadora de la VC	Junio 2021	Septiembre 2021
	-Implantación de la VC	Coordinadora de la VC, jefe de la unidad de Neurología	Septiembre 2021	Diciembre 2021
2ª Medición de los indicadores después de la implantación de la VC	-Entrega de Base de datos de Badimur	Jefe de la unidad de Neurología	Abril 2022	Abril 2022
	2º Medición de indicadores: -Fiabilidad de los indicadores, resultados Kappa. -Cálculo de incumplimiento. -Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención. Diagrama de Pareto.	Coordinadora de la VC	Abril 2022	Mayo 2022
Satisfacción y evaluación de la VC	-Cuestionario de calidad percibida y satisfacción a pacientes y/o familiares vía telefónica. -Se evalúa la VC. -Discusión y conclusiones	Coordinadora de la VC	Junio 2022	Marzo 2023

4.5. COMITÉ DE ÉTICA

Para cumplir con la normativa de investigación y poder llevar a cabo estudios con pacientes, en diciembre de 2019 se solicitó autorización al Comité Ético del HCUVA, para la realización del estudio de la construcción, implementación y evaluación de la VC de la disfagia en la UI. Analizada la solicitud y documentación presentada, en fecha 19 de febrero de 2020, la comisión para la evaluación de trabajos de investigación del Área I de salud, otorgó la autorización para este proyecto (**Anexo 1**).

Así mismo, se garantizó el total anonimato y confidencialidad de datos e informaciones relativas a los pacientes objeto de estudio, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

4.6. METODOLOGÍA DE LA VÍA CLÍNICA

4.6.1. FASE 1. Elección del proceso a diseñar con la vía clínica.

La evidencia disponible, requiere que todo paciente con diagnóstico de ictus agudo y focalidad tenga una evaluación de su deglución(62), ya que la disfagia es un problema frecuente en estos pacientes(63). El abordaje protocolizado y profesional de la disfagia, aumenta la recuperación de estos pacientes en las UI(115).

Pese a la importancia que tiene la disfagia, como se ha explicado anteriormente, es uno de los trastornos que suelen estar desatendidos. Esta desatención puede producirse por el hecho de atender la enfermedad base y/o salvar la vida, recuperar o reestablecer la autonomía de sus funciones(50). En los últimos tiempos, se ha incrementado la necesidad de incluir la detección de la disfagia en los protocolos, guías y procesos de atención en la detección de la disfagia. La inclusión de un cribado de rutina para la disfagia en pacientes con ictus agudo, en los distintos documentos, se debe a que constituye un marcador de mal pronóstico en términos de morbilidad y recuperación funcional(39). La atención que esto nos despertó, fue debido a que el ictus agudo, es el motivo más habitual de la DO. Esta dificultad para tragar representa un porcentaje entre 37-78%, dependiendo de la técnica que se utilice para su diagnóstico(116). Cuando se detecta la disfagia, se deben prestar los cuidados y tratamientos adecuados, con especial atención en su fase aguda, ya que su presencia, se establece como predictor de mal pronóstico en relación a la morbilidad y restitución de sus funciones de los pacientes (39).

Dado de que la evaluación de la deglución para detectar la disfagia en la UI no se ha revisado desde el año 2013, y que se ha manifestado que podría existir variabilidad en las actuaciones enfermeras, surge la necesidad de revisar y modificar la detección de la disfagia en la UI del HCUVA, con el fin de implementar las últimas prácticas basadas en la evidencia utilizando herramientas de calidad para desarrollar un método que nos ayude a implantar las mejoras en esta UI mediante la coordinación de los sanitarios.

4.6.2. FASE 2. Creación del grupo de trabajo

Se conformó un grupo de trabajo multidisciplinar, a través de entrevistas para la captación de profesionales con conocimientos y contacto directo con la disfagia, o el paciente con ictus agudo. Este grupo de trabajo se comprometió con el propósito de la VC. Participó en la descripción, análisis de los procesos y búsquedas de información sobre las intervenciones más adecuadas para el paciente, compartieron habilidades, conocimientos y experiencias, que aportaban solidez a las acciones y decisiones que se tomaron en la construcción de la VC.

4.6.3. FASE 3. Identificación de mapeos de procesos, matriz temporal actual, y preguntas claves.

Para llevar a cabo las mejoras de los procesos que se desarrollan en la UI, en relación a la detección de la disfagia, fue necesario identificar las actividades que se realizaban antes del diseño de la VC, con la finalidad de visualizar y detectar carencias para mejorar y actualizar los procesos asistenciales, a través de un enfoque completo e integral.

4.6.3.1. Flujogramas y mapeos de procesos:

Se identificó primero todo el proceso general del paciente con ictus a través de un flujograma desde la activación del "CI", hasta que los pacientes son dados de alta. Este ejercicio se realizó para tener una visualización global del trayecto que sigue el paciente con ictus agudo. De este flujograma global se derivaron otros documentos específicos de la UI, de procesos y subprocesos que se plasmaron a través de los mapeos y flujograma, teniendo en cuenta la secuencia temporal y la persona que realizaba la actividad(98).

Para diseñar el mapeo de procesos específicos se aplicaron los siguientes criterios:

- La representación de los procesos comenzó y terminó con los pacientes con ictus agudo de la UI, se revisaron todas las funciones y servicios esenciales en la atención a este paciente.

- Se identificaron las actividades que se realizaban en la UI en la evaluación de la deglución para la detección de la disfagia antes del diseño de la VC, y así poder entender el circuito que recorría el paciente y la atención asistencial que se prestaba.
- Todos los mapas de procesos, flujogramas y subprocesos, fueron presentados para revisión y aprobación, por el jefe del servicio de Neurología, para dar mayor validez.
- Matriz de actividades por unidad de tiempo de la UI.

Para su incorporación se emplearon dos formas de representación gráfica. Por un lado, los diagramas de flujo o flujogramas y por otro los mapas de procesos que detallan intervenciones y actividades con cada elemento procesador (celadores, auxiliar de enfermería, enfermeras, técnicos de rayos, radiólogo, neurólogo, rehabilitador, y fisioterapeuta). Los procesos analizados inicialmente fueron: proceso general del paciente con ictus agudo, mapeo de proceso general del paciente con ictus agudo, mapeo de proceso de la UI, flujograma de la detección de la disfagia en la UI. Todos los procesos detallados corresponden a las intervenciones y actividades que se realizaban en la UI antes del diseño e implantación de la VC.

4.6.3.2. Matriz de actividades antes del diseño de la VC:

En la matriz de actividades por unidad de tiempo, se detallaron las intervenciones y actividades junto con la secuencia de ejecución que realizaban en la UI hasta ese momento, con referencia a los profesionales que la aplicaban. En ella se incluyeron todos los datos concernientes a: las evaluaciones, determinaciones o test, cuidados de Enfermería, actuaciones médicas, dietas y criterios al alta(98).

4.6.3.3. Preguntas planteadas:

En base a los objetivos, que se pretendieron alcanzar con el desarrollo de la VC, se formularon una serie de preguntas de manera que nos permitieron obtener respuestas claras para mejorar los procesos analizados. Las preguntas planteadas fueron las siguientes:

1. ¿Cuáles son las recomendaciones de las GPC sobre el manejo más adecuado de la disfagia?
2. ¿El test del agua es la mejor práctica para el diagnóstico seguro de la deglución?
3. ¿Cuánto es el tiempo promedio de dieta absoluta en una UI?
4. ¿Cuál es la prevalencia de disfagia después de un ictus?
5. ¿Cuáles son las complicaciones y repercusiones que se derivan de la disfagia?
6. ¿Cuál es la tasa de mortalidad del paciente con disfagia e ictus agudo?
7. ¿Existe variabilidad en la detección de disfagia después de un ictus agudo?

4.6.4. FASE 4. Revisión bibliográfica de la evidencia científica

4.6.4.1. Revisión sistemática de las guías de práctica clínica:

Se realizó una búsqueda de las GPC, utilizando bases de datos y páginas de instituciones reconocidas como son: National Guideline Clearinghouse de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); New Zealand Guidelines Group (NZGG); National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); CPG infobase Clinical practice guidelines; y GuiaSalud. Se incluyeron las últimas guías y sus actualizaciones, sobre la disfagia en el paciente con ictus. Se descartaron las GPC desactualizadas en nuestra búsqueda. Se extrajeron las recomendaciones, nivel de evidencia y consensos de la disfagia en el ictus agudo, de cada guía, que debido a la variabilidad sobre la utilización de diferentes sistemas de niveles y grados de recomendación, se optó por establecer el uso de un sistema común a todos como el Scottish intercollegiate guidelines network (SIGN) (**Tabla 13**) (117)(118), adaptándolos a nuestros resultados.

Las palabras claves utilizadas: “dysphagia”, “stroke”, “guidelines practice dysphagia”.

Tabla 13. Niveles de evidencia y grados de recomendación. (SIGN).

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	
1++	Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea casual.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía, o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
E*	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

4.6.4.2. Revisión sistemática de artículos relacionados con test de detección de disfagia:

Se realizó la búsqueda en artículos relacionados con los métodos exploratorios de la disfagia, para seleccionar el test de disfagia que se implantará en la UI para evaluar la deglución. Para justificar la selección del test, se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Ebscohost, y Scopus. En la estrategia se utilizaron los filtros para limitar el período de 2010 a 2021, y los idiomas a inglés y castellano. El proceso de selección inicial fue mediante la lectura del título y el resumen para después leer en una segunda ronda, el artículo a texto completo.

Las palabras claves utilizadas según DECS/MESH, fueron: “volumen-viscosity”, “swallow test”, “dysphagia”, “swallowing disorders”, “deglutition disorders”, “stroke”, “cerebrovascular accident”, “CVA”, “test volume viscosity”.

4.6.5. FASE 5. Diseño consensuado de la vía clínica

El grupo de trabajo realizó varias reuniones presenciales, dirigidas por el coordinador del grupo, que en este caso es la persona que inició el proyecto del diseño de la VC de la disfagia. La primera reunión presencial la convoca la coordinadora del grupo, para la presentación de participantes y para la toma de contacto del grupo. Luego se cita al grupo de trabajo para dos reuniones más, para debatir propuestas y mejoras de forma presencial. La intervención de los componentes del grupo de trabajo fue dinámica, participaron cada uno de ellos en las discusiones para solucionar los problemas, realizaron búsquedas de información para identificar propuestas de mejoras y propusieron cambios en la planificación actual de los procesos. A través de estas reuniones se desarrollaron los siguientes documentos:

4.6.5.1. Matriz final de actividades de la UI:

Es el documento central de la VC, donde se detallaron las mejoras en las intervenciones/actividades y su secuencia por unidad de tiempo. Se desplegaron a modo de esquema todas las acciones que realizarán los profesionales sanitarios durante el proceso asistencial, incluyendo las evaluaciones, determinaciones o test, cuidados de Enfermería, tratamientos, actuaciones médicas, y criterios al alta(98). Todas las nuevas acciones a ejecutar fueron respaldadas por la evidencia científica, recomendaciones de las GPC, experiencias, y opiniones de expertos.

4.6.5.2. Hoja de Variaciones:

Las variaciones son discrepancias existentes entre la conducta planeada y la real, en las acciones que se deben llevar a cabo. Se diseñó una hoja que debe cumplimentar el enfermero que aplica la VC, en caso de no seguir lo estipulado en la VC. En dicha hoja debe indicar la desviaciones o justificación del no seguimiento de la VC.

4.6.5.3. Hoja de información para pacientes y/o familiares:

Uno de los objetivos primordiales de la VC es centrar la atención en el paciente, ya que contribuye a incrementar la colaboración del mismo, a la vez que disminuye su ansiedad y la de sus familiares(98). Para mantener a paciente y/o familiares formalmente informados del proceso de salud, se diseñó un formato con información del procedimiento a seguir durante los días de estancia en la UI, explicado de forma simple.

4.6.5.4. Guía rápida sobre la disfagia tras un ictus:

Se desarrollaron recomendaciones dirigidas a pacientes, familiares y sanitarios, para optimizar la atención de la disfagia en el paciente tras un ictus. Con estas pautas se intentó incrementar la seguridad, eficacia de la deglución y la calidad de vida de estos pacientes.

4.6.6. FASE 6. Identificación, selección de indicadores, diseño de formato para recogida de datos.

A partir del diseño de la VC, se procedió a identificar y seleccionar indicadores para evaluar los procesos claves identificados. Se realizó una búsqueda inicial de la evidencia en artículos que incluyeran indicadores relacionados con el manejo de la disfagia, ordenándolos según la clasificación de Donabedian(91).

4.6.6.1. Revisión de los indicadores en artículos y vía clínicas:

Se realizó una búsqueda sistemática, para construir los indicadores que sirvieron para evaluar la VC de la disfagia. Se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Ebscohost, y Scopus, mediante los descriptores (Decs y Mesh). Las palabras claves utilizadas fueron: “dysphagia”, “quality indicators”, “critical pathway”, “stroke”, “health status indicators”, “outcomes assessment”, “swallowing disorders”, “deglutition”, “cerebrovascular accident”, “CVA”. Las poblaciones se limitaron a “adult” y “humans”. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los filtros para limitar el período de 2010 a 2021, y los idiomas a inglés y castellano.

El proceso de selección inicial fue mediante la lectura del título y el resumen, para después leer en una segunda ronda, el artículo a texto completo.

4.6.6.2. 1º Medición piloto de los indicadores antes de la implantación.

Los indicadores encontrados en la literatura fueron elegidos y adaptados por consenso, mediante el grupo de trabajo en una 4ta reunión online. Una vez identificados y seleccionados los indicadores, se cumplimentó un formato de ficha de descripción de indicadores diseñada por el grupo de trabajo. En dicha ficha, se incluyó toda la información de cada indicador (**Tabla 14**).

Tabla 14. Formato de ficha descripción de los indicadores.

FICHA DE INDICADORES	
IND.	
Descripción	
Forma de Medición	
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	
Justificación	
Numerador	
Denominador	
Fuentes de datos	
Estándar	
Referencias Bibliográficas	
Observaciones	

4.6.6.3. Identificación y método de muestreo de las unidades de estudio:

Para identificar las unidades de estudio de los indicadores, se utilizó como fuente de información principal la base de datos de neurología BADIMUR y el entorno informático del hospital (SELENE), teniendo en cuenta el Registro de Actividad de Atención Especializada del Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD). Para cada indicador individual, se consideró las poblaciones especificadas en las fichas de descripción de los indicadores (**Tabla 14**). El muestreo ha sido aleatorio sistemático en el período del 01 de marzo de 2021 al 31 de julio de 2021, en el programa Excel.

Para calcular la muestra en base a las proporciones, se usó la siguiente fórmula: $n = (z^2 \cdot p \cdot (1-p)) / i^2$, siendo $z = 1,96$ (para una confianza del 95%), i el intervalo de precisión (establecido en 0.15) y p la proporción esperada de cumplimiento (establecida en 0,5 dado que no hay resultados previos). Estos valores correspondieron a un tamaño muestral necesario de 42,68, que aproximó a 43 observaciones por indicador.

No obstante, se seleccionaron 60 casos (sobre-muestreo), para asegurar una muestra suficiente en caso de exclusiones o casos no válidos. En indicadores de estructura o aquellos de baja casuística se midieron hasta completar todo el tamaño muestral. La medición se realizó mediante dos evaluadores independientes.

4.6.6.4. Diseño de formato de recogida de datos:

Mediante un cuaderno de recogida de datos en Excel diseñado ad-hoc y aprobado por el grupo de trabajo, se cumplimentó la información necesaria para el cálculo de los indicadores. Los datos cumplimentados en el cuaderno de recogida de datos fueron: el número de historia clínica (anonimizado y confidencial), fecha de ingreso, hora de ingreso, realización del test de disfagia, resultado del test de disfagia, registro del tipo de disfagia, tipo de disfagia, registro del test utilizado en la detección de la disfagia, registro de complicaciones respiratorias, cumplimiento de la valoración Enfermera (patrones de Gordon), portador de SNG, fecha de inserción de la SNG, solicitud de ITC a nutrición/endocrino, fecha de ITC a nutrición/endocrino, paciente con disfagia al alta, ITC a RHB disfagia, fecha de alta con SNG, y mortalidad (**Anexo 2**).

4.6.6.5. Factibilidad de medición y de uso:

La facilidad con la que se pudieron extraer los datos, y la viabilidad de medición de los indicadores en diferentes contextos y usos asistenciales, son la clave para que el conjunto de indicadores pueda ser utilizado en la UI.

La factibilidad se evaluó de dos formas: 1) cualitativamente durante la extracción de datos, donde se contempló factible todo aquel indicador que pudo ser evaluado con la información disponible de las diferentes bases de datos; y 2) cuantitativamente, durante el análisis de los datos, contabilizando cuántos indicadores fueron medidos con los registros disponibles.

4.6.6.6. Fiabilidad de los indicadores:

La fiabilidad se comprobó, mediante la concordancia observada, y el cálculo del índice de kappa (κ) inter observador, para cada indicador. La interpretación del índice Kappa se realizó por medio de los criterios de Landis y Koch (1977), donde valores de concordancia superiores a 0,6 corresponderían a un acuerdo elevado y valores por encima de 0,8 corresponderían a una concordancia casi perfecta(119)(120). En indicadores con prevalencia por encima del 85% o por debajo del 15% y un valor de kappa no satisfactorio se calculó la concordancia general y el índice PABAK, para comprobar si el indicador es fiable(121).

Todos los cálculos se realizaron en Excel 365 y SPSS 23.0.

4.6.6.7. Cumplimiento de los criterios evaluados:

Para el cálculo, se seleccionó una parte representativa del conjunto de los casos (muestra). El cumplimiento “real” del criterio (C), no se pudo conocer con exactitud, debido a que el propio proceso de muestreo ha introducido un error en la medición. Sin embargo, sí que se pudo establecer con una determinada probabilidad (grado de confianza), el intervalo de valores en el que se encontró comprendido el cumplimiento “real” del criterio. Sus límites (máximo y mínimo), se pudieron determinar fijando previamente la confianza del intervalo y calculando a posteriormente: (i) la estimación puntual del nivel de cumplimiento y (ii) el error estándar de la medición. Este procedimiento se desarrolló en las siguientes etapas(92):

La estimación del nivel de cumplimiento puntual (P) en forma de porcentaje, se calculó mediante la siguiente fórmula, porque nuestra muestra se ha conseguido a través de un proceso sistemático, aleatorio simple:

$$P = \frac{nc}{n} * 100$$

El grado de confianza, estuvo comprendido en porcentajes iguales o superiores al 95%, con un valor z (variable tipificada de la curva normal) de 1,96. Se calculo el error estándar o desviación estándar de la estimación puntual y el correspondiente intervalo para la

confianza elegida (i), utilizando una hoja de cálculo diseñada ad-hoc, para evaluar los distintos criterios. La fórmula que se empleó fue:

$$i = z^* \sqrt{\frac{P(1-p)}{n}}$$

- Se reajustó el intervalo en función del tamaño del universo **si** $\frac{n}{N} > 0,1$, por el tipo de muestra aplicado (aleatorio simple o sistemático), con la fórmula siguiente:

$$i \text{ (ajustada)} = i^* \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

- Se estableció el valor máximo y el valor mínimo (intervalo de confianza) (IC), por ende, se localizó el grado de cumplimiento “real” del criterio con la probabilidad (confianza) del 95%.

$$IC_{(95\%)} = P \pm i$$

4.6.6.8. Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención. Diagrama de Pareto.

4.6.6.8.1. Elaboración de la tabla de frecuencias absolutas y relativas:

Se diseñó la lista de indicadores, y su frecuencia absoluta y relativa de incumplimiento. La frecuencia relativa, se estimó al dividir la frecuencia absoluta de incumplimientos, del indicador entre el total de incumplimientos encontrados en la muestra (suma de incumplimientos de todos los indicadores). Luego se clasificaron los indicadores en el orden descendente al número de incumplimientos. Seguidamente se calculó la frecuencia relativa acumulada, al sumar el porcentaje relativo de incumplimientos de cada criterio, los incumplimientos que suponen todos los anteriores a él en la tabla(92).

4.6.6.8.2. Elaboración del gráfico:

Representamos, mediante barras, en el eje de coordenadas (eje x), los criterios disponibles en la evaluación. La medida de la barra, pertenece a las frecuencias absolutas y relativas

de incumplimientos, se toman como referencia los ejes verticales (y) izquierdo y derecho correspondientemente. Los dos ejes, logran conseguir la misma altura, correspondiendo el izquierdo al total de incumplimientos y el derecho al porcentaje relativo (0-100%). Con estos datos se dibujó la curva de frecuencia relativa acumulada, y se pudo distinguir el punto que corresponde al 80%-20% de los incumplimientos encontrados(92).

4.6.7. FASE 7. Implantación de la Vía Clínica

Como cualquier proceso de cambio, se estableció una estrategia para la implementación, que consistió primeramente en establecer un diagrama de Gantt, donde se determinaron los tiempos necesarios para la implantación de la misma. Además, se diseñó un documento para el seguimiento de la VC en formato papel tipo protocolo, que incluían solo los cambios realizados para la evaluación de la deglución, detección de la disfagia y otros cambios en la UI. Anexo a este manuscrito se agregaron todos los documentos de la VC. Se realizaron reuniones para hacer partícipe de todas las novedades tanto al jefe de la Unidad de Neurología como a la Supervisora de Enfermería de Neurología, que más tarde ellos harían extensiva a los neurólogos y enfermeros a través de la entrega del documento. Este protocolo se distribuyó al equipo de Enfermería, y en general a toda la unidad. Se dispuso de algunos integrantes del grupo de trabajo, para resolución de dudas sobre la aplicación de la VC. Los documentos de la VC, fueron entregado y expuestos en la UI, para una mayor visualización, y acceso rápido para su seguimiento y realización.

4.6.8. FASE 8. 2º Medición de los indicadores

El tamaño muestral fue de 43 observaciones por indicador. No obstante, se seleccionaron 60 casos para asegurar una muestra suficiente en caso de exclusiones o casos no válidos. En indicadores de baja casuística se midieron hasta completar todo el tamaño muestral. El muestreo ha sido aleatorio sistemático en el período de enero a marzo de 2022, en el programa Excel.

4.6.8.1. Estimación de la mejora conseguida (absoluta y relativa):

Paso 1º: para tener una valoración precisa de la mejora o el cambio experimentado en el cumplimiento de un indicador entre la reevaluación (p2) y la evaluación (p1), se expresó en términos de mejora absoluta y relativa, para cada criterio. La mejora absoluta (MA) es restar

la reevaluación y la evaluación, en el nivel de cumplimiento del criterio en cuestión, como se visualiza en la siguiente fórmula:

$$MA = p_2 - p_1$$

La mejora se expresó también, aportando información, con respecto al punto de inicio de la 1º evaluación, se calculó la mejora relativa (MR) de la siguiente manera:

$$MR = \frac{p_2 - p_1}{1 - p_1} * 100$$

Paso 2º: Como se trabajó con muestras, fue preciso desechar la posibilidad de que la mejora observada, ha sido derivada del azar o error del muestreo. Se supuso, a través de contraste de hipótesis de una cola, la probabilidad de la hipótesis nula:

$p_2 = p_1$ “no se ha experimentado una mejora en el nivel de calidad”.

- Dicha hipótesis se puede rechazar cuando tiene una probabilidad (p) suficientemente baja (normalmente menor o igual a 0,05), para aceptar con un error (=p) la hipótesis alternativa:
- Hipótesis alternativa: $p_2 = p_1$ “Se ha experimentado una mejora” (con un riesgo de error=5%)
- La probabilidad de la hipótesis nula (p o error), se estableció en el caso más habitual donde se aplicaron indicadores dicotómicos (cumple o no cumple), su valor p (probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta).

$$Z = \frac{p_2 - p_1}{\sqrt{p(1-p)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

p_1 : proporción de cumplimientos en la 1º evaluación

p_2 : proporción de cumplimientos en la 2º evaluación

n_2 : tamaño de la muestra en la 2º evaluación

n_1 : tamaño de la muestra en la 1º evaluación

C₁: N° de cumplimientos del criterio en 1º evaluación.

C₂: N° de cumplimientos del criterio en la 2º evaluación.

4.6.8.2. Análisis gráfico: diagrama de Pareto Antes – Después:

Se confeccionó una tabla de frecuencias absolutas y relativas de incumplimientos, en la reevaluación de cada indicador. Como las muestras de la reevaluación (n₂) y de la evaluación (n₁), difirieron de tamaño fue necesario ajustar las frecuencias absolutas de incumplimientos de la reevaluación de cada criterio (d₂), en base al tamaño de la muestra de la 1º evaluación, empleando una simple regla de tres(92):

$$X = \frac{d_2 - n_1}{n_1}$$

4.6.9. FASE 9: Satisfacción:

La satisfacción nos acerca a una valoración del servicio prestado en la atención a los pacientes, el resultado positivo es lo que se espera que produzca en los usuarios que se deriva de ella(96). La valoración de la satisfacción, como resultado de la atención centrada en el paciente y la percepción del paciente de la calidad de la atención, es esencial en la medición de la calidad y parte fundamental de la valoración del éxito de las VC(122).

En una unidad tan especializada y estructurada como la de ictus, mantener o mejorar la satisfacción de los usuarios/familiares, es esencial para dar un servicio asistencial de calidad.

4.6.9.1. Cuestionario de calidad percibida:

El programa EMCA, se creó para fortalecer la puesta en marcha de estrategias vinculadas a la gestión de la calidad en el sistema de salud, sustentadas en el modelo europeo de calidad (EFQM), desarrollando actividades voluntarias internas, respaldadas a través de la monitorización, formación, asesoramiento metodológico, e investigación. Sus cuestionarios van dirigidos a conocer la experiencia propia del paciente, con ellos se pueden identificar

factores, hechos o sucesos para mejorar los niveles de calidad percibida y satisfacción de los pacientes(123).

Por ello, se seleccionó el cuestionario validado de satisfacción y calidad percibida del programa EMCA, en hospitalización de adultos de 2018, de la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, dirigidos al paciente y/o familiares (**Anexo 3**). Este cuestionario incluye preguntas acerca del personal que le atendió, funcionamiento de la unidad y del hospital en general.

Primero, se estableció contacto vía email con el técnico responsable de calidad asistencial de la EMCA, para solicitar el cuestionario y adaptarlo a nuestro estudio. Una vez recibida la respuesta confirmando la disponibilidad de uso y la mejor forma de utilizarlo, se procedió a realizar la selección de aquellas preguntas que podrían ser utilizadas en la UI, por consenso con el grupo de trabajo. También se modificó la ubicación del paciente a “Unidad de Ictus / Neurología” en lugar de “hospital” cuando se hicieron las preguntas.

La utilización de un cuestionario que ya estaba en funcionamiento en el hospital, fue esencial para desarrollar el trabajo, ya que permitió recopilar la información necesaria que nos ayudó a conocer la percepción del paciente/familiares en cuanto a la atención prestada mientras estuvo ingresado en UI.

El cuestionario de la EMCA (2018) consta de 44 preguntas en total. Partiendo de este cuestionario, en 2019 la Subdirección General de Calidad Asistencial seguridad y Evaluación, del Servicio Murciano de Salud, realizó una selección de 37 preguntas, dirigidas a los hospitales de las distintas áreas de salud del SMS y concretamente a las Unidades de Neurología. Con los resultados que se obtuvieron de dicho cuestionario, se seleccionó el lugar de nuestro estudio, la Unidad de neurología del HCUVA del Área 1, con una muestra n=50 pacientes/familiares, y se realizó una comparativa con el cuestionario adaptado para este estudio del año 2022, con una muestra de n=43. La encuesta de este estudio se realizó vía telefónica.

4.6.10. FASE 10: Evaluación de la vía clínica

Se realizó la comparación de los resultados del antes y después de la implantación de la VC, y se determinó el cumplimiento que ha tenido la VC entre los profesionales implicados, igualmente, se realizó un seguimiento de las nuevas actividades que se introdujeron en la VC y se evaluó la calidad de satisfacción a través del cuestionario de satisfacción percibida.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DEL DISEÑO DE LA VÍA CLÍNICA

5.1.1. FASE 1: Proceso a diseñar en la Vía Clínica:

Varios puntos motivaron a desarrollar la VC, por un lado, la importancia de la detección de la disfagia en el paciente con ictus agudo, por otro lado, la evaluación de la deglución para detectar la disfagia no se había revisado desde el año 2013, y, por último, a través del trabajo rutinario del personal de Enfermería, se detectó posible falta de unificación de actuaciones para la detección de la misma. Con este trabajo de investigación se decidió llevar a cabo una actualización enfocada a dar respuestas a los puntos descritos con respecto a la disfagia en la UI.

Debido al interés que ha despertado en el sector sanitario, para desarrollar e implantar herramientas hacia la gestión de una enfermedad o de un proceso en sí mismo, y conseguir una óptima eficiencia en proceso asistencial, se elige diseñar una VC, tomando como base el esquema de Saturno(98). Este esquema es propuesto por los hospitales de la Región de Murcia como modelo integrado, validado y compuesto, el cual se ajustó a 10 fases para el proceso y desarrollo de la VC para la detección de la disfagia en la UI.

La VC se utiliza como herramienta cuando existe variabilidad en el desarrollo de actividades, de manera que definirá la secuencia, duración y la responsabilidad que los profesionales sanitarios desarrollarán en este proceso asistencial, a través de la gestión clínica para garantizar una asistencia de calidad a los pacientes.

5.1.2. FASE 2: Grupo de trabajo

El grupo de trabajo multidisciplinar está formado por profesionales sanitarios (**Tabla 15**), que trabajan de manera directa con el paciente con ictus y/o pacientes con disfagia, en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. En concreto el grupo queda conformado de la siguiente manera:

Tabla 15. Descripción del Grupo de Trabajo.

Categorías	Cargo / Ocupación	Sexo (n)	Años de experiencia	
7 enfermeras	Coordinadora del grupo	Mujer (n=1)	7	
	Supervisora Enfermería de neurología	Mujer (n=1)	35	
	Enfermeros de neurología		Hombre (n=2)	17
			Mujer (n=2)	19
				18
				12
	Enfermera de nutrición	Mujer (n=2)	16	
		14		
6 médicos Neurología	Jefe de la unidad de neurología	Mujer (n=1)	25	
	Responsable de la Unidad de Ictus	Mujer (n=1)	10	
	Neurólogo Vascular	Hombre (n=1) Mujer (n=1)	8	
	Neurólogo	Hombre (n=1)	16	
2 médicos de Rehabilitación	Jefe de servicios de rehabilitación	Mujer (n=1)	35	
	Rehabilitadora - Disfagia	Mujer (n=1)	8	
Médico endocrino	Endocrino de nutrición	Mujer (n=1)	20	
Médico otorrinolaringólogo	Otorrinolaringólogo – Disfagia	Hombre (n=1)	10	

5.1.3. FASE 3. Mapeos de procesos, matriz temporal actual, preguntas claves.

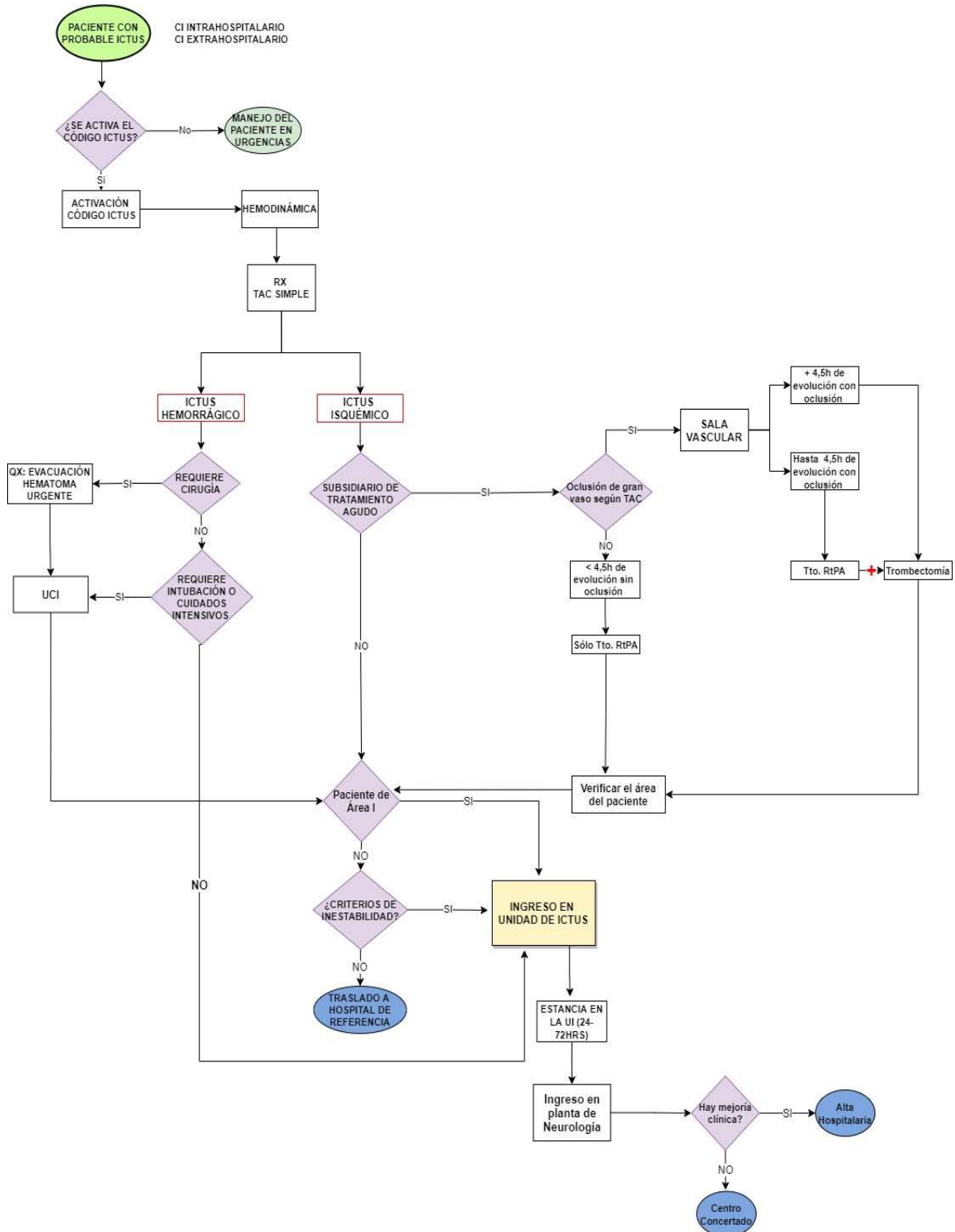
Después de revisar toda la documentación sobre las funciones, servicios y procesos que componen la atención del paciente con ictus agudo, se procedió junto con la jefe de la Unidad de Neurología, elaborar con detalle las actividades e intervenciones que se realizan en cada uno de los procesos. En primer lugar, se definieron los límites que abarcan la atención del paciente con ictus agudo, con esto nos referimos a donde comienza, que será al activar el CI y donde acaba el proceso que será cuando el paciente tiene el alta. Se describieron las actividades que se realizaban en cada unidad por donde pasa el paciente. Finalmente, se elaboraron los diagramas de flujo y mapa de procesos antes del diseño de la VC, que se detallan a continuación:

5.1.3.1. Mapeos de procesos

- **Diagrama de flujo del proceso general del ictus agudo:** Se detallaron las secuencias de todo el proceso asistencial, desde que se activa el “Código Ictus” (intrahospitalario o extrahospitalario), visualizando cada unidad, pruebas, test que se realizan, tipo de ictus

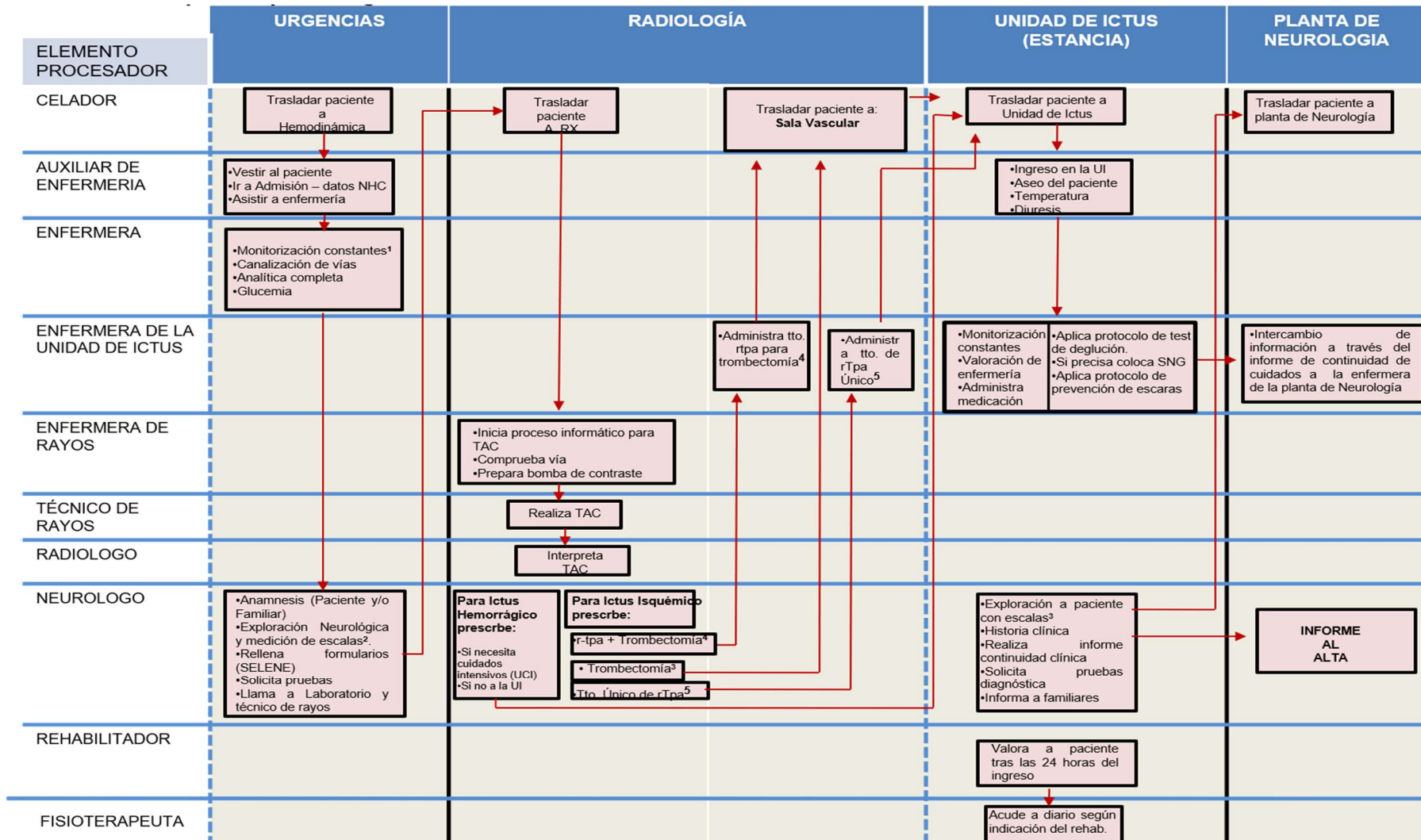
(hemorrágico o isquémico), tratamiento que se aplica dependiendo del tipo de ictus con los tiempos establecidos, hasta su llegada a la unidad de ictus u otro destino, finalizando con el alta hospitalaria o traslado a otro hospital (**Figura 4**).

Figura 4. Diagrama de flujo del proceso general del paciente con ictus.



- **Mapeo del proceso general del ictus agudo:** se representaron las actividades a realizar por cada unidad asistencial (urgencias, radiología, unidad de ictus, planta de neurología), por los distintos profesionales sanitarios que la llevan a cabo, a los cuales se les llamo elemento procesador (celador, auxiliar de Enfermería, enfermera, enfermera de la UI, enfermera de radiología, técnico de rayos, radiólogo, neurólogo, rehabilitador y fisioterapeuta). El mapeo se realizó desde que el paciente ingresa en la hemodinámica con la activación del CI, hasta el alta del paciente (**Figura 5**).

Figura 5. Mapeo del proceso general del paciente Código Ictus.



¹ constantes vitales: Tensión arterial, saturación de oxígeno, electrocardiograma (ECG), respiraciones por minuto.

² escala National Institute of Stroke Scale (NIHSS) y Escala Rankin modificada.

³ tratamiento que se administra en ictus isquémico, en sala vascular en pacientes con oclusión de gran vaso, con +4,5 hrs de evolución (Trombectomía).

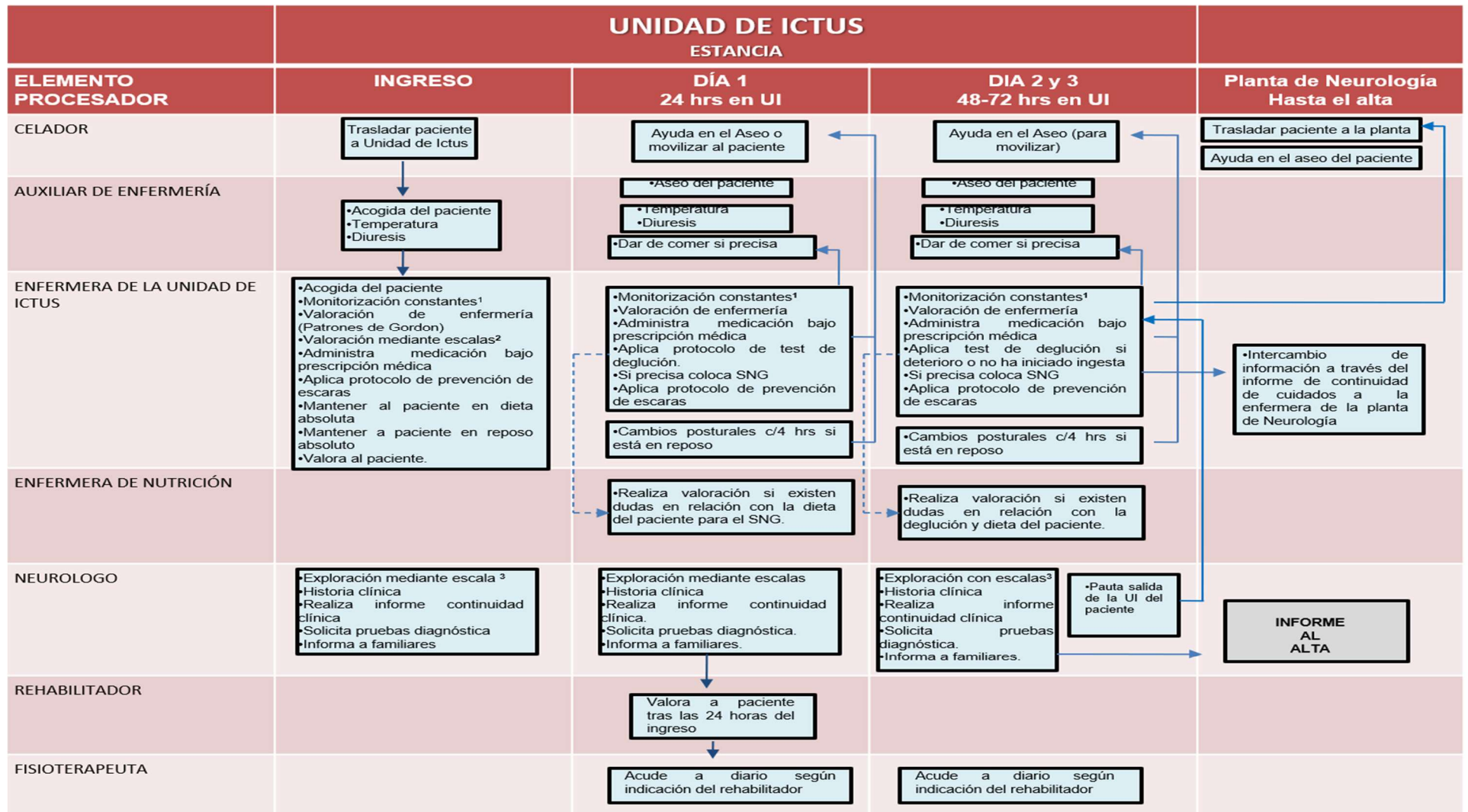
⁴ Tratamiento que se administra en ictus isquémico, en sala vascular en pacientes con oclusión de gran vaso, con hasta 4,5 hrs de (rtPA + Trombectomía).

⁵ tratamiento único que se administra en ictus isquémico, con activador tisular de plasminógeno recombinante intravenoso (r-tPA), en pacientes sin oclusión de gran vaso con < 4,5 hrs de evolución.

De los documentos generales de la atención al paciente con ictus (flujograma y mapeo), surgen los documentos específicos de la UI:

- **Mapeo de proceso de la Unidad de Ictus:** se detallaron las acciones e intervenciones que se realizaban durante la estancia en la UI, especificando las actividades de cada elemento procesador, hasta que se pauta la salida a la planta de neurología y se da el alta al paciente (**Figura 6**).

Figura 6. Mapeo de proceso de la Unidad de Ictus.



¹ constantes: tensión arterial, saturación de oxígeno, electrocardiograma (ECG), respiraciones.

² valoración mediante escalas de Enfermería: escala canadiense.

³ escala del National Institute of Health Stroke (NIHSS) y escala de Rankin Modificada.

-----> Solo en casos puntuales (cuando no se tiene claro, cuando hay que colocar SNG para valorar la dieta).

- Diagrama de flujo de la detección de la disfagia en la UI:** la gráfica de este algoritmo, representa el desarrollo que llevaban a cabo las enfermeras de la UI para la evaluación de la deglución, y detectar la disfagia en el paciente con ictus agudo, antes del diseño de la VC. La detección de la disfagia se realizaba mediante el test de agua Depippo(42)(66), implantado por protocolo en la unidad en el año 2013 (**Figura 7**). El resultado de disfagia de esta evaluación, se registra en el apartado de la Escala Canadiense, en el SELENE (**Figura 8**).

Figura 7. Diagrama de flujo de la detección de la disfagia en la UI.

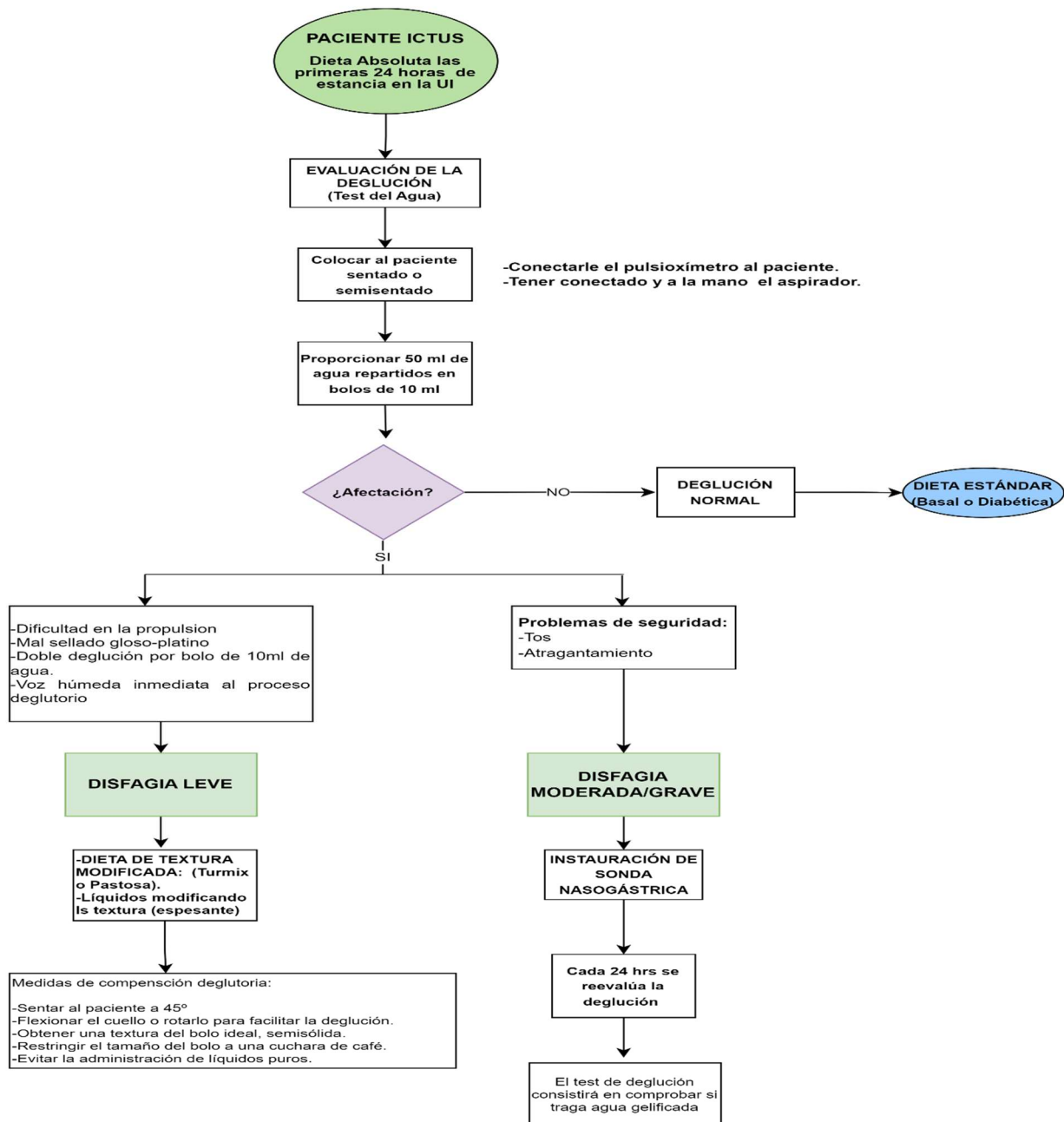



Figura 8. Registro del resultado de la disfagia en la Escala Canadiense.

→ Botones de Acción

ESCALA CANADIENSE BARTHEL ESCALA NIHSS ESCALA RANKIN MODIFICADA

Test Disfagia: 

→ A .ESTADO MENTAL

Nivel de conciencia

Orientación

Lenguaje

→ B1.FUNCIONES MOTORES

Afectación cara

Afectación brazo proximal

Afectación del brazo distal

Afectación de la pierna

→ B2.FUNCIONES MOTORES

Afectación de la cara


Afectación del brazo

Afectación de la pierna

Resultado

→ Botones de Acción

ESCALA CANADIENSE BARTHEL ESCALA NIHSS ESCALA RANKIN MODIFICADA

Test Disfagia: 

→ A .ESTADO MENTAL

Nivel de conciencia

Orientación

Lenguaje

→ B1.FUNCIONES MOTORES

Afectación cara

Afectación brazo proximal

Afectación del brazo distal

Afectación de la pierna

→ B2.FUNCIONES MOTORES

Afectación de la cara

Afectación del brazo

Afectación de la pierna

Resultado

5.1.3.2. Matriz de actividades que se desarrollan antes de la vía clínica:

- **Matriz de las actividades que se desarrollan antes de la VC:** Se realizó la secuencia de las actividades que los profesionales realizaban en la UI, para ello se utilizó la matriz temporal de actividades por unidad de tiempo, donde se incluyeron: los cuidados de Enfermería, actuaciones médicas, dietas y criterios al alta que realizaban los profesionales antes del diseño de la VC (**Tabla 16**).

Tabla 16. Matriz de las actividades que se desarrollan en la Unidad de Ictus antes del diseño de la Vía Clínica.

Días	Ingreso Unidad de Ictus	Día 1	Día 2 y Día 3 48-72 hrs	Planta de Neurología hasta el alta
Acciones				
Circuito de contacto	El Neurólogo contacta con la enfermera de la unidad de ictus (UI) para el ingreso del paciente.			Se traslada paciente.
Evaluaciones	<p>Ingreso en la UI</p> <p>Enfermera de Ictus:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Protocolo de acogida. -Valoración de Enfermería (Patrones de Gordon). -Valoración mediante escalas¹. -Administrar medicación prescrita. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Informa a familiares. 	<p>Enfermera de Ictus:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración de Enfermería (Patrones de Gordon). -Valoración mediante escalas¹ (por turno o cuando existan cambios neurológicos). -Administrar medicación prescrita. -Realizar test de deglución. -Colocación de SNG si precisa. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Informa a familiares. <p>Rehabilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valora al paciente. <p>Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acudirá según indicación del rehabilitador. 	<p>Enfermera de Ictus:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración de Enfermería (Patrones de Gordon). -Valoración mediante escalas¹ (por turno o cuando existan cambios neurológicos) -Administrar medicación prescrita. -Realizar test de deglución. -Colocación de SNG si precisa. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Pauta salida de la UI del paciente. -Informa a familiares. <p>Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acudirá según indicación del rehabilitador. 	<p>Enfermera de Ictus:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intercambio de información a través del informe de continuidad de cuidados a la enfermera de la planta de neurología. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Informe al alta. -Informa a familiares. <p>Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pautas o recomendaciones según indicación del rehabilitador.
Determinaciones o Test:			Enfermera: Nutrición: vía oral o por SNG - Test de Disfagia	
Presión Arterial	Si	Cada hora	Cada 8 horas	
Saturación de O2 y Frecuencia Respiratoria	Si	Continua	Continua	
Glucemia capilar	Si	Cada 6 horas	Desayuno – Comida – Cena si nutrición VO	
Temperatura	Si	Cada 4 horas	Cada 4 horas	
Monitorización cardíaca	Si	Continua	Continua	
Registro del ECG	Si	Cada 24 horas	Cada 24 horas	
Cambios Posturales	Reposo Absoluto	Cada 4 horas	Cada 4 horas si el paciente está en reposo	
Protocolo prevención de escaras	Solicitar colchón antiescaras si precisa.	Continuo	Continuo	

Evaluación de la Deglución	Dieta absoluta	-Test del agua	Si deterioro o no ha iniciado ingesta. Protocolo de Nutrición: -Si Deglución normal -Si Disfagia leve -Si disfagia Moderada/Grave	
Tratamientos médicos y cuidados de Enfermería Aplicación de protocolos de Enfermería úlceras por presión, caídas, glucemia, constantes (TA, SAT O2, FC,)	-Glucemia: el tratamiento de elección será con insulina por ser el hipoglucemiante más potente y permitir su uso en cualquier situación. <ul style="list-style-type: none"> • Si Glucemia 150-250mg/dl: insulino terapia subcutánea • Si glucemia >250mg/dl: insulino terapia endovenosa. -Recogida de contantes vitales. -Cuidados de la piel. <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la presión: cambios posturales individualizados, y/o solicitar colchón antiescaras. • Manejo de la humedad: si incontinencia vigilar zona interglútea y sacra. Protocolo de prevención de escaras. <ol style="list-style-type: none"> Prevencción de las zonas de presión y prominencias óseas. Hidratación de la piel. Colocación de colchón antiescaras. 		Cambios Posturales: <ol style="list-style-type: none"> Se deben realizar cada 4 horas mientras el paciente este en reposo. Si el paciente lo permite tras 24 horas de ingreso hay que mantenerlo en sedestación mañana y tarde, tal como hemos acordado con el fisioterapeuta. Los cambios posturales se realizan con almohada, una para el brazo parético, otra para la pierna parética, la tercera para la cabeza la cuarta para el decúbito lateral. En los cambios posturales se realizan dos posiciones: decúbito lateral supino y decúbito lateral hacia el lado sano. Al movilizar al paciente evitar traccionar, presionar o coger al paciente por la axila del brazo parético. 	
Medicación	Según prescripción del Neurólogo	Según prescripción del Neurólogo	Según prescripción del Neurólogo	Según prescripción del Neurólogo
Actividad	Reposo Absoluto en cama	Cama-Sillón	Cama-Sillón	
Dieta	Dieta Absoluta	Según resultados de test de deglución	Según resultados de test de deglución	
Información	Consentimiento informado si procede	Diaria al paciente y a la familia educación sanitaria.	Diaria al paciente y a la familia educación sanitaria.	

¹Escala canadiense, se registra en SELENE.

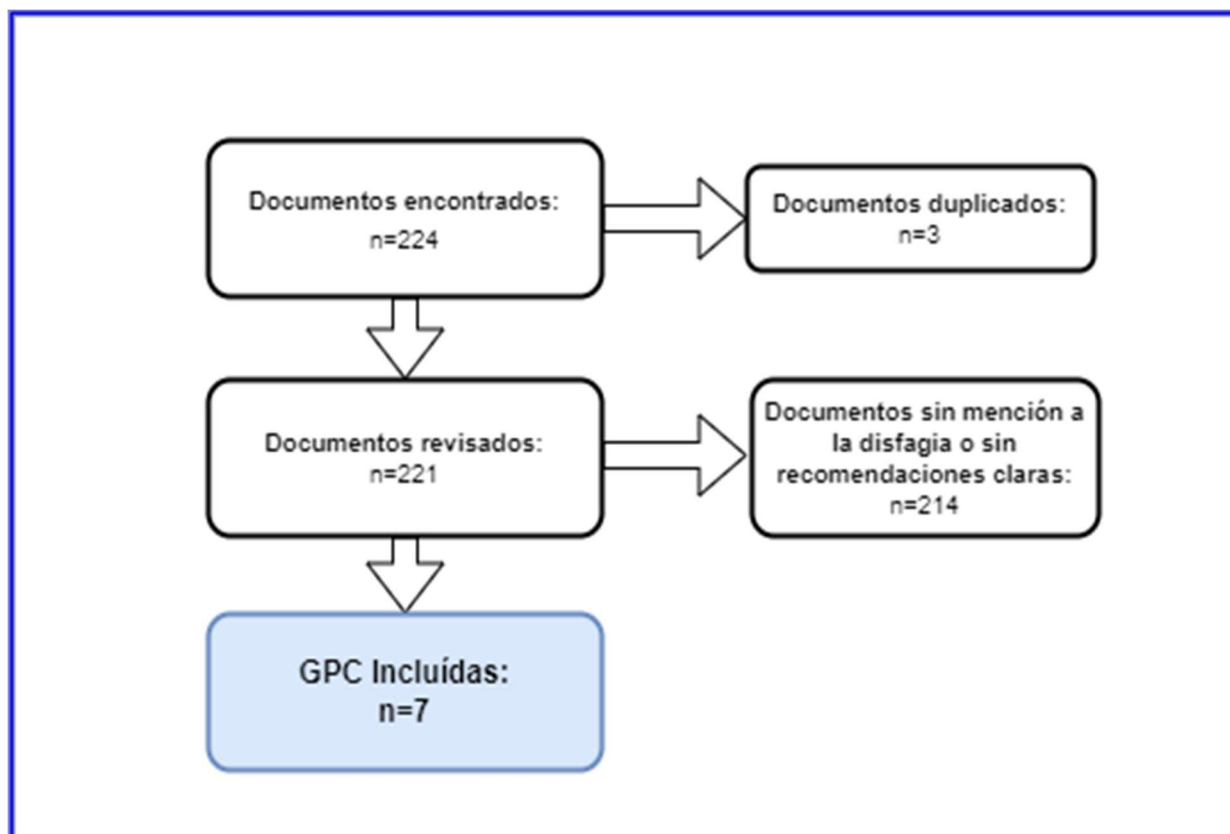
²Escala del National Institute of Health Stroke (NIHSS) y escala de Rankin Modificada.

5.1.4. FASE 4. Revisión bibliográfica de la evidencia científica

5.1.4.1. Revisión de la evidencia científica disponible de la disfagia en el ictus. Guías de práctica clínica:

En las diferentes bases de datos de Guías de práctica clínica (GPC), se realizó la búsqueda que dio como resultado un total de 224 GPC, la gran mayoría de las guías desarrollaban recomendaciones para el ictus agudo y muy pocas desarrollaban de una manera más o menos amplia la deglución y su diagnóstico. De dicha selección 3 GPC estaban duplicadas, solo 1 GPC era específica de la disfagia en el paciente con ictus, el resto eran GPC para el manejo del ictus agudo, pero dentro de su desarrollo mencionaban recomendaciones sobre el tema que aborda nuestro estudio. En total trabajamos con 7 GPC seleccionadas (**Figura 9**).

Figura 9. Flowchart del proceso de selección de las GPC.



De las GPC seleccionadas (**Anexo 4**), se realizó una lectura detallada para analizar la validez de los hallazgos encontrados, de acuerdo a la calidad metodológica de las investigaciones que las soportan. Se eligieron las recomendaciones que tenían relación con el diagnóstico, técnica utilizada y tratamiento de la disfagia en el paciente con ictus. Se categorizaron las recomendaciones disponible en ellas, mediante la jerarquización de los niveles de evidencia y grados de recomendación, para resolver la aplicación de una intervención, tratamiento o procedimiento(117). Las recomendaciones que se seleccionaron mostraban la relación directa con nuestro estudio (**Tabla 17**).

Tabla 17. Recomendaciones de las guías de prácticas clínicas seleccionadas.

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA	AÑO	NIVEL DE EVIDENCIA (NE) y FUERZA DE RECOMENDACIÓN (FR)
<p>Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, recovery, and community participation following stroke.</p>	2019	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación antes de ingesta oral por personal capacitado (FR: C) -Resultados con disfagia deben derivarse a profesionales capacitados para evaluación más detallada (FR: D) -Manejo individualizado para abordar la terapia de la disfagia (FR: D) -Pacientes, familia y cuidadores deben recibir educación sobre deglución segura (FR:D) -Cuidado bucal y dental para reducir aún más el riesgo de neumonía (FR: C)
<p>Clinical Guidelines for stroke management</p>	2017	<ul style="list-style-type: none"> -Examen de deglución a pacientes con AC, dentro de las cuatro horas posteriores a su llegada al hospital y antes de la administración de alimento y/o medicación vía oral (FR: D). -Personas con ictus agudo deben someterse a un examen de deglución, mediante una herramienta de detección validada, por un profesional capacitado (NE: 2++; FR: A). -Cuando existen dificultades de deglución se debe utilizar de manera temprana enfoques conductuales como ejercicios de deglución, modificaciones, dietéticas, consejos para deglutir de forma segura (NE: 1++; FR: A). -Hasta que se establezca un método de deglución oral seguro, evaluar y tratar su nutrición con consideración de vías alternativas no orales. (FR: A) -Los pacientes con disfagia que siguen dietas y/o líquidos de textura modificada deben controlar su ingesta y tolerancia a la dieta modificada debido al mayor riesgo de desnutrición y deshidratación. (FR: A) -Entrenamiento de habilidades y fuerza en terapia directa (con alimentos y/o líquidos). (FR: A)
<p>ESPEN Guidelines clinical nutrition in neurology</p>	2017	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar cribado formalizado de disfagia en pacientes con AC lo antes posible y antes de la ingesta oral. (FR: A) -Pacientes con disfagia deben tener una evaluación más completa. (FR: A) -Los pacientes con AC deben ser evaluados por riesgo de desnutrición. (FR: A) -Ofrecer alimentos de textura modificada en pacientes con AC disfágicos y la dieta debe ser supervisada por nutricionista (FR: A)
<p>National clinical guideline for stroke</p>	2016	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes con AC en dieta absoluta hasta examen de deglución, considerar fluidos alternativos, evaluación completa de la deglución, alimentación por SNG si así se requiere, valoración nutricional, medicación otra vía que no sea oral. (NICE 2006,2008 y Geengenage 2012) (NE:1+; FR: A) -Los pacientes con AC deben someterse a un examen de deglución mediante herramienta validada y por profesional capacitado dentro de las 4 horas posteriores a la llegada al hospital y antes de recibir ingesta oral. Kertscher et al, 2014; Martino et al, 2014; Bray et al 2016 (NE: 2-; FR: C) -Pacientes con disfagia considerar evaluación instrumental de deglución VEEF o VEES. Martino et al, 2005; Carnaby et al, 2006; Royal College of Speech and Language Therapists, 2007, 2008; Terre and Mearin, 2012 (NE: 2+; FR: C) -Pacientes con disfagia deben recibir rehabilitación, así como estrategias compensatorias, restauradoras, y modificación de la textura de alimentos y líquidos. Foley et al, 2008; Speyer et al, 2010; Geengenage et al, 2012; Terre and Mearin, 2012; Rofes et al, 2013; Nakamura and Fujishima, 2013 (NE: 1+; FR: A) -Pacientes con AC deben permanecer en dieta absoluta hasta que se realice un examen de deglución. (NE: 3; FR: D)
<p>New Zealand Clinical Guidelines for stroke management</p>	2010	<ul style="list-style-type: none"> -El reflejo nauseoso no es una prueba válida para la disfagia y NO debe usarse como signo diagnóstico. (NE: 2++; FR: B) -Los pacientes deben ser examinados antes de deglución oral por personal capacitado y herramienta validada. (NE: 2++; FR: B) -En pacientes disfágicos, se debe utilizar estrategias compensatorias como posición, maniobras terapéuticas o modificación de alimentos y líquidos para facilitar la deglución segura. (NE: 2++; FR: B) -Los pacientes con AC deben someterse a examen de deglución por lo menos dentro de las 24 horas posteriores a su admisión. -Los pacientes con disfagia deben ser remitidos para una evaluación integral (terapeuta, logopeda) o incluir examen instrumental. -Pacientes con disfagia con dietas modificadas deben de ser reevaluadas para revisar la tolerancia de la dieta modificada. -Personal y cuidadores deben recibir formación sobre técnicas de alimentación y deglución. (FR: A)

SIGN 118 management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.	2010	<p>-Todos los pacientes con AC que tengan disfagia deben derivarse a rehabilitación, tener técnicas compensatorias y modificación de la dieta. (NE: 2+; FR: B)</p> <p>-La terapia de la disfagia se basa en enfoque compensatorio y terapéuticos. (FR: 4)</p>
SIGN 119 Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia	2010	<p>-Es importante evaluar a todos los pacientes con AC en la detección de la disfagia para identificar a los pacientes en riesgo de las complicaciones que conlleva. (NE: 2+; FR: C)</p> <p>-La tos es un signo de que algo ha penetrado en vías respiratoria, pero la ausencia de tos no indica deglución segura. (NE: 2+; FR: C)</p> <p>-El nivel de conciencia reducido en pacientes con AC es un indicador de que existe riesgo de aspiración (NE: 2-; FR:C)</p> <p>-El reflejo nauseoso no es confiable e insensible como predictor independiente y debe ser utilizado como parte de una evaluación más detallada. (NE: 2-; FR: D)</p> <p>-Utilización de ingestión de agua para identificar el riesgo de aspiración. Sensibilidad de >70% y especificidad 22-66% para la predicción de aspiración (NE: 2+; FR: C)</p> <p>-Prueba de test del agua debe utilizarse en pacientes con AC y riesgo de aspiración. (NE 4; FR B)</p> <p>-Los pacientes con disfagia deben ser monitorizados durante la primera semana. (NE: 4; FR: D)</p> <p>-Incluir en la detección de la deglución: observación del nivel de conciencia, control postural. Si el paciente puede cooperar se debe incluir también: observaciones de la higiene bucal, del control de secreciones orales, y si corresponde, una prueba de ingestión de agua. (NE: 4; FR: D)</p> <p>-Se debe realizar evaluación clínica a pie de cama. (NE: 1+)</p> <p>-La evaluación clínica a pie de cama debe ser estandarizada y por personal profesional capacitado. (FR: C)</p> <p>-Los pacientes que no pueden deglutir vía oral o que siguen dieta modificada se debe administrar la medicación por vía segura y adecuada.</p> <p>-Las comidas con textura modificada se pueden fortalecer para permitir que los pacientes cumplan con los requisitos nutricionales. (FR:D)</p> <p>-Control de ingesta de alimentos y líquidos por nutricionista o dietético. (NE: 4)</p>

NE: nivel de evidencia; **FR:** factor de recomendación.

5.1.4.2. Revisión de artículos relacionados con el método exploratorio para la detección de la disfagia:

Se obtuvieron 42 artículos como resultado de la búsqueda sistemática. Tras descartar 6 artículos por estar duplicados, y 25 por su título y/o resumen. Terminamos con la selección final de 11 artículos de las diferentes bases de datos (**Figura 10**).

De los artículos seleccionados (**Anexo 5**), se realizó una lectura detallada, se analizaron e identificaron los artículos relacionados con los métodos exploratorios de la disfagia, para evaluar la deglución y detectar la disfagia en la UI. Se hizo una lectura de escrutinio y se seleccionaron los artículos más adecuados según sus resultados, los cuales nos ayudaron a implantar el test más oportuno para la detección de la disfagia en el paciente con ictus (**Tabla 18**).

Figura 10. Flowchart del proceso de revisión para la elección del test de detección de disfagia.

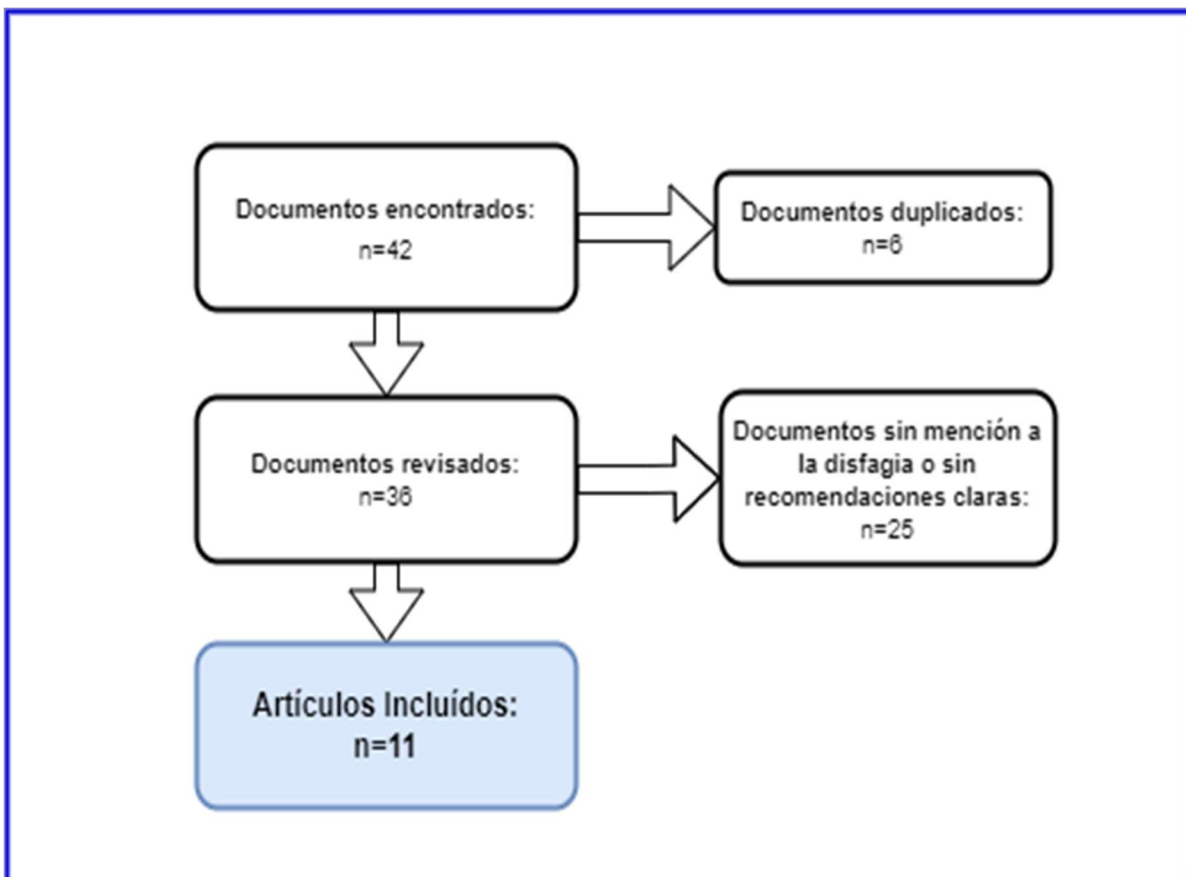


Tabla 18. Artículos para seleccionar el test a utilizar en la detección de la disfagia.

Ebscohost					
ARTÍCULOS	AÑO	AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	RESULTADOS
The modified volume-viscosity swallow test as a predictor of aspiration pneumonia after acute ischemic stroke	2021	Dong, Y., Hu, B., Huang, S., Ye, T., & Dong, Q.	Observacional prospectivo	624 pacientes con ictus isquémicos evaluados dentro de las 24 horas después de su ingreso.	Los hallazgos de MECV-V, solo se consideraron como un predictor de neumonía por aspiración, y que esta varió según la gravedad de la disfagia. Los resultados proporcionaron una opción basada en la gravedad de la disfagia.
Impact of the systematic use of the volumen viscosity swallow test in patients with acute ischaemic stroke: a retrospective study	2020	Liu, Z. Y., Zhang, X. P., Mo, M. M., Ye, R. C., Hu, C. X., Jiang, M. Q., & Lin, M. Q.	Observacional retrospectivo	242 pacientes con ACV isquémico agudo	El MECV-V proporcionó más información para ingerir alimentos y medicación vía oral de forma segura, minimizando el riesgo de complicaciones, además es administrado por enfermeros. En el futuro, el MCV-V puede ser ampliamente utilizado en entornos clínicos, para detectar poblaciones en alto riesgo de disfagia y prevenir las neumonías asociadas a la aspiración, modificando el volumen o viscosidad de los bolos.
Comparison of two bedside evaluation methods of dysphagia in patients with acute stroke	2018	Ye T, Huang S, Dong Y, et al.	Observacional prospectivo	276 pacientes con ACV evaluados dentro de las 24 horas posteriores al ingreso	Las pruebas del test del agua y el MECV-V, en este estudio fueron identificadas como útiles herramientas para la detección de la disfagia a pie de cama. Sin embargo, la MECV-V, era más útil, ya que también proporcionaba información detallada sobre la gravedad y la opción de estrategia de gestión, ayudado a guiar el tratamiento para la disfagia.
Usefulness of the viscosity swallow test for screening dysphagia in subacute stroke patients in rehabilitation income	2016	Guillén-Solà, A., Marco, E., Martínez-Orfila, J., Donaire Mejias, M. F., Depolo Passalacqua, M., Duarte, E., & Escalada, F.	Estudio de cohorte	52 pacientes con ictus consecutivos en una unidad de rehabilitación	Se analiza la utilidad del MECV-V, los resultados son bastante buenos, pero una mayor investigación con muestras más grandes sería lo ideal para confirmar estas observaciones.
PUBMED					
Lesion location and other predictive factors of dysphagia and its complications in acute stroke	2019	Fernández-Pombo, A., Seijo-Raposo, I. M., López-Osorio, N., Cantón-Blanco, A., González-Rodríguez, M., Arias-Rivas, S., & Martínez-Olmos, M. Á.	Estudio observacional prospectivo	106 pacientes con ACV con test en las primeras 72 horas posteriores al ingreso	El 56,6% presentaron disfagia. No hubo relación con la disfagia en cuanto al tipo de ACV (isquémico y/o hemorrágico), ni con la ubicación de la lesión cerebral. El 68,8% de pacientes con lesión temporoparietal presentaron disfagia, aunque no alcanzó significación estadística (p=0,052). En el período de seguimiento de 3 meses después del alta hospitalaria a los pacientes, resultado con que el 20% desarrollaron infección respiratoria, el 20% fallecieron.
Natural history of swallow function during the three-month period after stroke	2019	Arreola, V., Vilardell, N., Ortega, O., Rofes, L., Muriana, D., Palomeras, E., & Clavé, P.	Estudio observacional prospectivo y longitudinal	247 pacientes postictus que evaluaron la disfagia por MECV-V, dentro de las 48 horas a su ingreso	Al ingreso se detectó una alteración de la seguridad de la deglución en 85 pacientes después de un ictus, el 42,4% recuperaron espontáneamente la función deglutoria el resto seguían con alteración de la deglución en el seguimiento a los 3 meses. El MECV-V presentó un buen acuerdo entre evaluadores (coeficiente Kappa de 0,628 (IC 95%= 0,45-0,78)) siempre que se realice por personal capacitado.

Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study	2017	Rofes, L., Muriana, D., Palomeras, E., Vilardell, N., Palomera, E., Alvarez-Berdugo, D., & Clavé, P.	Estudio prospectivo de cohorte	384 pacientes después de un ictus que entre 24-48 horas después del ingreso se le realiza el test MECV-V, antes de la ingesta oral.	El 56,6% presentaron disfagia. No hubo relación con la disfagia en cuanto al tipo de ACV (isquémico y/o hemorrágico), ni con la ubicación de la lesión cerebral. El 68,8% de pacientes con lesión temporoparietal presentaron disfagia, aunque no alcanzó significación estadística (p=0,052). En el período de seguimiento de 3 meses después del alta hospitalaria a los pacientes, resulto con que el 20% desarrollaron infección respiratoria, el 20% fallecieron.
SCOPUS					
Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras un accidente cerebrovascular	2018	Hernández-Bello, E., Castellet-Perales, L., & Tomás-Aznar, C.	Estudio descriptivo transversal	81 pacientes tras ACV	Consideran el MECV-V como el gold estándar para detectar la disfagia. El VPP para el test MECV-V, en nuestros pacientes fue 14,28 y el VPN 94,11%. La elevada cifra de VPN, nos lleva a concluir que las complicaciones asociadas a la disfagia se ven reducidas. Hay que interpretar los resultados obtenidos con cautela, y tener en cuenta que algunas relaciones que no han resultado significativas, sí que podrían serlo en caso de contar con un tamaño mayor de la muestra.
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	2011	Guillén-Solà, A., Martínez-Orfila, J., Gómez, R. B., Castelló, S. M., & Marco, E.	Estudio retrospectivo de una cohorte	79 pacientes con ACV	La valoración de los signos clínicos y el MECV-V, permite que su aplicación tenga una detección precoz de las viscosidades y volúmenes a las que el paciente está en riesgo de tolerar. La asociación del MECV-V, pulsioximetría y parámetros clínicos, constituyen una buena herramienta para el abordaje clínico de la población potencialmente disfágica con una sensibilidad del 100% y especificidad del 13,6%. el test ideal debería responder a una sensibilidad del 100% y a una especificidad lo más alta posible, pero puestos a renunciar mejor una sensibilidad que una alta especificidad. El valor predictivo negativo fue respectivamente del 62,5 y 100%, la eficiencia diagnóstica fue de 0,38 y del 0,44 respectivamente.
Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration	2008	Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M.	Estudio poblacional	85 pacientes con disfagia y 12 sujetos sanos	El MECV-V mostró 83,7% sensibilidad y una especificidad del 64,7% para la penetración del bolo en la laringe, una sensibilidad del 100% y 28,8% de especificidad para la aspiración, y sensibilidad para identificar pacientes del 84,6%. La sensibilidad el MECV-V fue del 69,2% para residuos, 88,4% para deglución por partes, y 84,6% para identificar pacientes, cuya deglución mejoró al mejorar la viscosidad del bolo. La especificidad fue del 80,6%, 87,5% y 73,7% respectivamente.
The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia	2006	Clavé, P., De Kraa, M., Arreola, V., Girvent, M., Farre, R., Palomera, E., & Serra-Prat, M.	Estudio observacional	46 pacientes con daño cerebral, 46 pacientes con enfermedades neurodegenerativas y 8 voluntarios sanos	El aumento de la viscosidad del bolo mejoró significativamente la seguridad y eficacia de la deglución.

5.1.4.3. Respuestas a las preguntas planteadas

Según las GPC y los artículos seleccionados en la revisión sistemática, se dieron respuestas a las preguntas planteadas:

1. ¿Cuáles son las recomendaciones de las GPC sobre el manejo más adecuado de la disfagia?

Las personas con ictus agudo deben someterse a un examen de deglución, con un rango entre las cuatro horas (109,124) según unas GPC, o dentro de las 24 horas posteriores a su llegada al hospital(110) según otras guías, y antes de administrar cualquier alimento, líquido o medicamento por vía oral (47,60,109–111,124,125). Las evaluaciones de deglución deben repetirse a intervalos regulares hasta que se recupere la función normal de deglución (47).

Para aplicar estas evaluaciones para la detección de la deglución, es necesario utilizar una herramienta de detección validada y aplicada por un profesional de salud capacitado (47,110,111,124).

Cuando exista disfagia en estos pacientes, para desarrollar el manejo de la deglución segura se les debe abordar con terapias para la disfagia, necesidades dietéticas, planes nutricionales e hídricos, derivándolos al especialista de nutrición(47,111,124).

En cuanto a las intervenciones, las dietas de textura modificada y los líquidos con espesantes siguen siendo el pilar del tratamiento (47), aunque cada vez hay más pruebas de terapia de deglución incluidas como enfoques conductuales, ejercicios para tragar, modificaciones ambientales, consejos para tragar de manera segura en función de las deficiencias identificadas en la evaluación de la deglución (47,59,109–111,124). La estimulación eléctrica y estimulación cerebral pueden ayudar a restaurar la capacidad de tragar (111,124).

Los pacientes que requieran de alimentación mediante SNG también deben ser derivados a un especialista en nutrición para asesoramiento y seguimiento(109,111). Estas SNG

deben reemplazarse por una gastrostomía si el paciente requiere un período prolongado de alimentación enteral (47,111), a partir de la cuarta semana del inicio de la SNG (109).

También es recomendable que estos pacientes sean derivados a un especialista para su RHB, que de acuerdo a su gravedad puede incluir examen instrumental como por ejemplo VFS o FEES (47,59,109–111).

Los pacientes con problemas de disfagia al alta, deben recibir tanto ellos como familiares y/o cuidadores capacitación adecuada en técnicas de alimentación y deglución segura (110,111,124).

2. ¿El test del agua es la mejor práctica para el diagnóstico seguro de la deglución?

El test del agua, es uno de los métodos que se ha aplicado a los pacientes con ACV, detectando las aspiraciones, siempre y cuando el reflejo de tos este presente y permaneciendo la sensibilidad intacta, si estas condiciones no se cumplen, las aspiraciones y los restos alimenticios en la faringe no podrían ser detectados con este método, por consiguiente, sería necesario llevar a cabo pruebas complementarias(61).

El test del agua no valora mecanismo de la etapa preparatoria y oral, pudiendo existir una alteración en la seguridad de la deglución sin ser detectada(126). El test del agua tiene una sensibilidad de 76% y especificidad del 59%, es muy básico al discriminar solo el riesgo de aspiración(63), además no valora el mecanismo de la etapa preparatoria y oral(61). Cuando se realiza el test del agua, se administran bolos de agua en pequeñas cantidades, pudiendo tener riesgo de aspiración(127).

Aunque, esta prueba es una herramienta de bajo costo, cómoda y fácil de realizar en la detección de la disfagia, se utiliza para un solo tipo de viscosidad como es la líquida y tiene una precisión limitada(76).

Deglutir los alimentos con sus diferentes texturas, no es lo mismo que tragar líquidos, los pacientes con ictus normalmente pueden consumir alimentos con cierta consistencia con seguridad, pero no pueden deglutir agua o alimentos líquidos con seguridad(76).

El MECV-V, es el método que se está utilizando en los últimos años, para la detección de la disfagia orofaríngea(45,76,90,127–130), ya que se administra de modo más seguro para el paciente, a través de 3 volúmenes (5,10, 20 cc) y 3 viscosidades (néctar, pudín y líquida) diferentes. Este procedimiento logra averiguar con garantías de seguridad, los signos clínicos que revelan la presencia de una alteración en la deglución(45,76,127–130), ayudando a los sanitarios a seleccionar la dieta adecuada para los pacientes y minimizar el riesgo de complicaciones(76).

El MECV-V tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 28% para el diagnóstico de aspiración; y una sensibilidad del 83% y especificidad del 64,7% para el diagnóstico de penetración(67,68).

El MECV-V, es fácil de aplicar, se puede realizar a pie de cama en el entorno hospitalario, así como también de manera ambulatoria, repitiéndose las veces que sean necesarias para la progresión del paciente(41,61,67,76,126,127,129).

3. ¿Cuánto es el tiempo promedio de dieta absoluta en una UI?

El tiempo promedio varía entre las 4 horas posteriores a la llegada del hospital, y antes de las 72 horas después del ingreso(110,112,116,128,131–133).

4. ¿Cuál es la prevalencia de disfagia después de un ictus?

La prevalencia de la disfagia después de un ictus varía de un estudio a otro. El estudio sobre la prevalencia en unidades de RHB neurológica de una Fundación en Madrid la prevalencia varía entre 31,2%-38,6% dependiendo del grado de severidad y dependencia derivado del trastorno(85). Otro estudio que evalúa la disfagia mediante el test del agua tiene una prevalencia de 52,1%(67); otro que la evalúa por el MECV-V es de 38,9%(76), otro estudio con un 45,06%(45), y otro estudio que evalúa la prevalencia de la disfagia en las primeras 2 semanas después del ictus, obtuvo un 53,5%(129). En un estudio de cohorte, la prevalencia de disfagia fue del 52,6%. Por todos estos datos recogidos, no es fácil hacer comparativas por la disparidades de criterios, en cuanto al momento de la evaluación, tipo de evaluación clínica, tipo de test diagnóstico o experiencia del autor(68).

Actualmente, no se disponen de cifras sincrónicas, para advertir la realidad de la prevalencia de la DO, ya que los números son diversos, debido a diferentes elementos, que perjudican a los estudios en el ámbito asistencial, como son: tipo de comunidades, tipo de afección o padecimiento, metodología manejada según el diagnóstico, particularidades propias de cada país donde se desarrolla cada estudio(49,84), diseño de investigación, tipo o gravedad del ictus y tiempo de evaluación(134).

El presidente de la European Society for Swallowing Disorders (ESSD), el Dr. Pere Clavé, declaró que: “la disfagia es un síntoma que afecta a dos millones de españoles, de los cuales solo un 10 % está correctamente diagnosticado y tratado”(135).

La diversidad de datos de la prevalencia de la disfagia, nos imposibilita encontrar un valor constante, por eso es difícil emitir un juicio acerca de una alta o baja prevalencia de la enfermedad, sin embargo existe consenso de que es un síntoma frecuente del ictus(49). Lo cierto es que el período que transcurre entre el ictus y la valoración de la disfagia restringe las variaciones en la prevalencia.

5. ¿Cuáles son las complicaciones y repercusiones que se derivan de la disfagia?

La disfagia puede causar complicaciones respiratorias, como neumonía por aspiración(64,68,132,136–138) también puede causar una inadecuada ingesta de nutrientes y agua, conduciendo a la desnutrición y deshidratación(68,112,124,134) produciendo un mayor riesgo de infección(112,139), las comorbilidades de la disfagia también disminuyen la calidad de vida de estos pacientes (137), todo ello aumenta la mortalidad, las estancias hospitalarias y el gasto sanitario estos dos últimos repercuten en el sistema(112,139).

La gravedad de la disfagia, tiene dos peculiaridades que son el objetivo de evaluación: a) si se detecta una eficacia de la deglución, podrían aparecer en el individuo un desequilibrio en la nutrición y/o deshidratación y b) si se ve comprometido un descenso de la seguridad al deglutir, causará un atragantamiento con obstrucción de la vía aérea, lo que origina la aspiración traqueobronquial (neumonía) (64,68,127,140).

6. ¿Cuál es la tasa de mortalidad del paciente con disfagia e ictus agudo?

Según el instituto nacional de estadística en el año 2020, la tasa de mortalidad de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares a nivel nacional, fue de 25.817 un 0,4% más que en 2019, de los cuales 7.580 fueron por ictus(141).

Cuando el paciente padece un ictus agudo, se aumenta en 6-7 veces el riesgo de neumonía por aspiración, la unión de estas dos patologías hace que se multiplica por tres el riesgo de muerte(83) con un porcentaje del 35%, contrariamente un paciente con ictus que no padece disfagia tiene una probabilidad de muerte entre el 3-5%(45,142).

La regla del 50% deja establecido que, el 50% de los pacientes con ictus sufrirán una neumonía por aspiración y un 50% de estos pacientes morirán, si no se detecta la disfagia a tiempo(78)(127). En un estudio observacional, prospectivo la incidencia de mortalidad fue ligeramente menor (20%) que en estudios previos, donde se sitúa entre el 27-37% para los pacientes con DO que han sufrido un ictus(130).

Aunque no existen cifras generales de mortalidad en pacientes con DO(45,127,140). En resumen, al padecer disfagia se aumenta el riesgo de morir en un paciente que ha sufrido un ictus.

7. ¿Existe variabilidad en la detección de disfagia después de un ictus agudo?

En España, no existe un consenso sobre la aplicación específico de un test diagnóstico de la disfagia. Cada centro hospitalario, aprueba de acuerdo a sus necesidades el test y/o protocolo que les resulte más ventajoso para tratar a sus pacientes. En estudios consultados, se puede apreciar como en los últimos años, se compara la efectividad del método de volumen viscosidad, con otros métodos.

Aunque el uso del MECV-V no es aún sistemático, si lo están empleando en varios hospitales de España, como en el Hospital de Mataró (Barcelona)(143), Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)(67), Hospital Universitario La Paz (Madrid)(9). En líneas generales, los artículos hacen referencia a que el test de volumen - viscosidad, otorga

una información más detallada sobre la gravedad de la disfagia, con bajo coste, fácil de usar y con una alta sensibilidad (94%) y especificidad (88%), de modo que este test cumple con los requisitos como prueba de detección clínica para la disfagia en pacientes con ictus agudo(67,68,76,126–129,140,144).

5.1.5. FASE 5. Diseño consensuado de la vía clínica de la disfagia

Mediante la técnica de método formal de consenso, el grupo de trabajo multidisciplinar, se reunió en varias sesiones. En primera instancia se envió un resumen con el motivo de la reunión, a los miembros del equipo del grupo consenso. Se determinó un día para la reunión presencial, en donde se abordaron los puntos de análisis de la VC y discutieron soluciones que quedaron plasmados en el desarrollo de la misma.

- **1º Reunión Presencial:**

Esta primera reunión, se realiza para la presentación de los participantes y toma de contacto del grupo de trabajo con los procesos y actividades que se desarrollan con la atención al paciente con ictus. Tanto del proceso general desde que se activa el “Código Ictus” hasta que se va de alta el paciente, como del proceso específico de las actividades de la UI. Toda la documentación entregada, será analizada por cada participante del grupo de trabajo, la cual servirá de base para la toma de decisiones en el diseño de la VC (**Tabla 19**).

Tabla 19. Resumen 1º Reunión Presencial.

ENTREGA DE DOCUMENTOS	REVISIÓN DOCUMENTAL
<ul style="list-style-type: none"> • Flujograma del proceso general del paciente con ictus, desde que se activa el “código ictus” hasta el alta del paciente. Con su mapeos de proceso con cada elemento procesador, unidad asistencial y actividades secuenciadas. • Mapeo del proceso general del paciente con ictus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda la documentación servirá de base, para identificar procesos o actividades que necesiten mejorar, a través de un análisis exhaustivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Mapeo de proceso de la Unidad de ictus. • Flujograma de la detección de la disfagia en la Unidad de Ictus. • Matriz de actividades de cómo se trabaja en la Unidad de ictus antes del diseño de la vía clínica. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas de las preguntas planteadas. 	

- **2º Reunión Presencial:**

Con toda la documentación preparada y entregada sobre la atención al paciente con ictus en la reunión anterior y con las recomendaciones de las GPC, se identificaron actividades que se pueden optimizar en la asistencia al paciente con ictus agudo y disfagia, las cuales fueron discutidas en la mesa del grupo de trabajo. Teniendo en cuenta las opiniones de expertos y analizando todas las propuestas, se formularon las siguientes mejoras: (**Tabla 20**).

Tabla 20. Resumen de la 2º reunión presencial.

PROPUESTA	MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> • Alternativas de engranaje para la atención del paciente con disfagia de la UI, con otras especialidades que se dedican a la atención y seguimiento del paciente con disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de especialistas en RHB de la disfagia, nutrición/ endocrinología y otorrinolaringología, en la atención al paciente con ictus agudo y disfagia de forma más directa.
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar los resultados a los neurólogos, de la escala de valoración neurológica (Escala Canadiense), que realiza el equipo de Enfermería en la valoración enfermera al paciente con ictus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de la visualización de los resultados de la escala canadiense en su apartado y a través de las notas de Enfermería.

<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y modificación para determinar los parámetros de la hiperglucemia, y prescripción de insulino terapia en el paciente con ictus agudo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación del nuevo protocolo de hiperglucemia en el paciente con ictus agudo.
<ul style="list-style-type: none"> • Selección según la evidencia y opinión de expertos del test de detección de la disfagia, que aporta seguridad al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este test es utilizado en la Unidad de endocrinología y nutrición, y en otorrinolaringología. Se aprueba el MECV-V, como test de detección de la disfagia en la UI.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de los tiempos de realización del test de disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> • El test de detección de disfagia, se realizará tras 24 horas del ingreso del paciente en la UI, excepto por ausencia de focalidad y por prescripción médica.
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del período de tiempo que debe transcurrir, para repetir el test de detección de la disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los días 2 y 3 (48-72hrs): Se realizará nuevamente el test de disfagia si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disfagia el 1º día ○ Para progresar en el cambio de textura de la dieta del paciente ○ Si hay deterioro neurológico
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la realización del ECG en la UI. 	<ul style="list-style-type: none"> • El ECG se realizará en la UI por prescripción médica, ya que en casi todos los casos los pacientes traen ECG de urgencias y del SUAP/UME.
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del intervalo de tiempo para la monitorización de la presión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> • El 1º día de ingreso en la UI la presión arterial se monitorizará cada hora. • A partir del 2º día de ingreso en la UI la presión arterial se monitorizará cada 4. Excepto en pacientes con Hipertensión arterial y pacientes en tratamiento trombolítico, por poseer protocolo propio.
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del intercambio de información tanto con la misma planta de neurología, como con otros centros. 	<ul style="list-style-type: none"> • El intercambio de información se realizará de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ○ A la planta de Neurología: nota de Enfermería e información verbal (relevo de Enfermería). ○ Por traslado a otro centro: a través del informe de continuidad de cuidados.

- **3ª Reunión Presencial:**

En esta reunión, se incluyeron todos los puntos de mejoras, para completar los documentos de la VC, además de aprobar la utilización de un cuestionario para evaluar la satisfacción (Tabla 21):

Tabla 21. Resumen de la 3º reunión presencial.

PROPUESTA	MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> • El paciente con SNG, debe ser valorado y tener un seguimiento de Nutrición/endocrino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los enfermeros o neurólogos, deberán realizar ITC a nutrición/endocrino para valoración, seguimiento y recomendaciones de los pacientes portadores de SNG.
<ul style="list-style-type: none"> • Un paciente que al alta persista con disfagia, tendrá que ser valorado para estudio en profundidad, por RHB disfagia, para promover su recuperación y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará antes del alta del paciente una ITC única de RHB física y/o disfagia para la valoración, seguimiento y tratamiento, estas ITC las realizará el neurólogo. <ul style="list-style-type: none"> • RHB se encargará de solicitar ITC a logopeda. • RHB se encargará de solicitar ITC a otorrinos para estudios más avanzados o para pruebas exploratorias como FEES y/o VFS.
<ul style="list-style-type: none"> • Implantación del icono del test de disfagia en la UI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se contactará con Nutrición/endocrino, para utilizar el mismo icono del test de disfagia de MECV-V que ellos están desarrollando, para compartir con los mismos criterios dentro del HCUVA.
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la matriz final de actividades de la UI 	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso y aprobación de la matriz final de actividades de la UI.
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de hoja de información pacientes/familiares, hoja de variaciones y guía rápida de disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso y aprobación de los documentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del cuestionario de la calidad percibida de la EMCA, para adaptarlo a nuestro estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación del cuestionario para la calidad percibida y selección de preguntas adaptadas a nuestra VC.

Con todos los cambios realizados en las reuniones, se procedió al diseño por consenso de VC de la disfagia con los siguientes documentos:

5.1.5.1. Matriz final de actividades de la UI

Se introdujeron todos los cambios de las actividades, procesos y pruebas que realizarán los distintos sanitarios en la atención del paciente con ictus, siendo el tema central la evaluación de la deglución para la detección de la disfagia (**Tabla 22**).

Tabla 22. Matriz final de actividades de la Unidad de ictus.

Días	Ingreso Unidad de Ictus	Día 1	Día 2 y Día 3 48-72 hrs	Planta de Neurología y/o el alta
Circuito de contacto	El Neurólogo contacta con la enfermera de la unidad de ictus (UI) para el ingreso del paciente.			Se traslada paciente.
Evaluaciones	<p>Ingreso en la UI</p> <p>Enfermera de UI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Protocolo de acogida. -Valoración de Enfermería (Patrones de Gordon). -Valoración mediante escalas¹. -Administrar medicación prescrita. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Visualiza la puntuación de la escala canadiense en notas de Enfermería. -Solicita pruebas diagnósticas. -Informa a familiares. 	<p>Enfermera de UI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración de Enfermería (Patrones de Gordon). -Valoración mediante escalas¹ (por turno o cuando existan cambios neurológicos). -Administrar medicación prescrita. -Realizar evaluación de la deglución, excepto por orden médica. -Colocación de SNG si precisa.: en este caso solicitar ITC a Endocrino/Nutrición, para seguimiento y valoración de estos pacientes. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Informa a familiares. <p>Endocrino / Nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Paciente portador de SNG: valoración y seguimiento, bajo petición de ITC que solicita enfermera y/o neurólogo. <p>Rehabilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valora al paciente. <p>Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acudirá según indicación del rehabilitador. 	<p>Enfermera de UI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración de Enfermería (Patrones de Gordon). -Valoración mediante escalas¹ (por turno o cuando existan cambios neurológicos). -Administrar medicación prescrita. -Realizar test de deglución: *Si tiene disfagia el 1º día. *Para progresar en el cambio de textura de la dieta. *Si hay deterioro neurológico. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas² -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Pauta salida de la UI del paciente. -Informa a familiares. <p>Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acudirá según indicación del rehabilitador. 	<p>Enfermera de UI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intercambio de información: *A la planta de Neurología: nota de Enfermería e informe verbal. *Por traslado a otro centro, a través del informe de continuidad de cuidados. <p>Neurólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración mediante escalas². -Historia clínica. -Realizar informe de continuidad clínica. -Solicita pruebas diagnósticas. -Informe al alta. -Solicita ITC a RHB común (física, Disfagia o ambas). -Informa a familiares. <p>Rehabilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se realizará para el alta una ITC a RHB Única, indicando si es para RHB física y/o Disfagia. En el caso de RHB Disfagia, si el rehabilitador lo considera oportuno solicitará ITC a logopeda y al otorrino. <p>Fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pautas o recomendaciones según indicación del rehabilitador.
Determinaciones o Test:			Enfermera: Evaluación de la deglución - Test de Disfagia MECV-V	
Presión Arterial	Si	Cada hora	Cada 4 horas	
Saturación de O2 y Frecuencia Respiratoria	Si	Continua	Continua	

Glucemia capilar	Si	Cada 6h durante las 1ª 24 hrs.	A partir de las 24hrs: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente diabético que come: se realiza antes de las comidas. • Paciente diabético con dieta absoluta: C/ 6hr • Paciente diabético nutrición enteral en perfusión continua por SNG: C/6hr • Paciente diabético nutrición enteral en bolos por SNG: según indicación de nutrición • Paciente No diabético que come: Glucemia Basal (Sólo en UI) 	
Temperatura	Si	Cada 4 horas	Cada 4 horas	
Monitorización cardíaca	Si	Continua	Continua	
Registro del ECG	Realizar si no tiene Si tiene ECG no realizar	Cada 24 horas	Cada 24 horas	
Cambios Posturales	Reposo Absoluto	Cada 4 horas	Cada 4 horas si el paciente está en reposo	
Protocolo prevención de escaras	Solicitar colchón antiescaras si precisa.	Continuo	Continuo	
Tratamientos médicos y cuidados de enfermería Aplicación de protocolos de enfermería úlceras por presión, caídas, glucemia, constantes (TA, SAT O2, FC,)	Protocolo de Hiperglucemia: -Tratamiento hiperglucemia <350mg/dl: Dieta Absoluta: Actrapid Subcutánea según pauta de rescate C/6hr. Come: <ul style="list-style-type: none"> • Diabético: <ol style="list-style-type: none"> 1. Programada + Rescate Apidra (Glulisina) Subcutánea según pauta 2. Retrasar ingesta 1 Hora 3. Repetir glucemia 2 hrs tras la comida • No diabético: Indicar al médico responsable para inicio de insulino terapia. -Tratamiento de la hiperglucemia >350mg/dl: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta Absoluta 2. Sueroterapia 3. Bomba de insulina (ver protocolo bomba de insulina MIRA) 4. Monitorización horaria de la glucemia 5. Cuando la glucemia sea menor de 200mg/dl suspender la bomba -Si va a comer: Bolo programado + Rescate -Si no quiere comer: Solo Rescate 6. Ver causas de descompensación y ajustar dosis de insulina 	Aplicar Protocolo de Hiperglucemia	Protocolo de Nutrición para dieta según MECV V: -Si Deglución normal -Si Disfagia leve -Si disfagia Moderada/Grave Cambios Posturales: a) Se deben realizar cada 4 horas mientras el paciente este en reposo. b) Si el paciente lo permite tras 24 horas de ingreso hay que mantenerlo en sedestación mañana y tarde, tal como hemos acordado con el fisioterapeuta. c) Los cambios posturales se realizan con almohada, una para el brazo parético, otra para la pierna parética, la tercera para la cabeza la cuarta para el decúbito lateral. d) En los cambios posturales se realizan dos posiciones: decúbito lateral supino y decúbito lateral hacia el lado sano.	

	<p>-Cuidados de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la presión: cambios posturales individualizados, y/o solicitar colchón antiescaras. • Manejo de la humedad: si incontinencia vigilar zona interglútea y sacra. <p>Protocolo de prevención de escaras.</p> <p>a) Prevención de las zonas de presión y prominencias óseas.</p> <p>b) Hidratación de la piel.</p> <p>c) Colocación de colchón antiescaras.</p>		<p>e) Al movilizar al paciente evitar traccionar, presionar o coger al paciente por la axila del brazo parético.</p> <p>Hoja de información a familiares Inicio de educación sanitaria al paciente y a la familia.</p>	
Medicación	Según prescripción del Neurólogo	Según prescripción del Neurólogo	Según prescripción del Neurólogo	Según prescripción del Neurólogo
Actividad	Reposo Absoluto en cama	Cama-Sillón	Cama-Sillón	
Dieta	Dieta Absoluta	Según resultados de test de deglución	Según resultados de test de deglución	
Información	Consentimiento informado a paciente o familiares.	Diaria al paciente y a la familia educación sanitaria.	Diaria al paciente y a la familia educación sanitaria.	

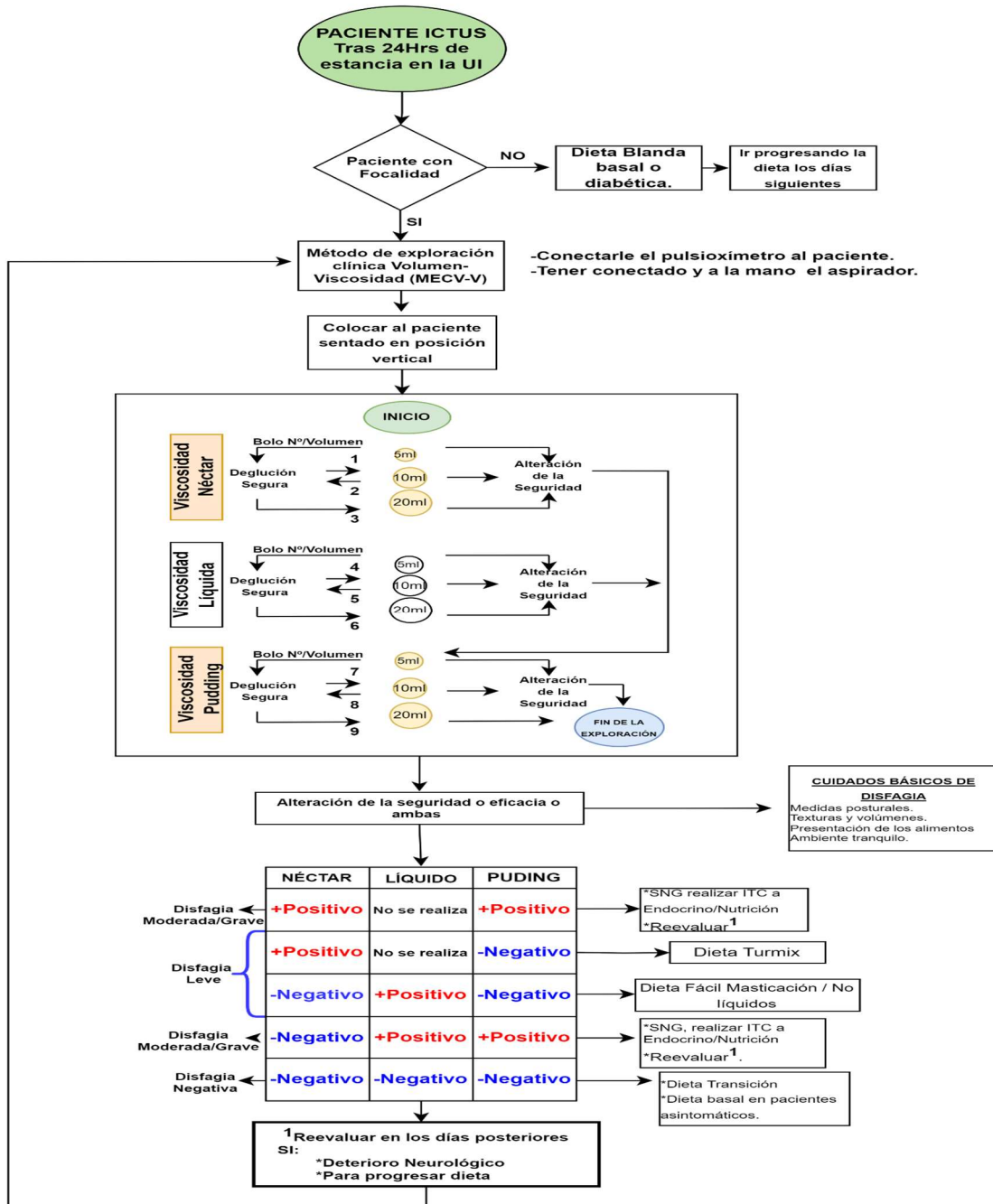
¹Escala canadiense, registrar en su apartado en SELENE y en notas de enfermería.

²Escala del National Institute of Health Stroke (NIHSS) y escala de Rankin Modificada.

5.1.5.2. Flujoograma de detección de disfagia en la UI:

La construcción de este algoritmo, contiene el proceso a seguir para la evaluación de la deglución y detectar la disfagia dentro de la unidad de ictus (**Figura 11**).

Figura 11. Flujoograma de detección de la disfagia en la UI con el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad.



5.1.5.3. Hoja de variaciones

Los enfermeros tendrán que registrar la variación, si el paciente no entra en la VC, junto a la justificación de la misma (**Figura 12**).

Figura 12. Hoja de variaciones de la Vía Clínica



HOJA DE VARIACIONES DE LA VÍA CLINICA

N.H.C.: _____ Edad: _____ Sexo: _____ CAMA: _____ Fecha de Ingreso: _____ Escala Canadiense: _____ NIHSS: _____ Tiempo desde ingreso hasta el MECV-V: _____ TIPO DE ACV: Hemorrágico Isquémico Origen Desc. UBICACIÓN DE LA LESIÓN: _____	Disfagia: Si ____ NO: ____ Tipo de Disfagia: _____ Dieta: _____ SNG: Si: _____ NO: _____ Fecha Salida de la Unidad de Ictus: _____
--	---

Indique código de la variación según LISTADO ADJUNTO

Fecha día vía	Turno	Variación y causa	Código	Acción tomada	Firma

Códigos de variaciones

Condición del enfermo	Dependiendo del personal sanitario	Dependiendo de la institución
1.Fiebre 2.Neumonía 3.No tolerancia oral 4.Exitus 5.Otras. Especificar.	6.Decisión del médico, petición de pruebas no planificadas en la vía clínica 7.Decision de enfermera 8.Decision de otro profesional sanitario. 9.Decision de la familia. 10.Decision del enfermo 11.Otras. Especificar	12. No disponibilidad de atención en su hospital de referencia. 13.Disponibilidad de camas.
SALIDA DE LA VÍA: _____ CAUSA DE SALIDA: _____		

5.1.5.4. Hoja de información para los pacientes y/o familiares

Esta hoja se diseñó visualmente llamativa para informar de manera rápida y sencilla a pacientes y/o familiares (**Figura 13**).

5.1.5.5. Guía rápida de la disfagia

Folleto informativo con imágenes para dar información importante sobre la disfagia, que se debe hacer y que no, además de técnicas, complicaciones, asistencia y recomendaciones (**Figura 14**).

Figura 13. Hoja informativa sobre disfagia tras un ictus.



Que le va a ocurrir a su familiar durante la estancia en la Unidad de Ictus?

¿QUE ES:



LA UNIDAD DE ICTUS?



Es un espacio cerrado con vigilancia semiintensiva para el paciente agudo. En ella trabajan un equipo multidisciplinar: Neurólogos, Neurointervencionista, Rehabilitadores, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, y otros.

DURANTE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE ICTUS

Ingreso en la Unidad de Ictus	Día 1º	Día 2º	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> Ingreso en la UI, aquí el paciente estará monitorizado (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno) y de su estado neurológico. Se le explora y se le vigila, si existiesen cambios en el estado del paciente, el Neurólogo de Guardia lo atenderá y contactará con su familiar si hubiera empeoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Se continuará la vigilancia y monitorización . Se le realiza el Test de Disfagia, un test que determina si el paciente puede comer de forma segura. Se continua con su tratamiento. Se inicia Rehabilitación. Se informa a los familiares de la evolución del paciente. 	<p>A partir del 2º día:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si es necesario porque el paciente no este estable se prolongará la estancia en la Unidad de Ictus. Se continuará con la vigilancia y monitorización. Se continua con su tratamiento. 	<p>Al paciente/familiar se le explicarán recomendaciones, tratamientos a seguir, futuras consultas, u otras consideraciones si fuese necesario.</p>

Figura 14. Guía práctica de la disfagia después de un ictus.

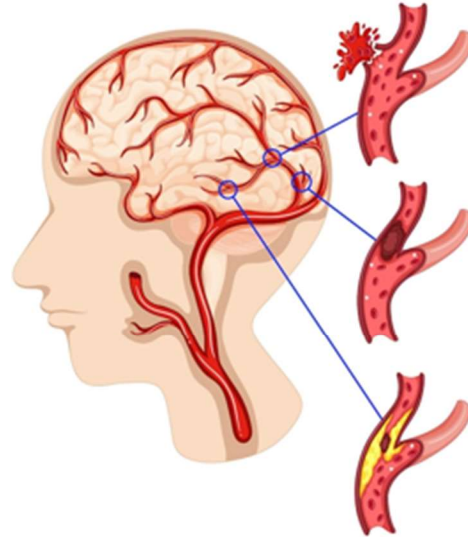


¿QUÉ ES EL ICTUS?

Es una alteración brusca en el flujo sanguíneo de cerebro por:

Una hemorragia
(ruptura de un vaso)

Por una isquemia
(bloqueo de un vaso)



DISFAGIA: es la dificultad de mover el alimento desde la boca hasta el estómago de forma segura (sin atragantamientos ni ahogo).

DISFAGIA TRAS SUFRIR UN ICTUS

Complicación frecuente que puede presentarse como secuela después de sufrir un ictus, produciendo un desequilibrio en el flujo que afectan los mecanismos que controlan la deglución.

DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA

Se realiza mediante evaluación clínica e instrumental, consiste en determinar con seguridad la deglución del paciente. Este se realiza antes de iniciar la tolerancia oral, valorándose entre las 24 horas tras sufrir el ictus y no debe retrasarse más de 72 de horas.

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA

Neumonía: se produce cuando la comida llega hasta los pulmones ocasionando la infección.

Desnutrición y deshidratación: ya que la pérdida de habilidad para comer y beber tiene impacto negativo, con la consiguiente reducción de la ingesta de nutrientes.

Estreñimiento: producido por los aportes de alimentos y de agua insuficientes y descenso de las contracciones digestivas, que modifican la masa fecal.

Atragantamientos: cuando la comida se queda bloqueando el paso de aire impidiendo respirar bien.

RECOMENDACIONES DURANTE LA COMIDA

- Asegurar que el paciente este consciente. Nunca alimentar a un paciente somnoliento o que no responda a estímulos externos.
- Permanecer sentado o de pie tras la ingesta (no tumbado), al menos 30 minutos después de comer.
- Se debe evitar extender el cuello hacia atrás durante la deglución.
- La barbilla debe estar hacia abajo desde que se introduce el alimento en la boca hasta que termine de tragar.
- Si está encamado la posición correcta es semiincorporado en un ángulo de 45°.
- Evitar las distracciones al paciente durante la comida.
- No utilizar jeringas ni pajitas. Utilizar tenedor o cuchara, para coger alimentos.

➤ Esperar a que la boca este libre de residuos antes de la siguiente cucharada.

➤ Ambiente cómodo y tranquilo.

➤ Es imprescindible mantener una higiene bucal extrema, para evitar infecciones.

TÉCNICAS PARA DEGLUTIR DE FORMA SEGURA

- Flexionar la cabeza hacia delante al tragar, facilitará el paso de la comida e impedirá que vaya a la vía respiratoria.
- Tomar alimentos ácidos antes de las comidas, ayudará a producir más saliva.
- Alimentos templados
- Usar material adaptado, como vasos y cucharas.
- Tomar alimentos ácidos antes de las comidas, ayudará a producir más saliva.
- Presionar con la cuchara en la lengua para activarla.

ADAPTACIÓN DE LOS ALIMENTOS SÓLIDOS

Los alimentos deben adaptarse de acuerdo a las consistencias adecuadas según las necesidades del paciente:

CONSISTENCIA PURÉ: No se necesita masticar los alimentos (ejemplo cremas y purés).

CONSISTENCIA TRITURADA: necesita de una masticación muy suave (por ejemplo flan, pastel de pescado o verduras).

FÁCIL MASTICACIÓN: son alimentos no triturados y se pueden romper con un tenedor (ejemplo merluza en salsa).

ADAPTACIÓN DE LOS LÍQUIDOS

Tomar líquidos puede ser peligroso para una persona con disfagia, para que sea más segura se debe aumentar su espesor mezclándolos con espesantes (están financiados por el sistema sanitario). De este modo podemos conseguir tres tipos de consistencias:

1. CONSISTENCIA NÉCTAR: cae formando un hilo fino (Ej. Zumo de melocotón)

2. CONSISTENCIA MIEL: cae en forma de gotas gordas (Ej. Miel)

3. CONSISTENCIA PUDDING: mantiene su forma al caer (Ej. Flan)

HAY QUE EVITAR LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:



Con mezcla de texturas en el mismo plato (Ej. Caldo con fideos)



Pegajosos (Ej. Pan de molde)



Que desprendan agua al morderse (Ej. Naranja).



Fibrosos (Ej. espárragos)



Crujientes y secos o que se desmenuzan en la boca (Ej. Galletas)



Duros y secos (Ej. Frutos secos)

SI NECESITAS AYUDA PUEDES ACUDIR A:

Personal médico y de enfermería: te informarán sobre la disfagia, tratamiento y su evolución.

Nutricionista: contribuyen a mejorar las necesidades energéticas, y que el paciente tenga las dietas variadas y equilibradas.

Logopedas: ayudan con la rehabilitación.



CONSULTAR CON EL EQUIPO SANITARIO CUANDO:

Por pérdida de gran cantidad de peso en los últimos meses.

Piel muy seca.

Cuando come tose demasiado, o siempre quedan restos en la boca.

Fiebre.

Por disnea o le cuesta respirar.

SI LA PERSONA NO TOSE:

1º

Llamar al
112



2º

Golpear 5 veces en la **espalda** a la persona.

Comprobar si ha salido la comida.

3º

Colocarse **detrás del paciente** y rodearlo con los brazos.

Formar un puño con una mano, rodeada de la otra al final del esternón .

Maniobra de HEIMLICH

Realizar compresiones rápidas hacia arriba y hacia adentro.

5.1.6. FASE 6. Identificación y selección de indicadores. Medición piloto de los indicadores antes de la implantación de la VC.

5.1.6.1. Revisión de los indicadores en artículos y vía clínicas.

La búsqueda aportó un total de 327 artículos. Se descartaron 307 artículos; 2 artículos por estar duplicados, y 305 que no tenían interés para este estudio. Finalmente, se seleccionaron 20 artículos (**Figura 15**). De los artículos seleccionados (**Anexo 6**), se revisó cada artículo mediante la lectura del título y el abstract, para después leer una segunda ronda de artículos preseleccionados a texto completo. Se extrajeron los indicadores más utilizados en los artículos de investigación (**Tabla 23**), que se clasificaron en las 3 áreas de evaluación del sistema de calidad (estructura, proceso y resultado), descritas por Avedis Donabedian(91), los cuales sirvieron de guía para la construcción y validación de los indicadores de este estudio.

Figura 15. Flowchart del proceso de revisión de artículos y VC para la elección de indicadores.

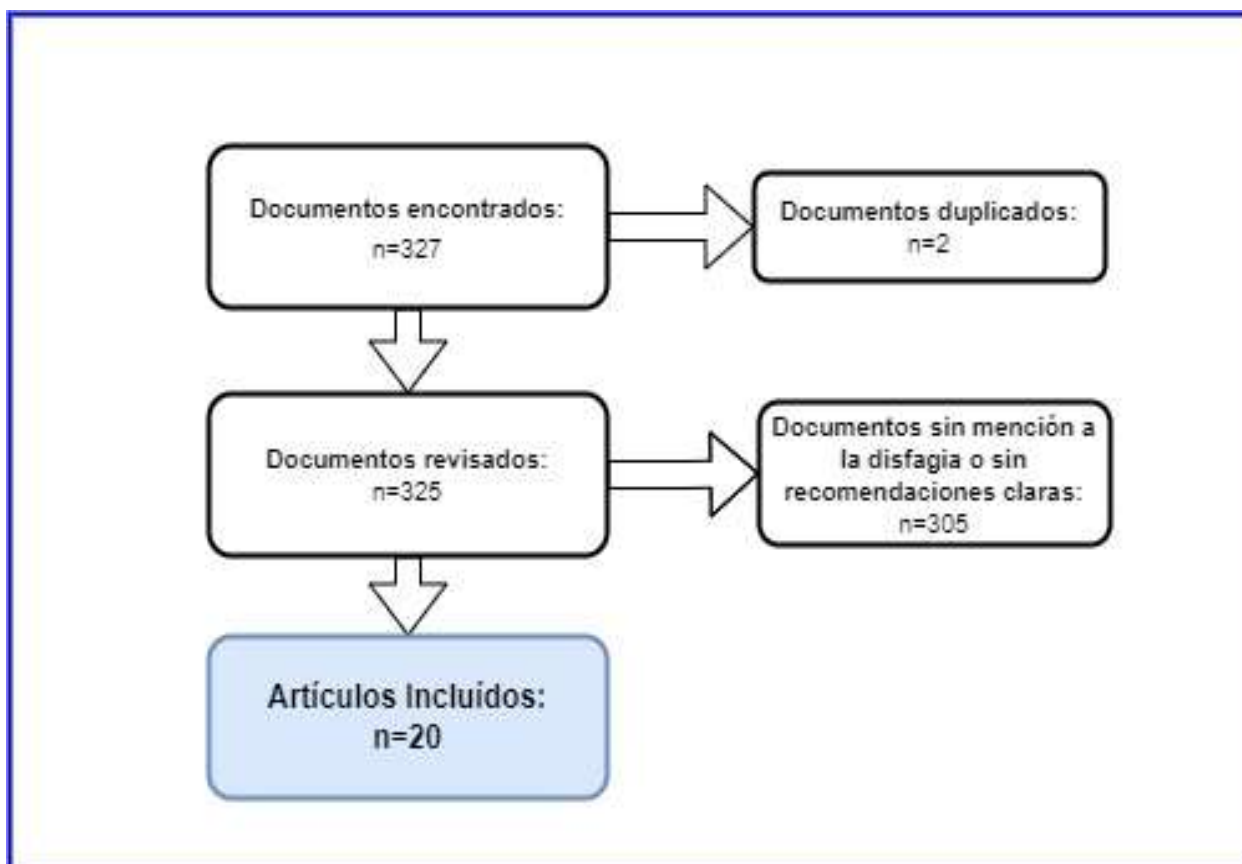


Tabla 23. Indicadores más utilizados de los artículos investigados.

SCOPUS				
ARTICULO	AÑO	AUTORES	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES
Development of an acute stroke care pathway in a hospital with stroke unit	2010	Martínez-Sánchez, P., Fuentes, B., Medina-Báez, J., Grande, M., Llorente, C., Parrilla, P., Fuster, A., Gil, A., Sánchez, M., Olguin, C., García-Caballero, J., & Díez-Tejedor, E.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Proceso	Cribado de la disfagia (<24 h) SNG
			Resultado	Grado de satisfacción
Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes	2016	Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S.	Proceso	Complicaciones: nutrición, UPP
			Resultado	Tasa de recuperación Mortalidad Morbilidad Calidad de vida
Comparison of nutritional status indicators according to feeding methods in patients with acute stroke	2014	Kim, S., & Byeon, Y.	Proceso	Pacientes con disfagia Complicaciones: desnutrición
Prediction of ischemic stroke-associated pneumonia: A comparison between 3 scores	2016	Helmy, T. A., Abd-Elhady, M. A., & Abdou, M.	Proceso	Complicaciones: neumonía
			Resultado	Mortalidad
Triage, treatment and transfer of patients with stroke in emergency department trial (the T ³ Trial): a cluster randomized trial protocol	2016	Middleton, S., Levi, C., Dale, S., Cheung, N. W., McInnes, E., Considine, J., D'Este, C., Cadilhac, D. A., Grimshaw, J., Gerraty, R., Craig, L., Schadewaldt, V., McElduff, P., Fitzgerald, M., Quinn, C., Cadigan, G., Denisenko, S., Longworth, M., Ward, J., & T3 Trialist Collaborators.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Resultado	Deterioro neurológico (NIHSS) Subtipos de ictus Dependencia Mortalidad Calidad de vida
Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke (Review)	2018	Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Proceso	Pacientes con disfagia
			Resultado	Prevalencia grado de disfagia Deterioro neurológico (NIHSS) Mortalidad Calidad de vida
Predictive value of a novel pragmatic tool for post-stroke aspiration risk: The functional bedside aspiration screen	2019	Virvidaki, I.E., Giannopoulou, S., Nasios, G., Dimakopoulos, G., Michou, E., & Millionis, H.	Estructura	Estancias hospitalarias
			Proceso	Complicaciones: neumonía Localización del ictus
			Resultado	Gravedad del ictus Grado de discapacidad

Comparative efficacy of nonpharmaceutical therapy in the treatment of dysphagia after stroke: A protocol for systematic review	2020	Qin, W., Wang, Z., Zhong, Y., Yuan, Q., Jiang, X., Gao, J., Wu, J., & Zhang, Y.	Proceso	Pacientes con disfagia
			Resultado	Gravedad de la disfagia Cierre de labios Elevación laríngea Calidad de vida
PUBMED				
Measuring the quality of dysphagia management practices following stroke: a systematic review	2010	Luker JA, Wall K, Bernhardt J, Edwards I, Grimmer-Somers K.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Proceso	Cribado de la disfagia
			Resultado	Deterioro funcional Mortalidad
Development of stroke performance measures: definitions, methods and current measures	2010	Reeves MJ, Parker C, Fonarow GC, Smith EE, Schwamm LH.	Proceso	Diagnóstico de la disfagia
Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment	2011	Hines S, Wallace K, Crowe L, Finlayson K, Chang A, Pattie M.	Proceso	Cribado de disfagia
			Resultado	Complicaciones: desnutrición Morbilidad
A systematic review and critical appraisal of quality measures for the emergency care of acute ischemic stroke	2014	Sausser K, Burke JF, Reeves MJ, Barsan WG, Levine DA.	Proceso	Cribado de disfagia
Effects of extended in-patient treatment training on outcome of post-stroke dysphagia	2017	Li W, Kang X, Ren JL, Lai XZ, Tai LW.	Proceso	Diagnóstico de la disfagia
Implementation and analysis of a free water protocol in acute trauma and stroke patients	2019	Kenedi H, Campbell-Vance J, Reynolds J, Foreman M, Dollaghan C, Graybeal D, Warren AM, Bennett M	Proceso	Dieta tolerada SNG
			Resultado	Complicaciones: neumonía
EBSCOhost				
Process of care associated with acute stroke outcomes	2010	Bravata DM, Wells CK, Lo AC, Nadeau SE, Melillo J, Chodkowski D, Struve F, Williams LS, Peixoto AJ, Gorman M, Goel P, Acompora G, McClain V, Ranjbar N, Tabereaux PB, Boice JL, Jacewicz M, Concato J.	Proceso	Diagnóstico de disfagia SNG
			Resultado	Mortalidad
Clinical evaluation of patients with dysphagia importance of history taking and physical exam	2013	McCullough, G. H., & Martino, R.	Proceso	Cribado de disfagia Calidad de voz Tos Residuo oral
			Resultado	Dieta tolerada

Management of swallowing in thrombolysed stroke patients: Implementation of a new protocol	2016	Schwarz M, Coccetti A, Cardell E, Murdoch A, Davis J.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Proceso	Cribado de disfagia Tiempo promedio de dieta absoluta Complicaciones: neumonía
Predictors and outcomes of dysphagia screening after	2017	Joundi RA, Martino R, Saposnik G, Giannakeas V, Fang J, Kapral MK.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Resultado	Complicaciones: neumonía Grado de dependencia UPP
Ischemic stroke: clinical pathway impact	2017	Wang, B., Chen, D., Zhou, H., Shi, H., & Xie, Q.	Estructura	Estancia hospitalaria
			Proceso	Complicaciones: UPP
Effect of dysphagia screening strategies on clinical outcomes after stroke: A systematic review for the 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke	2018	Smith, E. E., Kent, D. M., Bulsara, K. R., Leung, L. Y., Lichtman, J. H., Reeves, M. J., Towfighi, A., Whiteley, W. N., Zahuranec, D. B., & American Heart Association Stroke Council	Proceso	Complicaciones: neumonía
			Resultado	Mortalidad Grado de dependencia

5.1.6.2. Identificación y selección de indicadores:

Después de diseñar la VC, se realizó la selección de los indicadores, en una **4ª Reunión Online**, sustentándose en la información obtenida del análisis externo de la evidencia científica. Estos indicadores fueron las herramientas, para medir la efectividad de la VC y evaluar nuestros resultados, en función de los estándares que se indicaron. El análisis de los indicadores más utilizados se llevó a cabo, a través de los artículos, extrayendo un total de 24 indicadores de la búsqueda (**Figura 16**), que se clasificaron en: indicadores de estructura, proceso y resultado, se eligieron por consenso los más útiles para nuestro estudio. Seleccionamos los medible y extraíbles de la base de datos de neurología BADIMUR y de la plataforma informática del hospital (SELENE). Estos indicadores nos dieron información importante, para conocer el cumplimiento de los objetivos planteados en este estudio. Finalmente nos quedamos con 7 indicadores de la búsqueda científica, y creamos 2 indicadores que se consideraban útiles para la evaluación de la VC. De estos 9 indicadores en total, 7 son indicadores de proceso (**Anexo 7**) y 2 indicadores de resultado (**Anexo 8**) (**Tabla 24**).

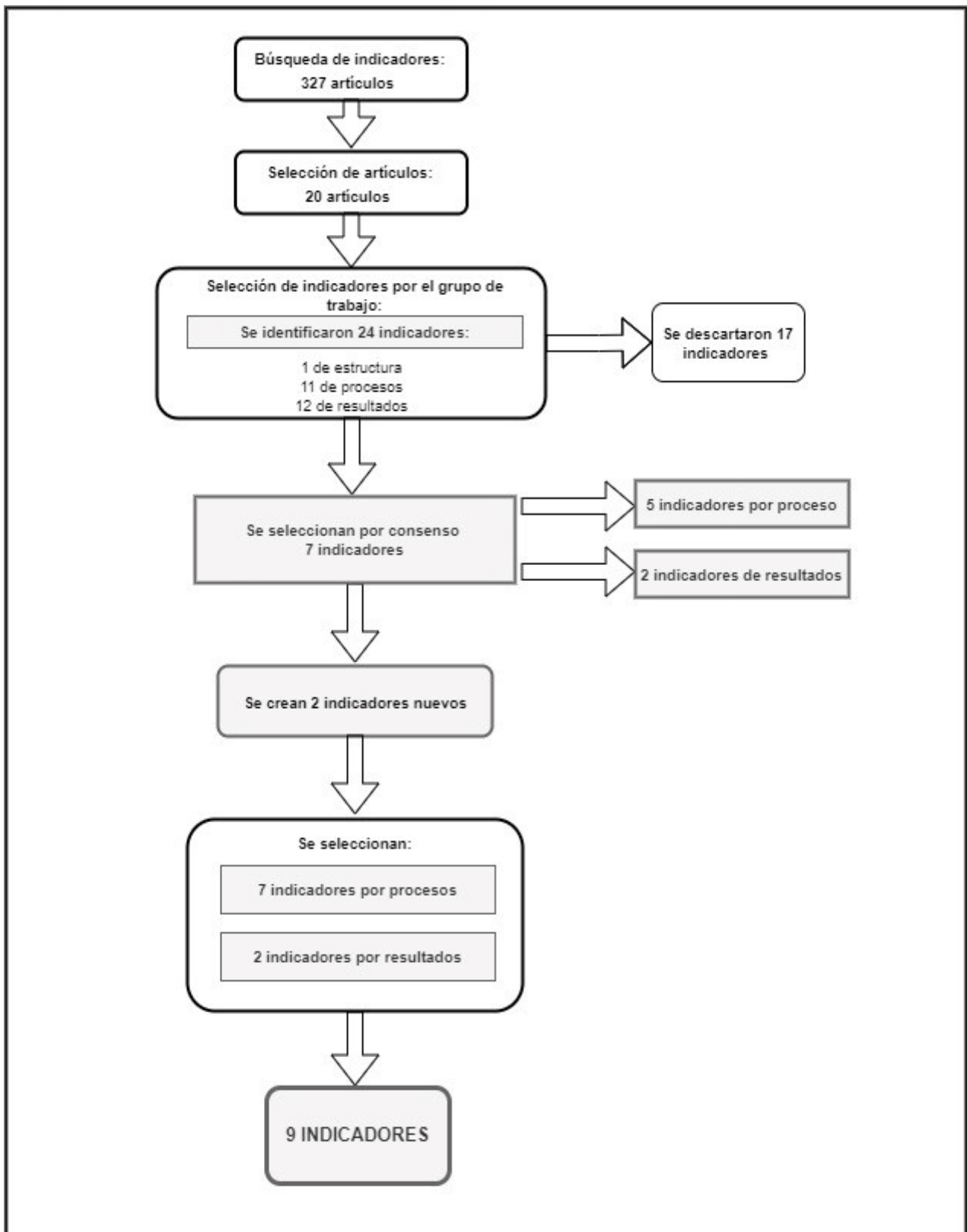
Tabla 24. Indicadores seleccionados.

Indicadores por proceso	Indicadores de Resultado
IND. N° 1: Realización del test de disfagia	IND. N° 8: Paciente con disfagia al alta
IND. N° 2: Registro de los tipos de disfagia	IND. N° 9: Mortalidad en pacientes con ictus y disfagia.
IND. N° 3: Registro del test utilizado en la detección de la disfagia	
IND. N° 4: Registro de complicaciones respiratorias	
IND. N° 5: Cumplimiento de la valoración enfermera (creado)	
IND. N° 6: Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con sonda nasogástrica	
IND. N° 7: Interconsulta a rehabilitación disfagia al paciente con disfagia al alta (creado)	

IND: indicador.

Se diseñaron todos los documentos bajo consenso y aplicando la evidencia basada en la práctica asistencial.

Figura 16. Priorización y selección de indicadores



5.1.6.3. Pilotaje de Indicadores:

Se obtuvieron los datos de las distintas fuentes: BADIMUR y SELENE. Se revisaron un total de 179 historias clínicas, correspondientes a los meses de marzo a julio 2021 (5 meses), se extrajeron los 43 pacientes de la muestra. Se midió todo el tamaño muestral en los casos de los indicadores correspondientes al N° 7 “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta” y N° 6 “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG” al ser de baja casuística. Y los indicadores N° 8 “Pacientes con disfagia al alta” y N° 9 “Mortalidad en pacientes con ictus y disfagia”, al ser indicadores de resultado.

5.1.6.4. Fiabilidad y factibilidad de los indicadores.

Estos resultados de fiabilidad para los indicadores se obtuvieron, mediante la medición de dos evaluadores, según las historias clínicas de los pacientes con ictus atendidos en la UI, en total 179 historias, extraídas de BADIMUR. Los datos fueron buscados y extraídos del Selene, se indagó en cada historia del paciente, extrayendo la información necesaria para la medición. Cada evaluador cumplimentó el formato de recogida de datos de los indicadores, para medir la concordancia a través de Kappa.

Indicadores de Proceso:

INDICADOR N° 1. Realización del test de disfagia

	Test de Disfagia	Test no realizado	Total
Test de Disfagia	17 A	0 b	17 ro
Test no realizado	0 C	26 d	26 r1
	17 Co	26 c1	43 N

INDICADOR N° 2. Registro de los tipos de disfagia

	Cumplimentado	No Cumplimentado	Total
Cumplimentado	32 a	0 b	32 ro
No cumplimentado	0 c	11 d	11 r1
	32 co	11 c1	43 N

INDICADOR N° 3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia

	Se realiza	Sin Determinar	Total
Se realiza	1 A	1 b	2 ro
Sin Determinar	1 C	40 d	41 r1
	2 Co	41 c1	43 N

INDICADOR N° 4. Registro de complicaciones respiratorias

	Si	No	Total
Si	6 a	0 b	6 ro
No	0 c	37 d	37 r1
	6 co	37 c1	43 N

INDICADOR N° 5. Cumplimiento de la valoración enfermera

	Completo	Incompleto	Total
Completo	38 a	0 b	38 ro
Incompleto	0 c	5 d	5 r1
	38 co	5 c1	43 N

Indicadores de Resultado:

INDICADOR N° 8. Paciente con disfagia al alta

Población= 179 pacientes

	Paciente con disfagia al alta
Marzo	6
Abril	1
Mayo	3
Junio	1
Julio	2
TOTAL	13

INDICADOR N° 9. Mortalidad en pacientes con ictus y disfagia

	Fallecimientos
Marzo	0
Abril	1
Mayo	2
Junio	2
Julio	4
TOTAL	9

La medición se realizó mediante dos observadores, los resultados de 5 de los indicadores demostraron una fiabilidad perfecta, 2 de los indicadores tuvieron una fiabilidad moderada el N° 3 “Registro del test utilizado en la detección de la disfagia”, con un valor Kappa de 0,47, y el indicador N° 6 “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG” con un valor Kappa de 0,50. En general los indicadores tuvieron una buena fiabilidad considerando que la mayoría ha tenido un acuerdo absoluto. **(Tabla 25).**

Tabla 25. Resultados de Kappa de los indicadores de proceso.

Indicador	Valor Kappa	IC 95%
1.Realización del test de disfagia	1	1,00-0,70
2.Registro de los tipos de disfagia	1	1,00-0,70
3.Registro del test utilizado en la detección de la disfagia	0,47	0,77-0,17
4.Registro de complicaciones respiratorias	1	1,00-0,70
5.Cumplimiento de la valoración enfermera	1	1,00-0,70
6.Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con SNG	0,50	0,91-0,08
7.Interconsulta a rehabilitación disfagia al paciente con disfagia al alta	1	1,00-0,45

IC95%: índice de confianza.

5.1.6.5. Resultados del cálculo de incumplimientos de los indicadores:

Los resultados de incumplimientos que se muestran **(Tabla 26)**, reflejan que los indicadores con peores resultados son, el indicador N° 3, esto refleja que no se registra el test utilizado para detectar la disfagia en la UI, el N° 4 que es el segundo indicador con alto incumplimiento lo que demuestra que no se reflejaba si existían complicaciones respiratorias, siguiendo con el indicador N° 1, en donde no se registra si se ha realizado el test de disfagia. En estos 3 indicadores es donde se acumula la incidencia absoluta.

Hemos hecho la tabla de incumplimiento con la muestra obtenida, extrapolando los datos para igualar la muestra de los indicadores con baja casuística N° 6 y N° 7 al resto de indicadores y poder hacer un Pareto proporcional.

Tabla 26. Cálculo de incumplimientos de los indicadores.

INDICADOR	C	P (IC 95%)	Incumplimientos		Incid. Acum (3)
			Incump. Abs (1)	Incump. Rel (2)	
3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia	2	5 (0-10,90)	41	25,94	25,94
4.Registro de complicaciones respiratorias.	6	14 (3,60-24,30)	37	23,41	49,35
1.Realización del test de disfagia	17	40 (24,90-54,10)	26	16,45	65,80
6.ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG	10* 21,50**	50(28,10-71,90) 50 (35,10-64,90)	10* 21,50	13,60	79,41
7.ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta	8* 26,46**	62 (35,10-88,00) 62 (47,00-76,10)	5* 16,54**	10,47	89,87
2.Registro de los tipos de disfagia	32	74 (61,40-87,50)	11	6,96	96,83
5.Cumplimiento de la valoración enfermera	38	88 (78,80-98,00)	5	3,16	100,00
TOTAL	143		158		

Muestra =43 casos, *excepto el indicador 6 que tiene una Muestra=20; y el indicador 7 que tiene una Muestra=13; C: grado del cumplimiento real del indicador o criterio; **P:** proporción de cumplimiento; **IC:** índice de confianza; **(1)** Frecuencia absoluta; **(2)** Frecuencia relativa; **(3)** Incidencia acumulada. ******Datos ajustados a una muestra de 43 casos. **ITC:** Interconsulta. **RHB:** Rehabilitación.

- **Indicadores de Resultado:**

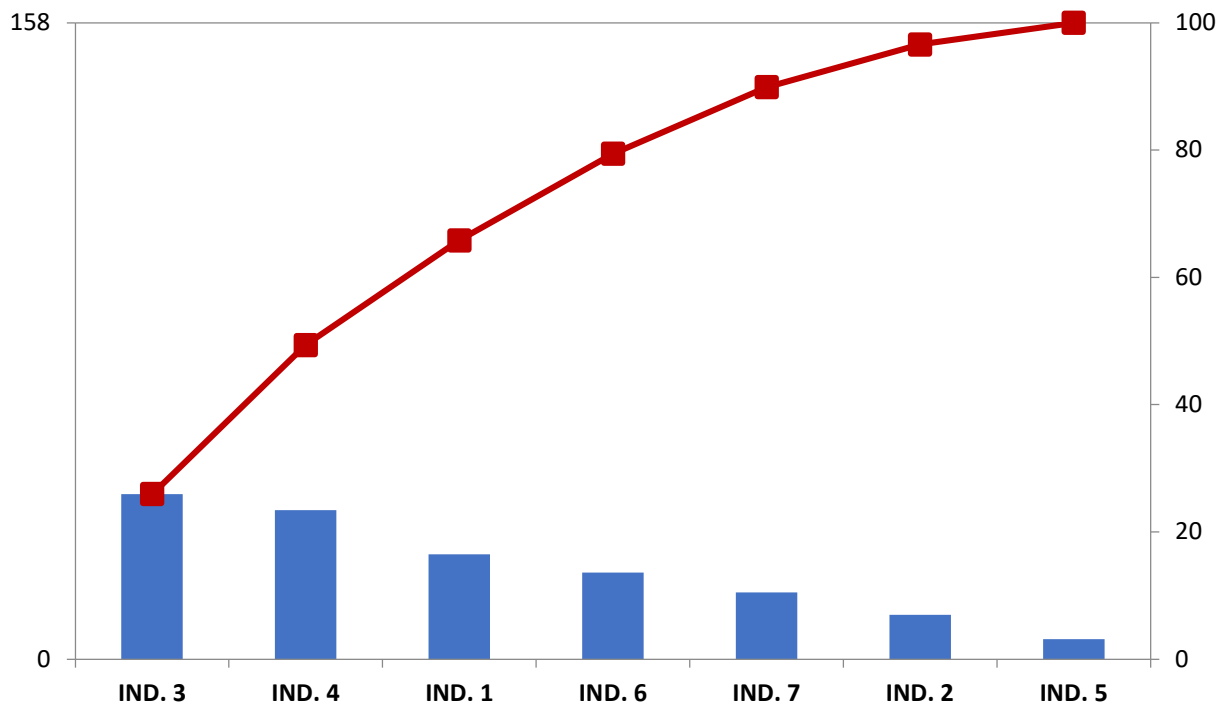
El indicador “Pacientes con disfagia al alta”, se presentó en 13 pacientes (7,26%) del total de N=179, ya que al alta seguían teniendo dificultad para tragar. El indicador “Mortalidad en pacientes con ictus y disfagia”, se identificó en resultado 9 pacientes (5,02%) del total de N=179, que fallecieron en la UI.

5.1.6.6. Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención

En el diagrama de Pareto (**Figura 17**) se visualiza en cuales indicadores se acumularon los mayores porcentajes de fallos. Los 3 indicadores con más incumplimientos nombrados de mayor a menor fueron: “Registro del test utilizado en la detección de la disfagia”, “Registro

de las complicaciones respiratorias”, y “Realización del test de disfagia”, acumulando el 65,80 % de los fallos identificados (defecto de calidad), y será donde se espera que tengan una mejora después de la implantación de la vía.

Figura 17. Diagrama de Pareto.



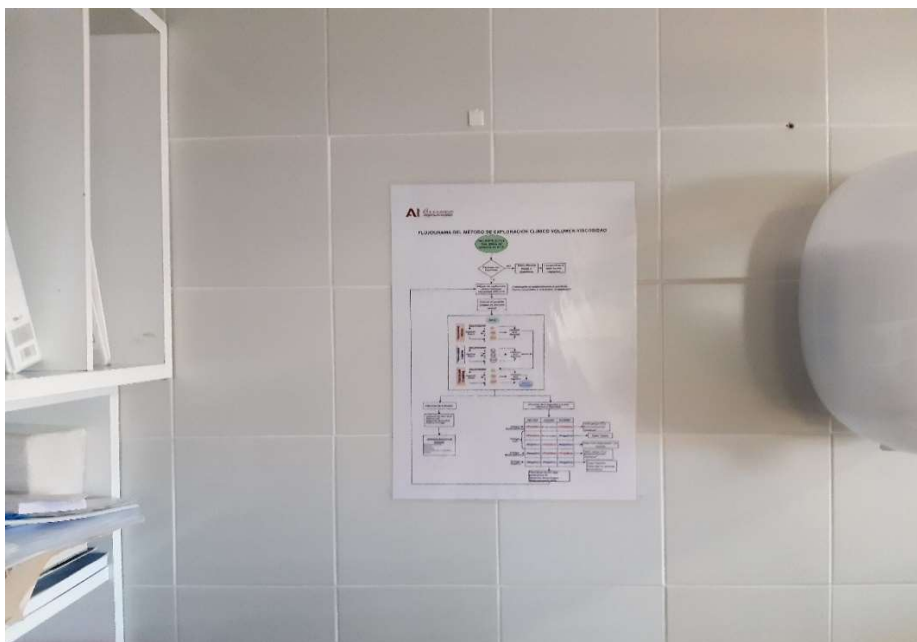
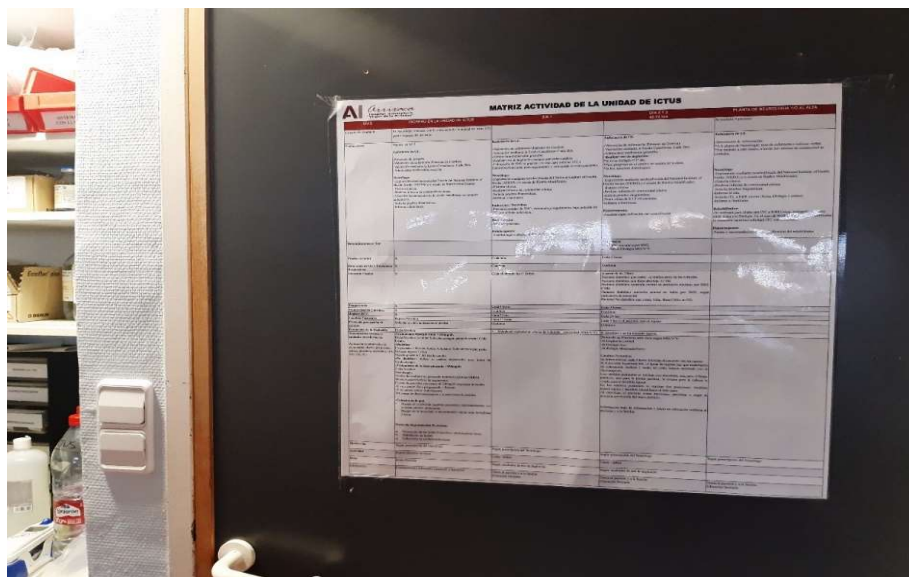
3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia, **4.** Registro de complicaciones respiratorias, **1.** Realización del test de disfagia, **6.** Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con sonda nasogástrico, **2.** Registro de los tipos de disfagia, **5.** Cumplimiento de la valoración enfermera, **7.** Interconsulta a rehabilitación disfagia al paciente con disfagia al alta.

5.1.7. FASE 7: Implantación de la vía clínica

Para comenzar con implantación de la VC, se detalló la matriz final de actividades en modo secuencial y en un documento formato papel (**Anexo 9**), explicado paso por paso de los cambios realizados en la VC para el personal de neurología. Este documento por pasos, se le anexo las hoja de variaciones, guía rápida de ictus y hoja informativa a pacientes, y se entregó para que el personal se familiarizará con las actividades y los tiempos a realizarlas. Se dejaron copias del documento completo al personal de neurología a través de la supervisora de Enfermería de la planta de neurología, con la cual se realizó una reunión para explicar, definir su seguimiento y realización. Para dirigir la implantación y resolución

de dudas durante esta fase, estuvieron disponibles cinco enfermeros de neurología pertenecientes al grupo de trabajo de la VC, y la coordinadora. Además, se colocaron en la UI, la matriz de actividades de la UI, el flujograma de evaluación de la deglución y la hoja de información a pacientes y/o familiares para su visualización, y tener un acceso rápido para su seguimiento y realización (**Figura 18**).

Figura 18. Visualización de Matriz de Actividades de la VC.



Se acordó para el calendario de implantación de la VC de la UI, una duración de 3 meses, a partir de la difusión, y entre medias se volvió a neurología para comprobar si se estaban cumpliendo con el desarrollo de la misma.

5.1.8. FASE 8: 2º Medición de los indicadores después de la implantación de la VC

Se revisaron un total de 212 historias clínicas, correspondientes a los meses de enero a marzo de 2022 (3 meses), se extrajeron los 43 pacientes de la muestra. En el caso de los indicadores de resultado el N° 8 “Pacientes con disfagia al alta” y N° 9 “Mortalidad en pacientes con ictus y disfagia” se midió todo el universo muestral.

Para garantizar la calidad de los indicadores de este estudio, se ha vuelto a medir la fiabilidad, ya que los indicadores N° 6 y N° 7, tienen una baja casuística aun midiendo toda la población, por ello se decidió unir la primera y segunda medición(145).

5.1.8.1. Fiabilidad y factibilidad de los indicadores.

Se realizó la segunda medición, para evaluar la fiabilidad de los indicadores. Los indicadores N° 6 y N° 7 en la primera medición tuvieron una cantidad muestral por debajo del tamaño de muestra para el estudio (n=43). Igualmente, la medición se realizó por dos evaluadores. Cada evaluador cumplimentó el formato de recogida de datos de los indicadores, para medir la concordancia a través de Kappa.

Indicadores de Proceso:

INDICADOR N° 1. Realización del test de disfagia

	Test de Disfagia	Test no realizado	Total
Test de Disfagia	33 a	0 b	33 ro
Test no realizado	0 c	10 d	10 r1
	33 co	10 c1	43 N

INDICADOR N° 2. Registro de los tipos de disfagia

	Cumplimentado	No Cumplimentado	Total
Cumplimentado	32 a	0 b	32 ro
No cumplimentado	2 c	9 d	11 r1
	34 co	9 c1	43 N

INDICADOR N° 3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia

	Registrado	Sin Determinar	Total
Registrado	5 a	0 b	5 ro
Sin Determinar	2 c	36 d	38 r1
	7 co	36 c1	43 N

INDICADOR N° 4. Registro de complicaciones respiratorias

	Si	No	Total
Si	41 a	0 b	41 ro
No	0 c	2 d	2 r1
	41 co	2 c1	43 N

INDICADOR N° 5. Cumplimiento de la valoración enfermera

	Completo	Incompleto	Total
Completo	39 a	0 b	39 ro
Incompleto	0 c	4 d	4 r1
	39 co	4 c1	43 N

Indicadores de Resultado:

INDICADOR N° 8. Paciente con disfagia al alta

**INDICADOR N° 9. Mortalidad en pacientes
con ictus y disfagia**

Población= 212 pacientes

	Pac. c/ disfagia al alta
Enero 2022	2
Febrero 2022	1
Marzo 2022	3
TOTAL	6

	Fallecimientos
Enero 2022	5
Febrero 2022	2
Marzo 2022	3
TOTAL	10

La medición mostró información sobre los resultados de 4 indicadores, que demostraron una fiabilidad perfecta. Los indicadores N° 2 y N° 3, tuvieron un resultado muy bueno con un Kappa de 0,87 y 0,80 respectivamente. Como existían dos indicadores que, a pesar de medir la población total, tenían una baja casuística, se decidió juntar la 1º y 2º medición para los cálculos de kappa, este ha sido el caso de los indicadores N° 6 (1º medición n=20; 2º medición n=17) donde la suma de ambas mediciones son n=37 con un Kappa de 0,60(IC 95% 0,90-0,28); y el N° 7 (1º medición n=13; 2º medición n=6) con un n=19 y un kappa de 1 (IC 95% 1,00-0,55). Por todo ello, se pudo considerar que la mayoría de indicadores han tenido un acuerdo entre absoluto y casi absoluto, con valores de Kappa entre 1-0,60. **(Tabla 27).**

Tabla 27. Resultados de Kappa de los indicadores de procesos. 2º medición.

Indicador	Valor Kappa	IC 95%
1.Realización del test de disfagia	1	1-0,70
2.Registro de los tipos de Disfagia	0,87	1-0,57
3.Registro del Tipo de test para la detección de la disfagia	0,80	1-0,51
4.Registro complicaciones respiratorias	1	1-0,70
5.Cumplimiento de la valoración Enfermera	1	1-0,70
6.Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con SNG	0,60	0,90-0,28
7.Interconsulta a rehabilitación al paciente con disfagia al alta	1	1,00-0,55

IC95%: índice de confianza; **(1): muestra de n=37; (2): muestra n=19.**

5.1.8.2. Resultados del Cálculo de incumplimientos de los indicadores:

Los resultados de incumplimientos que se muestran **(Tabla 28)**, evidenciaron que los indicadores con peores resultados en esta 2º medición siguen siendo: el indicador N° 3, reflejando que no se registraba el test con el cual se detectaba la disfagia en la UI; seguido del N° 2, demostrando que no se realiza el registro de los tipos de disfagia, y en tercer lugar tenemos al N° 1 “Realización del test de disfagia”.

Tabla 28. Cálculo de incumplimiento de los indicadores.

INDICADOR	C	P (IC 95%)	Incumplimientos		Incid. Acum ⁽³⁾
			Incump. Abs ⁽¹⁾	Incump. Rel ⁽²⁾	
3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia	5	12 (2,00-21,20)	38	54,29	54,28
2.Registro de los tipos de disfagia	32	74 (61,40-87,50)	11	15,71	70,00
1.Realización del test de disfagia	33	77 (64,10-89,40)	10	14,29	84,28
6. ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG	15*	53 (29,50-76,70)	2*		
	38**	88 (78,00-98,00)	5**	7,14	91,42
5.Cumplimiento de la valoración enfermera	39	91 (82,00-99,40)	4	5,71	97,14
4.Registro de complicaciones respiratorias	41	95 (89,10-100,00)	2	2,86	100,00
7.ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta	6*	100 (100,00-100,00)	0*	0	
	43**	100 (100,00-100,00)	0**	0	100,00
TOTAL	171		70		

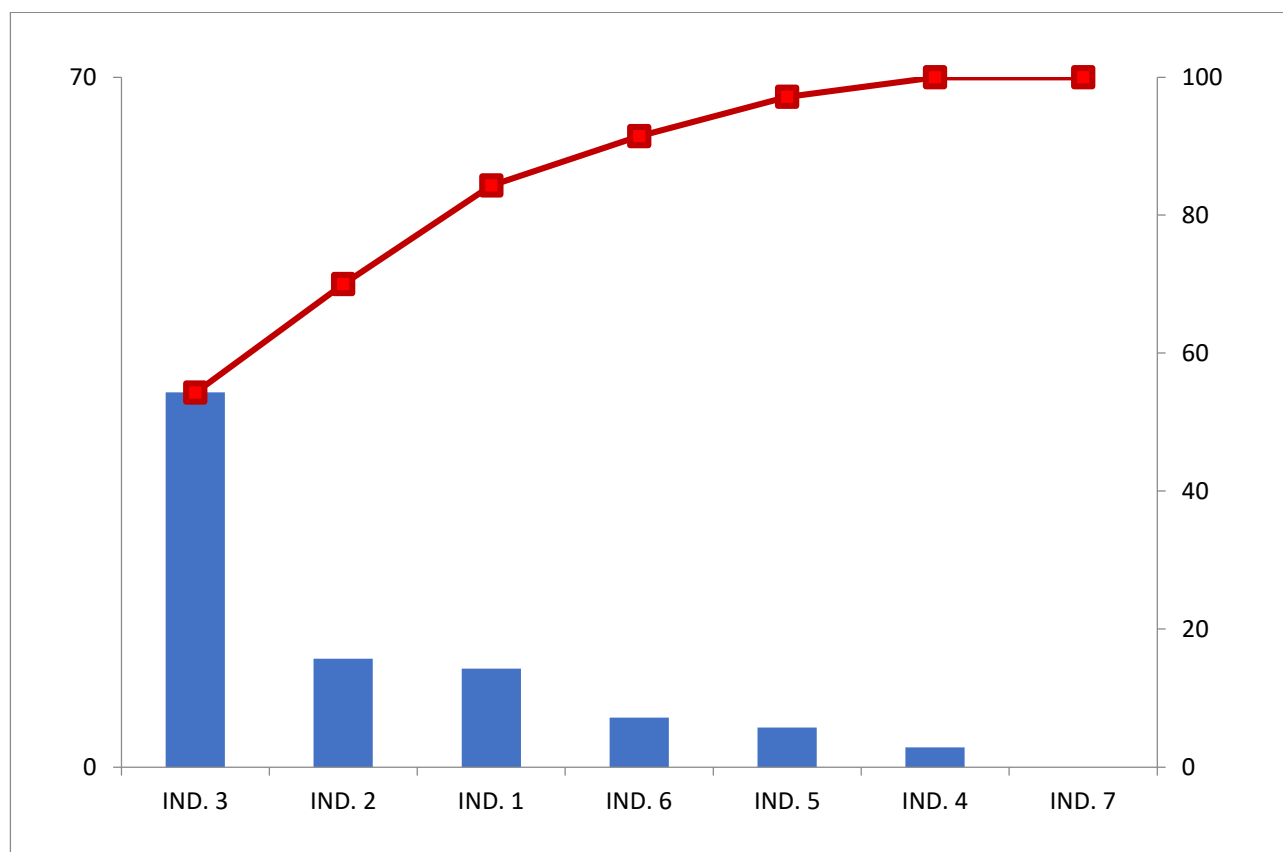
Muestra =43 casos, *excepto el indicador 6 que tiene una Muestra=17; y el indicador 7 que tiene una Muestra=6; C: grado del cumplimiento real del indicador o criterio; **P:** proporción de cumplimiento; **IC:** índice de confianza; **1)** Frecuencia absoluta; **(2)** Frecuencia relativa; **(3)** Incidencia acumulada. ****** Datos ajustados a una muestra de 43 casos. **ITC:** Interconsulta. **RHB:** Rehabilitación.

- **Indicadores de Resultado:**

El indicador “Pacientes con disfagia al alta”, apareció en esta segunda medición solo en 6 pacientes (2,83%) del total de N=212, ya que al alta seguían teniendo dificultad para tragar. 1El indicador “Mortalidad en pacientes con ictus y disfagia”, se presentó en 10 pacientes (4,71%) del total de N=212, que fallecieron en la UI. Estos dos resultados obtuvieron porcentajes menores que en la primera medición.

5.1.8.3. Análisis de los defectos de la calidad y priorización de la intervención

Figura 19. Diagrama de Pareto. Curva 80-20.



3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia, 2. Registro de los tipos de disfagia, 1. Realización del test de disfagia, 6. Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con sonda nasogástrica, 5. Cumplimiento de la valoración enfermera, 4. Registro de las complicaciones respiratorias, 7. Interconsulta a rehabilitación disfagia al paciente con disfagia al alta.

En el diagrama de Pareto (**Figura 19**) se visualizan los indicadores que acumularon el mayor porcentaje de fallos. Los tres indicadores con mayor número de fallos fueron “Registro del test utilizado en la detección de la disfagia”, “Registro de los tipos de disfagia”, y “Realización del test de disfagia”, acumulando el 84,28% de los fallos identificados (defecto de calidad).

5.1.8.4. Estimación de la mejora conseguida (absoluta y relativa)

Se puede observar que los tres indicadores que obtuvieron el más alto porcentaje de mejora significativa fueron: el indicador N° 7, que ha tenido una mejora del 100% ya que en esta medición todos los pacientes que tuvieron disfagia al alta se le realizó la ITC a RHB, seguido del N° 4 “Registro de complicaciones respiratorias”, con una MR=94%, esto quiere decir que en esta segunda medición se registraron casi todas las complicaciones respiratorias. El tercer puesto de mejora conseguida fue para el indicador N° 6 “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG”, que mejoró con MR=76% y MA=38%. El indicador que no mejoró, pero tampoco empeoró fue el indicador N° 2 “Registro de los tipos de disfagia”; ya que ha tenido el mismo cumplimiento que la 1° medición (**Tabla 29**).

Tabla 29. Mejora conseguida.

Indicador	P1	P2	Significación estadística		% MA	% MR
			Z	P (una cola)		
1.Realización del test de disfagia	0,40	0,77	4,47	0,00	37%	62%
2.Registro tipos de disfagia	0,74	0,74	0,00	0,50	-	-
3.Registro tipo de test utilizado para detectar la disfagia	0,05	0,12	1,37	0,08	7%	7%
4.Registro de complicaciones respiratorias	0,14	0,95	10,03	0,00	81%	94%
5.Cumplimiento de la valoración enfermera	0,88	0,91	0,58	0,28	3%	25%
6.ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG	0,50	0,88	5,09	0,00	38%	76%
7.ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta	0,62	1,00	6,60	0,00	38%	100%

P1: proporción de cumplimiento en la 1° evaluación; **P2:** proporción de cumplimiento en la 2° evaluación; **Z:** puntuación estándar o diferencia entre un estadístico observado y su parámetro hipotético de población en unidades de la desviación estándar; **P:** proporción de cumplimiento; **%MA:** porcentaje de la mejora absoluta; **%MR:** porcentaje de la mejora relativa. **ITC:** Interconsulta; **RHB:** Rehabilitación.

Se eligió la prueba de una cola, ya que se asumió que en la 2º medición algunos valores de los resultados mejorarían. El siguiente cuadro muestra una comparativa, donde se puede apreciar los cumplimientos de los indicadores de la primera y segunda medición, junto con las desviaciones estándar de cada medición (**Tabla 30**).

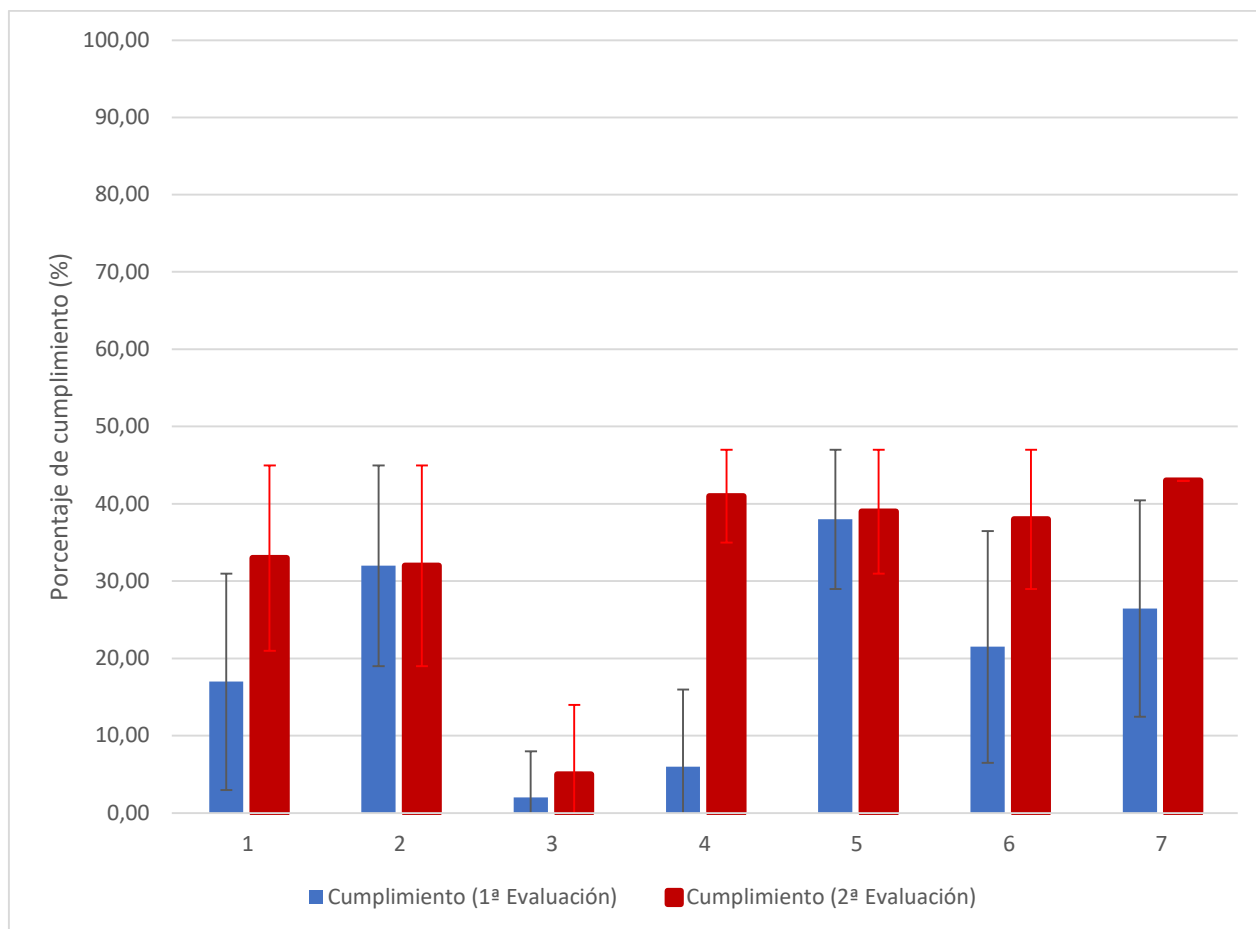
Tabla 30. Cuadro comparativo de la 1º y 2º evaluación.

Indicador	C1	i-1%	C2	i-2%
1.Realización del test de disfagia	17,00	14,00	33,00	12,00
2.Registro del tipo de disfagia	32,00	13,00	32,00	13,00
3.Registro del test utilizado en la detección de la disfagia	2,00	6,00	5,00	9,00
4.Registro de complicaciones respiratorias	6,00	10,00	41,00	6,00
5.Cumplimiento de la valoración enfermera	38,00	9,00	39,00	8,00
6.ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG	21,50	15,00	38,00	9,00
7.ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta	26,46	14,00	43,00	0,00

C1: cumplimiento de la 1º evaluación; **i:** error estándar o desviación estándar; **i-1%:** porcentaje del error o desviación estándar de la 1 evaluación; **C2:** cumplimiento de la 2º evaluación; **i-2%:** porcentaje del error o desviación estándar de la 2º evaluación. **ITC:** Interconsulta; **RHB:** Rehabilitación.

En la **Figura 20**, podemos observar la mejora conseguida de los tres indicadores con resultados más altos, donde la mayor mejora la obtuvo el indicador N° 7, seguido del indicador N° 4 para el registro de complicaciones respiratorias, y en tercer lugar el indicador N° 6.

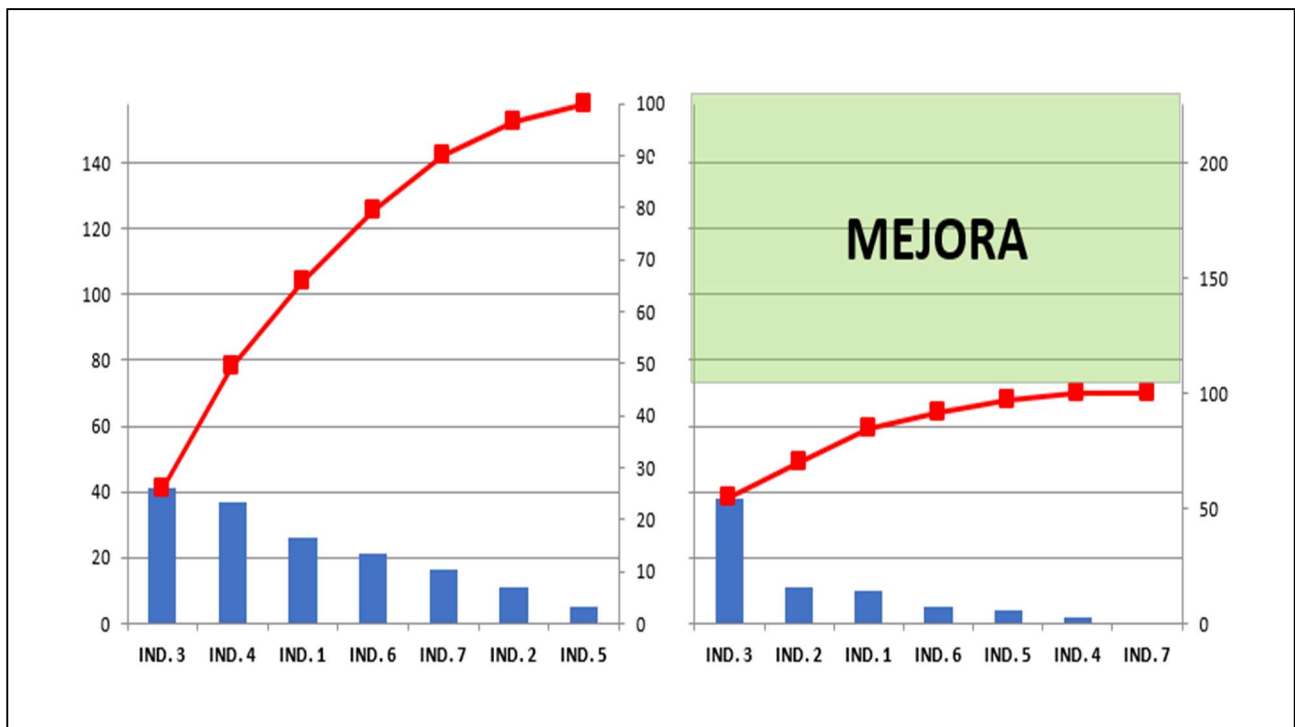
Figura 20. Análisis gráfico: Barras comparativas Antes – Después.



1. Realización del test de disfagia, 2. Registro de los tipos de disfagia, 3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia, 4. Registro de las complicaciones respiratorias, 5. Cumplimiento de la valoración enfermera, 6. Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con sonda nasogástrica, 7. Interconsulta a rehabilitación disfagia al paciente con disfagia al alta.

En la **Figura 21**, se observa a los tres indicadores con peores resultados que han sido el indicador N° 3, N° 4 y N°1. Y las tres mejores posiciones han sido para el indicador N°7 como el que mejor resultado obtuvo, seguido del N° 4 y N° 5 después de la implantación de la VC. El indicador N° 3 “Registro del test utilizado en la detección de la disfagia”, sigue siendo el indicador que debe mejorar.

Figura 21. Diagrama de Pareto. Antes – Después.



1. Realización del test de disfagia, 2. Registro de los tipos de disfagia, 3. Registro del test utilizado en la detección de la disfagia, 4. Registro de las complicaciones respiratorias, 5. Cumplimiento de la valoración enfermera, 6. Interconsulta a nutrición/endocrino al paciente con sonda nasogástrica, 7. Interconsulta a rehabilitación disfagia al paciente con disfagia al alta.

5.1.9. FASE 9: Satisfacción:

5.1.9.1. Cuestionario de calidad percibida adaptado de la EMCA

Nuestro cuestionario dirigido a nuestro estudio (2022), constó de 12 preguntas a diferencia del cuestionario de 2019 que tenía 37 preguntas (**Tabla 31**).

Tabla 31. Equiparación de preguntas del cuestionario 2019 al 2022.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA NEUROLOGÍA	
Cuestionario de indicadores de calidad percibida y satisfacción 2019. Subdirección general de calidad asistencias, seguridad y evaluación. Servicio Murciano de Salud.	Cuestionario de indicadores de calidad percibida y satisfacción 2022. Vía clínica de la disfagia en la Unidad de Ictus.
1. ¿Le informaron a usted o a su acompañante de las normas de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización donde estuvo ingresado?	1. ¿Le informaron a usted o a su acompañante de las normas de funcionamiento de Unidad de Ictus donde estuvo ingresado?
Respuesta dicotómica: <p style="text-align: center;">SI; NO</p>	
2. ¿Cómo valora la información que le dieron?	2. ¿Cómo valora la información que le dieron?
Respuesta tipo lista: <p style="text-align: center;">5 Muy bien; 4 Bien; 3 Regular; 2 Mal; 1 Muy Mal, 98 No me dio ninguna información, 99 NS/NC</p>	
3. ¿El personal de Enfermería que le atendió en el momento del ingreso se presentó	3. ¿El personal de Enfermería que le atendió en el momento del ingreso se presentó
Respuesta dicotómica: <p style="text-align: center;">SI; NO</p>	
4. ¿El personal de Enfermería que le atendió en el ingreso le preguntó a usted o acompañante su nombre para confirmar su identidad?	4. ¿El personal de Enfermería que le atendió en el ingreso le preguntó a usted o acompañante su nombre para confirmar su identidad?
Respuesta dicotómica: <p style="text-align: center;">SI; NO</p>	
5. ¿Cómo califica globalmente su satisfacción con la acogida que se le hizo en el hospital ?	5. ¿Cómo califica globalmente su satisfacción con la acogida que se le hizo en la Unidad de Ictus ?
Respuesta tipo lickert: <p style="text-align: center;">Del 0 al 10 (0 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho)</p>	
6. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal médico?	6. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal médico?
Respuesta tipo lista: <p style="text-align: center;">5 Muy bien; 4 Bien; 3 Regular; 2 Mal; 1 Muy Mal, 98 No me dio ninguna información, 99 NS/NC</p>	
7. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal de Enfermería?	7. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal de Enfermería?
Respuesta tipo lista: <p style="text-align: center;">5 Muy bien; 4 Bien; 3 Regular; 2 Mal; 1 Muy Mal, 98 No me dio ninguna información, 99 NS/NC</p>	
8. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal auxiliar de Enfermería?	8. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal auxiliar de Enfermería?
Respuesta tipo lista: <p style="text-align: center;">5 Muy bien; 4 Bien; 3 Regular; 2 Mal; 1 Muy Mal, 98 No me dio ninguna información, 99 NS/NC</p>	
9. ¿Cómo valora usted la profesionalidad de los celadores?	9. ¿Cómo valora usted la profesionalidad de los celadores?
Respuesta tipo lista: <p style="text-align: center;">5 Muy bien; 4 Bien; 3 Regular; 2 Mal; 1 Muy Mal, 98 No me dio ninguna información, 99 NS/NC</p>	
10. ¿Cree usted que no se produjo algún tipo de fallo o incidente en su tratamiento, pruebas o cuidados?	10. ¿Cree usted que no se produjo algún tipo de fallo o incidente en su tratamiento, pruebas o cuidados?
Respuesta dicotómica: <p style="text-align: center;">SI; NO</p>	
11. ¿Cómo de seguro se ha sentido durante su estancia en el hospital en el último ingreso?	11. ¿Cómo de seguro se ha sentido durante su estancia en la UI del HCUVA?
Respuesta tipo lickert: <p style="text-align: center;">Del 0 al 10 (0 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho)</p>	
12. ¿Cómo calificaría globalmente su satisfacción con el hospital ?	12. ¿Cómo calificaría globalmente su satisfacción con la UI ?
Respuesta tipo lickert: <p style="text-align: center;">Del 0 al 10 (0 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho)</p>	

NS/NC: no sabe / no contesta

En ambos cuestionarios, las preguntas estuvieron repartidas en 3 tipos de respuestas (tipo lista, tipo lickert y dicotómicas) (**Figura 22**).

Figura 22. Cuestionario de calidad percibida de la Unidad de Ictus del HCUVA.



**CUESTIONARIO CALIDAD PERCIBIDA
DE LA UNIDAD DE ICTUS DEL HCUVA**

Le estamos llamando de la Unidad de Ictus del HCUVA, para conocer su opinión con respecto a su estancia en la misma, es muy importante para nosotros saber su opinión para mejorar nuestra atención.

Para empezar, nos gustaría conocer algunas cosas con respecto al funcionamiento de la Unidad de Ictus del HCUVA

1. ¿Le informaron a usted o a su acompañante, de las normas de funcionamiento de la Unidad de Ictus donde estuvo ingresado, es decir horario de comidas, visitas, información del médico, etc.

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC

2. ¿Cómo valora esa información que le dieron?

- 5 Muy bien
- 4 Bien
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy Mal
- 99 NS/NC

3. ¿El personal de enfermería que le atendió en el momento del ingreso, se presentó?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC

4. ¿El personal de enfermería que le atendió en el momento del ingreso le preguntó a usted o a sus familiares su nombre para confirmar su identidad?

- 1 Si
- 2 No
- 99 NS/NC

5. Considerando los temas de los que hemos hablado hasta ahora relacionados con la atención que recibió al llegar a la UI díganos, por favor, en una puntuación de 0 a 10, dónde 0 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho, ¿Cómo califica globalmente su satisfacción con la acogida que se le hizo en la UI de este hospital?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

PROFESIONALIDAD

Generalmente decimos que alguien es un buen profesional cuando hace bien su trabajo. Respecto a la atención que recibió durante su estancia en la Unidad de Ictus del HCUVA ¿cómo valora usted la profesionalidad de ...?

	Muy buena 5	Buena 4	Regular 3	Mala 2	Muy Mala 1	NS/NC 99
6. Médicos						
7. Enfermeras						
8. Auxiliares de Enfermería (las personas que le asean, le toman la temperatura, le hacen la cama...)						
9. Celadores (los que llevan las camillas, las sillas de ruedas, los que le acompañan a realizar las pruebas...)						

PASANDO A OTRO TEMA, NOS GUSTARÍA CONOCER SU OPINIÓN SOBRE LA SEGURIDAD QUE SINTIÓ MIENTRAS SE ENCONTRABA INGRESADO/A EN EL HOSPITAL

10. Durante su estancia en el hospital ¿cree usted que se produjo algún tipo de fallo, o incidente, en su tratamiento, pruebas o cuidados...?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC

11. En una pregunta de 0 a 10, dónde 0 significa muy inseguro y 10 muy seguro, ¿cómo se ha sentido de seguro durante su estancia en el hospital en el último ingreso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------



SATISFACCION GLOBAL DE LA INFORMACIÓN

PARA TERMINAR.....

12. En una puntuación de 0 a 10, donde 0 es muy insatisfecho y el 10 es muy satisfecho, dígame, por favor, ¿Cómo calificaría globalmente su satisfacción con la Unidad de Ictus del HCUVA?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

*Muchas gracias por su tiempo y amabilidad al responder nuestras preguntas.
Con sus aportaciones nos está ayudando a mejorar.*

5.1.9.2. Cuestionario de calidad percibida y satisfacción de UI - Neurología:

La encuesta de calidad percibida elaborada por la Subdirección de calidad asistencial en 2019, se realizó a la unidad de neurología de varios hospitales de la región para realizar una comparativa. Para nuestro estudio, solo se seleccionó la muestra del HCUVA, y se comparó para conocer la diferencia entre ambas encuestas (**Tabla 32**).

Debido, a que no nos han podido proporcionar los datos brutos de la encuesta de la EMCA desde el hospital, no se pudieron hacer los análisis estadísticos para comparar los resultados de la encuesta de satisfacción.

La satisfacción percibida por el paciente se centra de forma positiva en varios de los ítems preguntados: tanto que el personal de Enfermería se presentará, como si los profesionales le habían confirmado la identidad como paciente han obtenido un 100% de respuestas positivas. Con una puntuación ligeramente menor al 100% se identifican las preguntas sobre cómo valora al personal médico, personal de Enfermería, y personal auxiliar de Enfermería. Importándole menos, la información recibida, con un 86,04%.

Comparando la calidad percibida de nuestro cuestionario (2022) con el de la EMCA (2019), podemos decir que en la pregunta N° 1 con respecto a la información de las normas de funcionamiento donde estuvo ingresado se mejoró en un 41,17%. Seguido de la pregunta N° 11 de como se ha sentido de seguro durante su estancia en la UI, la diferencia fue de un 15,06% más en respuestas de satisfacción. Mientras que las 3 siguientes preguntas empeoraron fueron la pregunta N° 2 de que como valoraba la información con un -13,96%, la pregunta N° 5 sobre la satisfacción global de la acogida que le hicieron en el hospital con un 6,41%. Y en tercer lugar la profesionalidad del médico y personal de enfermería con un -2,33% respectivamente.

La seguridad de los pacientes/familiares que han pasado por la UI, en la pregunta N° 11, junto con la pregunta N° 12 sobre la satisfacción global, se puede concluir que satisface las expectativas del usuario con un 97,67% y 97,66% respectivamente. Al ser la UI una unidad especializada y con información limitada a horarios en el día, se cree que el porcentaje de la pregunta sobre la valoración de la información que le dieron, en nuestro cuestionario obtuvo un 86,04% frente al cuestionario EMCA de 2019 que obtuvo un 100%.

Tabla 32. Indicadores de Calidad Percibida de Neurología, comparación de año 2019 y 2022.

H.C.U. Virgen de la Arrixaca	2019	2022	Diferencia
	Ev1 N=50	Ev2 N=43	
NEUROLOGÍA	%	%	%
1. ¿Le informaron a usted o a su acompañante de las normas de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización/Unidad de Ictus donde estuvo ingresado?	56,50	97,67 ⁽¹⁾	41,17
2. ¿Cómo valora la información que le dieron?	100,00	86,04 ⁽²⁾	-13,96
3. ¿El personal de Enfermería que le atendió en el momento del ingreso se presentó?	86,70	100,00 ⁽¹⁾	13,30
4. ¿El personal de Enfermería que le atendió en el ingreso le preguntó a usted o acompañante su nombre para confirmar su identidad?	98,00	100,00 ⁽¹⁾	2,00
5. ¿Cómo califica globalmente su satisfacción con la acogida que se le hizo en el hospital / Unidad de Ictus?	87,80	81,39 ⁽²⁾	-6,41
6. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal médico?	100,00	97,67 ⁽²⁾	-2,33
7. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal de Enfermería?	100,00	97,67 ⁽²⁾	-2,33
8. ¿Cómo valora usted la profesionalidad del personal auxiliar de Enfermería?	98,00	97,67 ⁽²⁾	-0,33
9. ¿Cómo valora usted la profesionalidad de los celadores?	100,00	90,69 ⁽²⁾	-9,31
10. ¿Cree usted que no se produjo algún tipo de fallo o incidente en su tratamiento, pruebas o cuidados?	94,00	97,67 ⁽¹⁾	3,67
11. ¿Cómo de seguro se ha sentido de seguro durante su estancia en la UI del HCUVA?	82,60	97,66*	15,06
12. ¿Cómo calificaría globalmente su satisfacción con el hospital / UI?	91,80	97,66*	5,86

(1): las respuestas son dicotómicas si/no, el porcentaje se refiere a los síes; (2): las respuestas se refieren a la lista lickert del 5 al 1 donde 5 es muy bien y 1 muy mal, los porcentajes se refiere a los muy bien; *: las respuestas son de tipo escala de puntuación donde 0 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho, el porcentaje reflejado se refiere a los muy bien y bien. **Ev1**: Cuestionario de calidad percibida de 2019; **Ev2**: Cuestionario de calidad percibida de 2022.

5.1.10. FASE 10: Evaluación de la vía clínica

5.1.10.1. Hasta qué punto se sigue la VC:

Los pacientes que entraron en la UI, no tuvieron la opción de no entrar en la VC, por los cuidados que se administran en esta unidad. Puede ser que el paciente con ictus no tuviera ninguna focalidad, no siendo necesario realizar el test de disfagia; pero si se protege la deglución de forma segura, al realizar la progresión de la dieta. Así mismo, un paciente que ingresa a la UI desde la unidad de cuidados intensivos (UCI), entra igualmente en la VC, ya que se debe realizar el test y/o progresar dieta según tolerancia. Para ambos casos se realizaron el resto de los procesos y cuidados que se describen en la VC. Con respecto al cumplimiento de la VC, en algunos apartados han tenido un bajo seguimiento, como es el caso del registro del tipo de test de disfagia utilizado, y la aplicación del MECV-V, pudiendo ser por no tener desarrollado e implantado el modelo del registro informático del MECV-V específico del test, para introducir los datos. El registro de las variaciones, en el formato diseñado no se realizó, alegando la falta de tiempo, por la ratio enfermera/paciente y rotación del personal.

5.1.10.2. Seguimiento y utilización de los cambios introducidos en la VC:

Este es uno de los requisitos, que influye en la factibilidad y efectividad de la VC. Si hablamos de los cambios, con un efecto muy positivo tenemos al indicador ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta, cuyos resultados han sido excelentes, ya que todos los pacientes en la 2º medición con disfagia al alta se les ha seguido en consulta, para su recuperación y manejo de forma efectiva. De igual modo, las ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG, se cubrieron en su totalidad, realizando el seguimiento de estos pacientes para mantener sus requerimientos nutricionales, y así evitar la desnutrición y la deshidratación, aunque en menor porcentajes algún paciente se puede perder por los traslados de los pacientes a otros centros asistenciales. Esta ITC, también se encarga de realizar cualquier prueba que requiera el paciente, así como solicitar ITC a ORL, para estudios más avanzados, si fuera preciso. La implantación del MECV-V, en esta UI, supuso una unificación de criterios ya que, en unidades de nutrición y ORL del HCUVA utilizan este test para valorar la disfagia, de esta manera se espera trabajar de forma unificada con un

mismo cribado a nivel hospitalario. Por el contrario, el punto negativo, es la cantidad de pacientes con disfagia al alta, que no se les puede realizar seguimiento, como pasa con el seguimiento de los pacientes con SNG, ya que son derivados a su hospital de referencia o centros concertados.

5.1.10.3. Análisis de las Variaciones:

La hoja de variaciones, fue un elemento que no se llevó a cabo en nuestro estudio. Pudiendo ser, en primer lugar, por la apatía manifestada de algunos enfermeros a los cambios producidos, y en segundo lugar informaban de que era un trabajo adicional, y que el tiempo para llevarlo a cabo era insuficiente, ya que la UI cuenta con una enfermera por turno, para los cuidados continuos.

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

El diseño, implementación y evaluación de la VC de la disfagia en la UI del HCUVA, ha logrado establecer comunicación entre las diferentes especialidades que tratan la disfagia de carácter intrahospitalario, como son la unidad de endocrinología y nutrición, RHB disfagia y otorrinolaringología. Así mismo, la VC ha promovido las conexiones directas estandarizadas para las interconsultas entre las distintas especialidades, este cambio se ha visto reflejado en los indicadores, ya que en la monitorización se puede ver que las solicitudes de interconsultas a nutrición/endocrino y de RHB disfagia, tuvieron un alto porcentaje de ejecución. Además, la VC ha incluido el método de detección de la disfagia (MECV-V) en la UI, utilizado también por otras unidades del hospital.

Las mejoras conseguidas con la implantación de la VC, corresponden a el indicador “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta” MR=100% y MA=38%, seguido del indicador N° 4 “Registro de complicaciones respiratorias” MR=94% y MA=81%, y el indicador N° 6 “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG” MR=76% y MA=38%. Conocer con exactitud el cumplimiento de la VC, con respecto a la aplicación del MECV-V, no ha sido posible, ya que la cumplimentación en las notas de Enfermería fue muy escasa, consiguiendo solo unos resultados de MR=7% y MA=7%.

La actualización de la Estrategia que se engloba en el marco del Plan de Acción Europeo del Ictus 2018-2030, toma en cuenta la RHB coordinada, en la atención precoz de los diferentes especialistas que tratan al paciente con ictus, y que planifican su tratamiento al alta, con implicación de otros sanitarios expertos en aquellos pacientes que lo precisen(103). En nuestro caso, la VC realiza el engranaje en la hospitalización y en la derivación al alta al paciente con disfagia a diferentes unidades, para que recuperen o mejoren la capacidad funcional de tragar de manera segura.

En el transcurso del desarrollo de este estudio, en el año 2021 investigadores entre los que se encuentra Pere Clavé Presidente de la ESSD e investigador principal del Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBEREHD) en la Fundación privada Salud del Consorcio Sanitario del Maresme, junto con la ESO y la participación de 15 expertos europeos de ambas sociedades científicas más importantes

sobre el ictus y la disfagia en Europa, crearon una “guía europea para del manejo y tratamiento de la disfagia orofaríngea postictus”. Esta guía cuenta con recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia científica sobre el manejo y tratamiento de la disfagia orofaríngea en pacientes que han sufrido un ictus agudo. Dichas recomendaciones vienen a reafirmar las expuestas en nuestro estudio. Esta guía confirma que no existe una evaluación de la deglución estandarizada, pero que el reciente desarrollo del MECV-V por Pere Clavé y su equipo, podría proporcionar una base para un enfoque coherente(146). Hoy en día, es uno de los métodos de detección de disfagia que más se utiliza en España, modificando la textura y viscosidad de los alimentos, evitando la broncoaspiración y ajustando la dieta que le corresponde dependiendo del resultado del test, impidiendo así el atragantamiento (39,42,63,64,67,85,127).

En estudios realizados en enfermos con disfagia después de una EC, se ha visto que esta es a menudo transitoria, lo que puede explicar la amplia variación referida de su prevalencia. Durante la RHB, la incidencia de la disfagia se reduce desde un 47% entre las dos y tres primeras semanas, a un 17% entre el segundo y el cuarto mes, esta diferencia se relaciona con la afectación de varias etapas o procesos como: la masticación, la deglución, la digestión y la absorción; dependiendo del tipo, magnitud y localización de la lesión(39). En la VC nuestra prioridad es la detección de la disfagia, la cual se debe hacer en las primeras 24 hrs después del ictus, de esta manera evitaremos las complicaciones, tanto en disfagia transitoria que puede derivar a aspiraciones y neumonías, así como el tratamiento de la disfagia que perdura en el tiempo para emplear los procedimientos necesarios y aplicar la transversalidad profesional para su tratamientos, mediante la ITC a nutrición/endocrino y/o RHB.

Uno de los indicadores de calidad de la atención al paciente que ha sufrido un ictus agudo, es el cribado de la disfagia (106,115,146). Los profesionales consultados en el estudio de Eltringham et al, reconocían que el indicador sobre el test de disfagia, es relevante y factible con porcentajes de 92% y 84% respectivamente (106).

Se eligió el MECV-V, como cribado de disfagia por ser útil en la identificación de la DO, además de tener bajo coste y ser fácil de realizar. Diferentes estudios destacan su capacidad diagnóstica (67,70,85,127); con respecto a la aspiración indica una sensibilidad del 100% y una especificidad del 28%; y para la penetración una sensibilidad del 83% y

especificidad del 65%. Cuando se presentó al grupo de trabajo, algunos miembros del grupo manifestaron que otras unidades como nutrición, RHB y otorrinolaringología, ya trabajan con este método dentro del hospital. La adopción de este método como parte de la VC en la UI para detectar la disfagia, permite que se trabaje de forma homogénea. La enfermera de la unidad de nutrición trabaja durante y al cierre de este estudio en el desarrollo del modelo de registro informático del MECV-V para ser introducido en SELENE. Se solicitó su introducción para ser utilizado en la UI, una vez termine su diseño y se realicen la formación pertinente.

Para la discusión de los resultados de los indicadores con respecto a los cumplimientos e incumplimientos, se nombrarán y destacarán los principales indicadores de manera decreciente de mejores a peores resultados obtenidos.

En la 1ª medición de los indicadores, el mejor porcentaje de cumplimiento lo obtuvo el indicador “*Cumplimiento de la valoración enfermera*”, que permite la medición del trabajo clínico diario de Enfermería. La evaluación inicial ha sido buena, puesto que las enfermeras de la UI valoran al paciente y realizan la planificación y abordaje de los cuidados que se les van a realizar. Las enfermeras participan activamente en todas las fases de la EC hasta la finalización del proceso clínico, por lo que es muy importante desarrollar un Plan de Cuidados de Enfermería específico para proporcionar la atención a pacientes con ictus(32). Esta atención debe ser multidisciplinaria otorgando mayor visibilidad y afianzando el potencial que tienen las enfermeras(147). Gestionan y abordan diferentes dispositivos asistenciales a través de su evaluación y además, se apoyan en la comunicación interprofesional para dar un mejor servicio(29). Los cuidados son continuos desde que se activa el CI hasta que el paciente es dado de alta y continúa con el seguimiento en Atención Primaria. También es responsable de la asistencia a los pacientes con ictus agudo y disfagia en otras unidades como las de nutrición, endocrinología u ORL.

El indicador “Registro de los tipos de disfagia”, es útil en la aplicación de los cuidados, tratamientos, dietas y/o exploraciones complementarias ya que con su registro se conoce la dificultad que tiene el paciente para tragar. Tras la primera valoración de la disfagia la dieta se adapta a cada paciente dependiendo del resultado, agrupándose en dietas basales (no disfagia o disfagia negativa), dieta triturada y/o espesantes, dieta absoluta, o dieta por SNG. Son varios los trabajos que nombran dietas adaptadas como medida preventiva de

complicaciones asociadas a la disfagia(67). Los pacientes con disfagia que reciben dieta con textura modificada para tragar con seguridad pueden reducir los episodios de neumonías(148). En el Hospital Universitario Príncipe de Asturias los miembros de la Unidad Funcional de Disfagia Orofaringea, trabajan en mejorar la alimentación adaptada con alimentos de textura modificada que van a recibir los pacientes, ofreciendo una dieta variada para evitar la rutina, con una presentación vistosa y con condiciones organolépticas atractivas, asegurando una deglución segura para el paciente(84). La relevancia clínica de la DO en el ictus agudo, es proporcionar una deglución segura para poder nutrir al paciente manteniendo una hidratación y nutrición adecuadas(42).

El indicador “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta”, tiene el tercer lugar de mejor cumplimiento y se debe a que una vez expuesto en las reuniones del grupo de trabajo la trascendencia y alcance de realizar al paciente con disfagia al alta, un seguimiento para restablecer o mejorar la deglución de forma segura a través de la RHB específica de disfagia, automáticamente se empezó a trabajar en ello, por la importancia que esto supone para que el paciente se beneficie del mejor servicio asistencial, sin la demora de espera a que se implantase la VC, y no poner en riesgo la salud de los pacientes. De modo que todos los pacientes que tengan disfagia al alta deban tener su ITC para realizar su seguimiento por esta otra unidad. Los procesos de RHB son determinantes para reestablecer o mejorar en los pacientes la capacidad de deglución o para aumentar la ingesta por vía oral, todo esto además tiene una influencia en la calidad de vida del paciente(146)(50).

Hay que destacar el indicador “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG”, obtuvo buenos resultados estando en la cuarta posición en esta medición. Esta ITC tiene relevancia, por la importancia del abordaje al paciente con disfagia moderada/grave que deba llevar SNG, ya que en esta consulta se adaptan y modifican sus requerimientos de agua y nutrientes con aportes y fórmulas específicas, que también son adaptadas a las patologías base del paciente, de modo que se mantenga una adecuada alimentación(9,41,112,136). Cuando al paciente se le instaure la SNG, la enfermera o neurólogo deben realizar la ITC a esta unidad. Dicha unidad será la encargada de estos pacientes y de realizar un nuevo test de MECV-V si así fuera necesario.

El que la unidad de Nutrición/endocrino, se encargue de los pacientes portadores de SNG, tiene relevancia porque además de valorar y controlar su estado nutricional, evitan que

estos pacientes pasen más de 6 semanas con SNG ya que, si la nutrición por esta vía va a tener una duración superior a este plazo, la unidad evalúa pronóstico clínico, enfermedades del paciente y, tiempo que se estima la nutrición, optando por la posibilidad de otros métodos de alimentación, como por ejemplo la PEG (gastrostomía endoscópica percutánea)(56,63,64,112).

De los tres indicadores en los cuales se acumulan el mayor porcentaje de fallos, el indicador “Registro del test utilizado en la detección de la disfagia” es el que tiene el mayor incumplimiento. Puede deberse a que cada enfermero emplea la técnica de acuerdo a sus conocimientos y experiencia, siendo uno de los grandes problemas de esta unidad. Del resultado obtenido se registra el tipo de disfagia que tiene el paciente, el cual guiará a las enfermeras a planificar las intervenciones para su cuidado. Se infiere que al no tener un apartado para indicar el tipo de test que se utiliza, y dado los años que tiene sin actualizarse el protocolo, los enfermeros han dejado de aplicar un test validado para detectar la disfagia, lo cual provoca la variación en la aplicación de diferentes métodos y/o test para la detección de la disfagia en la UI. Algunos enfermeros indican cómo han detectado la disfagia en las “notas de Enfermería” dentro de la historia clínica, otros solo cumplimentan el tipo de disfagia que tiene el paciente dentro del apartado de la escala canadiense en SELENE. Las recomendaciones indican que se debe realizar un cribado para detectar la disfagia(111,112,124) por una herramienta validada y por un profesional capacitado(124), ya que saber determinar el tipo de disfagia (sin disfagia, leve, grave), a través de instrumentos validados, ayuda a los enfermeros, médicos, nutricionista y dietista a tomar las mejores decisiones para su tratamiento(144).

Referente al N° 4 “Registro de complicaciones respiratorias”, en la base de datos BADIMUR de neurología, no se cumplimentaba la existencia de estas complicaciones, siendo importante tener estas cifras ya que indican datos sobre la aspiración y neumonía. Su registro es un indicador de morbilidad y hasta de mortalidad en los pacientes que las padecen(45,81). El siguiente puesto lo tiene el indicador N° 1 “Realización del test de disfagia”. Es turno de registrar la realización del test de disfagia dentro de la escala canadiense. Muchas veces no se refleja, puede deberse también a que no existe un apartado único y específico para su registro, aunque en ocasiones en las “notas de Enfermería”, los enfermeros indican que se ha realizado el test de disfagia o prueba de deglución y el tipo de disfagia que tiene el paciente. El test de disfagia se debe realizar a

todos los paciente con focalidad que ingresen en la UI, según todas las recomendaciones, que hemos incorporado a este estudio(47,110–112,124,133,139).

Pasados los 3 meses establecidos, se procedió a la 2º medición. Para ello, y haciendo una adaptación, se agruparon los resultados de la 1º y 2ª medición de los indicadores N° 6 y N° 7. Correspondiente a “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG” e “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta” respectivamente. Los resultados son muy buenos y su baja casuística se debe a que son pacientes que se traslada a otro centro (hospital de referencia, otro centro sanitario, o centro concertado), y no se les puede hacer el seguimiento de su caso.

Siguiendo la misma dinámica con respecto a los cumplimientos e incumplimientos, en esta 2º medición como la anterior se nombrarán de manera decreciente de mejores a peores resultados obtenidos.

Una vez realizada la 2º medición, los mejores resultados de cumplimiento corresponden al indicador “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta”, ya que todos los pacientes disponían de su ITC a RHB disfagia para su seguimiento. El tratamiento rehabilitador de la disfagia, radica concretamente, en las estrategias tanto compensatorias (cambios posturales, modificación de la textura de los alimentos) como rehabilitadoras (maniobras deglutorias, técnicas sobre los mecanismos de la deglución), además de pautas para la higiene oral, y realizar una educación para la salud dirigidos al paciente y/o cuidador principal con el fin de que siga las recomendaciones prescritas(42,47,48,56,65,115), todo se ejecuta previa evaluación para cada caso en concreto.

Los programas de RHB de la disfagia en el ictus(7,48), están basados en el aprendizaje sensoriomotor, combinando las dos estrategias anteriores, y considerando que una de la alteración de la disfagia en el ictus se vincula con el retraso del disparo del reflejo deglutorio y la disminución de fuerza(42,115).

El indicador “Registro de complicaciones respiratorias” obtuvo el segundo lugar en cuanto al mejor cumplimiento en la 2ª medición. Con él podemos conocer si el paciente ha tenido alguna alteración respiratoria, para activar planes de cuidados y tratamientos en su recuperación. En la base datos BADIMUR, no se especifica qué tipo de complicación

respiratoria ha sufrido en el caso de que el resultado fuese positivo, siendo necesario buscar el diagnóstico concreto en los informes, notas de Enfermería y/o de médicos. En un futuro sería interesante, modificar este apartado en la base de datos, para poder registrar al menos las que se produzcan de manera más frecuente como son las neumonías por aspiración.

En la Revisión Sistemática (RS) de Bath PM, de 2019(139), se muestra que la terapia de deglución reduce la incidencia de infección o neumonía (OR 0,36; IC 95%; 0,16 a 0,78), y que cuando no se producen estas complicaciones respiratorias se hablaría que existe una seguridad en la deglución(61). Además de la detección de la disfagia, la adaptación de la viscosidad reduce significativamente el riesgo de aspiraciones y/o atragantamientos en pacientes con DO(45). Comparando los datos con otros artículos, como el de W. Li et al, de 2017(149), que establece que la falta de intervención oportuna y de una RHB a tiempo, podría causar complicaciones como la neumonía, amenazando la vida de los pacientes(149), por lo que está comprobado que la detección de la disfagia reduce el riesgo de sufrir una infección respiratoria, neumonía o aspiración(80,111,133).

El indicadores “cumplimiento de la valoración enfermera”, también obtuvo en esta 2ª medición el tercer lugar de mejor cumplimiento. El siguiente indicador con mejor cumplimiento es la “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG”, en esta segunda medición (n=17), solo a dos pacientes no se le realizó la ITC. Las GPC recomiendan dar soporte de nutrición a través de la NE en todo paciente con ictus que no puedan ingerir por VO de manera moderada/grave, siendo la vía de elección el SNG(39,47,48,56,63,64,115,124) o PEG (transcurridas 4 semanas desde la inserción de la SNG), elegir una u otra vía está directamente relacionada con factor pronóstico clínico, tiempo estimado de la NE, la enfermedad, riesgo de aspiración y situación del paciente(39,42,64,148). Generalmente la decisión de colocación de la SNG vendrá determinado, por el resultado del test de disfagia, junto con el equipo profesional, estos pacientes requerirán cubrir sus necesidades de nutrientes y líquidos, para no sufrir desnutrición y deshidratación (48,110,112,115). Esta ITC a nutrición/endocrino, encargada de prescribir los aportes nutricionales(14,148), que necesita cada paciente en particular a través del SNG, con sus controles periódicos de tolerancia digestiva, calorías, balance hídrico, evitaría estas complicaciones de la disfagia (56).

Con respecto al incumplimiento de los indicadores en esta 2º medición, tenemos en primer lugar al indicador “Registro del test utilizado en la detección de la disfagia”, seguido de “Registro de los tipos de disfagia”, y por último “Realización del test de disfagia”. Estos datos de incumplimiento se creen que han sido, como se ha comentado en párrafos anteriores, que es debido a que no existe un apartado concreto para cumplimentar este dato, con este estudio se solicitó la introducción de este dato en las notas de Enfermería, pero los resultados obtenidos no han cumplido las expectativas esperadas, siendo muy pocos los datos registrados, pero se cree que mejorará una vez se incluya el icono de MECV-V en el SELENE, en donde el enfermero deberá introducir los datos del método y hasta que viscosidad toleró el paciente. Este icono del MECV-V, y su introducción en el programa del hospital, plasmará sus resultados en la HC del paciente, para que sean utilizados por las distintas unidades que trabajan con este trastorno. Si nos basamos en el test de deglución que se ha introducido en la VC, el estudio de prevalencia de disfagia tras un ictus(150) utiliza como alternativa a las VFC, el MECV-V, por ser un método no invasivo en la valoración de la disfagia, ser de bajo coste y muy sensible, además, de permitir ajustar la dieta evitando las complicaciones como las broncoaspiraciones(150). El MECV-V es considerado por muchos autores como el gold standard de disfagia para pacientes ingresados tras un ACV(43,67,74,126,127).

Con respecto a los indicadores de resultado en la segunda medición los porcentajes de los mismos mejoraron, teniendo menos personas con disfagia al alta y pacientes fallecidas con disfagia e ictus agudo.

Se ha mejorado notablemente, en los indicadores “ITC a RHB disfagia al paciente con disfagia al alta”, seguido de “Registro de complicaciones respiratorias” e “ITC a nutrición/endocrino al paciente con SNG”.

En relación a cómo ha evolucionado la calidad percibida de los pacientes, utilizamos los cuestionarios EMCA, que son una fuente de información para la calidad percibida, a través de la medición de varios aspectos como el grado de satisfacción de los usuarios con la atención asistencial recibida en los centros sanitarios del SMS, incluyendo el grado de recomendación y fidelidad en el caso de si volvería de nuevo al centro sanitario en caso de poder elegir donde ser atendido. La importancia de medir estos aspectos, es permitir la monitorización de indicadores que nos ayuden a identificar si existen elementos o procesos

que mejorar, para otorgar calidad en la asistencia al paciente. Los cuestionarios EMCA son herramientas muy completas para saber la valoración de los pacientes con respecto a la asistencia recibida. Es por ello que se decidió utilizar el cuestionario EMCA de calidad percibida en hospitalización de Adultos (Neurología) año 2019, concretamente del HCUVA, juntos con los datos para la comparación con nuestra adaptación.

Con este estudio se ha conseguido mejorar la conexión entre los especialistas e implementar cambios en las actuaciones enfermeras. Estos han sido: la evaluación de la deglución con el test para la detección de la disfagia, participación en la realización de protocolos que garanticen la gestión del cuidado y afiancen la calidad asistencial, realizar ITC a la unidad de nutrición/endocrino, derivar a los pacientes con disfagia al alta a RHB.

Al plantear en las reuniones la inclusión del MECV-V en la UI, se pudo confirmar que otras unidades como nutrición, endocrinología y otorrinolaringología ya aplicaban este método a pacientes para valorar la disfagia, siendo la mejor opción planteada ya que de esta manera, se logra unificar la utilización de este test a nivel del hospital. De hecho, en las reuniones del grupo de trabajo, descubrimos que paralelamente a este estudio la enfermera de la unidad de nutrición, desarrolla un proyecto de implantación del icono a nivel hospitalario del MECV-V, el cual se incluirá en el SELENE para ser utilizado por las unidades que lo requieran, en donde se podrá registrar los resultados derivados y que estarán en la HC de cada paciente, facilitando a los sanitarios tener al alcance todos los datos del paciente. Por lo que directamente a la unidad de nutrición se le solicita que, al término del diseño del icono, se implante en la UI.

Líneas futuras de investigación pueden enfocarse en la utilización mayoritaria del MECV-V, ya muchos profesionales sanitarios de la unidad se resisten a llevarlo a cabo por el tiempo que implica en su administración, alegando la necesidad de más personal, por todas las actividades que se desarrollan en la unidad, y por no tener un sitio dentro del SELENE donde se registre la aplicación de este test.

Por todo ello tenemos una baja utilización del MECV-V, haciendo que exista desviaciones de la VC, ya que en este apartado en concreto no hay un criterio unificado en cuando a la aplicación de un solo cribado para la detección de la disfagia, dentro de la UI. Así como también, realizar el seguimiento de aquellos pacientes con SNG y/o disfagia derivados a

los hospitales públicos de la región, para el rastreo de la monitorización de la disfagia en esos hospitales.

Por último, mencionar las limitaciones que se tuvieron en este estudio como han sido, la falta de seguimiento de la VC, por una parte, debido a la variabilidad de personal fue difícil coordinar y realizar seguimiento efectivo por el tiempo compulsivo de la pandemia, y por otra parte de algunos enfermeros cuyo alegato se dirigía a la falta de personal y el tiempo que se debía invertir para llevar a cabo todo el protocolo. Otra limitación ha sido el no contar con el sistema de registro del MECV-V, el cual está en proceso de diseño. El registro se realizará a través de la introducción de los resultados obtenidos al aplicar dicho método de detección de la disfagia, a los pacientes de la UI. Se visualizará en el programa SELENE mediante una figura representativa del MECV-V y quedará registrado en la HC de cada paciente. Este formato está en proceso de diseño por parte de la unidad de nutrición, una vez terminado se visualizará en la UI.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

- Nuestro estudio, ha logrado con esta VC unificar algunos criterios entre los profesionales, para que los pacientes se beneficien de una atención multidisciplinar, en la detección de la disfagia en la UI. Se ha logrado coordinar la UI, con las unidades de nutrición-endocrino y RHB con respecto al seguimiento de la disfagia. La inclusión del MECV-V como el test de detección de disfagia de la unidad, hace que se use el mismo test, que ya utilizaban otras unidades del hospital.
- El mapeo de procesos para la detección y tratamiento de la disfagia en la UI, permite reconocer gráficamente, de manera esquemática y secuencial, la trayectoria que debe seguir el paciente, a través de las diferentes actividades y funciones de todo este proceso.
- Se han pilotado 9 indicadores que han resultado factibles y fiables a la hora de medir la calidad de la atención de la disfagia en pacientes con ictus.
- Las enfermeras han conseguido mayor autonomía en la gestión de los cuidados del paciente en la UI: pueden solicitar ITC a la unidad de nutrición/endocrino. Además, han cambiado sus intervenciones previas a unas nuevas prácticas de cuidados basados en la evidencia.
- La identificación de oportunidades de mejora en el proceso de diseño de la VC, incluyó la petición de ITC a RHB disfagia y la adjudicación de responsabilidad para solicitar ITC a ORL para pruebas más avanzadas o realizar pruebas exploratorias como VFS o FEES.
- Este trabajo de mejora de servicios y calidad asistencial, parece que ha mejorado la satisfacción global sobre la UI / Hospital de los pacientes, aunque se necesitaría hacer una evaluación específica de la UI coordinada con la unidad de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Matías-Guiu, J., Villoria, F., Oliva, J., Viñas, S., & Martí J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. 2008;160. Available from: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf
2. Abilleira S, Gallofré M. La atención al ictus se puede mejorar: la experiencia del audit clínico en el plan director de enfermedades cerebrovasculares de Catalunya. *VPM Atlas Variaciones en la Práctica Médica*. 2013;5(1):415–7.
3. Muñoz GA. Manual de Actuación en la Fase Aguda del Infarto Cerebral. 2017;3–206. Available from: <http://www.tiempoescerebro.es/wp-content/uploads/2016/10/P-26.pdf>
4. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev Española Cardiol*. 2007;60(7):753–69.
5. Palazón-Cabanes B, Morales-Ortiz A, López-Picazo Ferrer JJ, Tomás-García N. Identificación de los factores condicionantes de tiempos e indicadores de calidad en la atención intrahospitalaria al ictus agudo. *Rev Neurol*. 2016;62(4):157–64.
6. Adams H., Bendixen B., Kappelle L., Biller J, Love B., Gordon D., et al. Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 1993;23(1):35–41.
7. Palazón Cabanes B. Proyecto de mejora de la calidad e el proceso intrahospitalario de la atención al paciente con ictus isquémico agudo. Proyecto de investigación: 2016.
8. Alvarez Sabín J, De Leciñana MA, Gallego J, Gil Peralta A, Casado I, Castillo J, et al. PASI. PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA DEL ICTUS. 2011. 1–17 p.
9. Martínez-Sánchez P, Fuentes B, Medina-Báez J, Grande M, Llorente C, Parrilla P, et al. Implantación de una vía clínica para la atención del ictus agudo en un hospital con unidad de ictus. *Neurología*. 2010;25(1):17–26.
10. Smithard DG. Dysphagia Management and Stroke Units. *Curr Phys Med Rehabil Reports* [Internet]. 2016;287–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40141-016-0137-2>
11. Alonso de Leciñana M, Morales A, Martínez-Zabaleta M, Ayo-Martín Ó, Lizán L, Castellanos M. Características de las unidades de ictus y equipos de ictus en España en el año 2018. Proyecto Pre2Ictus. *Neurología* [Internet]. 2020 Sep;1(1):1–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021348532030222X>
12. Servicio Murciano de Salud Consejería de Sanidad. Programa de Atención al Ictus en

la Región de Murcia. 2009;144. Available from: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1445&ids ec=88

13. Alvarez Sabín J. Mortalidad hospitalaria por ictus. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(10):1007–9.
14. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M, et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. *Neurología* [Internet]. 2020 Nov;1(1):1–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485320302917>
15. Alonso de Leciñana M, Morales A, Martínez-Zabaleta M, Ayo-Martín, Lizán L, Castellanos M. Characteristics of stroke units and stroke teams in Spain in 2018. Pre2Ictus project. *Neurologia.* 2020 Sep;1(1):1–11.
16. López Fernández JC, Masjuan Vallejo J, Arenillas Lara J, Blanco González M, Botia Paniagua E, Casado Naranjo I, et al. Análisis de recursos asistenciales para el ictus en España en 2012: ¿beneficios de la Estrategia del Ictus del Sistema Nacional de Salud? *Neurologia.* 2014;29(7):387–96.
17. Fuentes B, Gállego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. *Neurología* [Internet]. 2014 Apr;29(3):168–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485311002623>
18. Aguilar EC, Carbonell A. Análisis de factores de riesgo cardiovascular: indicadores de calidad intrahospitalaria en ictus izquémico agudo. 2019;(2):146–57.
19. Leiva Rus A, Esteva Cantó M, Comas Díaz B, Frontera Juan G, Mir Pons M, Vidal Thomàs C. Factores predictores de días de hospitalización en pacientes con ictus. *Med Balear.* 2011;26(2):27–35.
20. Soto-cámara R, Trejo-gabriel-galán JM, González-bernal J, González-santos J, Cubo E. Factores asociados con la activación del servicio de emergencias médicas en el paciente con ictus agudo : un estudio prospectivo. *Emergencias.* 2019;31:86–90.
21. Purroy F, Montalà N. Epidemiology of stroke in the last decade: a systematic review. *Rev Neurol.* 2021;73(9):321–36.
22. Raziel. Formulario de consulta a la base mortalidad [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 19]. Available from: <http://raziel.cne.isciii.es/maps/fMap.php>
23. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. El Atlas del Ictus España. Grupo de Estudio de Enfermedades

- Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. Soc Española Neurol [Internet]. 2019;55. Available from: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas_del_Ictus_de_Espana_version_web.pdf
24. Díaz-Guzmán J, Egido JA, Gabriel-Sánchez R, Barberá-Comes G, Fuentes-Gimeno B, Fernández-Pérez C. Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: The IBERICTUS study. *Cerebrovasc Dis*. 2012;34(4):272–81.
 25. Restrepo C, Ramos L. Aplicación de la escala NIHSS. V Simp Resid Neurol CES-INDEC [Internet]. 2017;(September 2017):21. Available from: https://www.researchgate.net/publication/326548444%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/326548444_APLICACION_DE_LA_ESCALA_NIHSS_--__
 26. Lyden P. Using the National Institutes of Health Stroke Scale. *Stroke*. 2017;48(2):513–9.
 27. Lin WC, Huang CY, Lee LF, Chen YW, Ho CH, Sun YT. Initial National Institute of Health Stroke Scale to Early Predict the Improvement of Swallowing in Patients with Acute Ischemic Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 7];28(10). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.07.013>
 28. Piñero-Sáez S, Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV. Resultados de la implantación de una Guía de Buenas Prácticas en pacientes con ictus hospitalizados. *Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica*. 2018;47:18–25.
 29. Ferrer Arnedo C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. *Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica*. 2014;40(1):2–3.
 30. Ringelstein EB, Chamorro A, Kaste M, Langhorne P, Leys D, Lyrer P, et al. European stroke organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*. 2013;44(3):828–40.
 31. Rosa Eva Fernández Benito, Noemí López Rojo, Sergio Martín Toral EZC. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria: Nuberos Científica: Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus [Internet]. 2016. Available from: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/49>
 32. Benito REF, Rojo NL, Toral SM, Cué EZ. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. Vol. 1, Nuberos Científica. 2012.
 33. Cachón Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):68–76.

34. Herdman, H., & Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. Elsevier. 2019;
35. Moorhead, S; Swanson, E; Johnson, M; Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud [Internet]. 2019. 2049 p. Available from: <https://librosareadesaludpdfcq.blogspot.com/2016/12/blog-post.html%0Awww.medilibros.com>
36. Macieira TGR, Smith MB, Davis N, Yao Y, Wilkie DJ, Lopez KD, et al. Evidence of Progress in Making Nursing Practice Visible Using Standardized Nursing Data: a Systematic Review. AMIA . Annu Symp proceedings AMIA Symp. 2017;2017:1205–14.
37. Nazar Gonzalo, Ortega Andres FI. EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA - PDF.pdf. Revista médica clínica Condes; 2008. p. 9.
38. Rafael González V., Jorge A. Bevilacqua. Disfagia en el paciente neurológico. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2009;20(252):62.
39. Barbié Rubiera A, Marcos Plasencia L, Aguilera Martínez Y. Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular: actualización. Medisur Rev Electrónica las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009;7(1):36–44.
40. Gil BM, Blanco FG, Fonseca RG. Disfagia y Aspiración. In p. 1–26.
41. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea : diagnóstico y tratamiento. Nutr Clínica en Med. 2007;l(3):174–202.
42. Vaamonde P, Hospitalario C, Santiago U De, Calvo-henriquez C, Hospitalario C, Santiago U De. DISFAGIA OROFARÍNGEA : Actualización y manejo en poblaciones específicas [Internet]. 2018. 287 p. Available from: http://www.sgorl.org/images/Ponencias/DISFAGIA_OROFARÍNGEA_ACTUALIZACIÓN_Y_MANEJO_EN_POBLACIONES_ESPECÍFICAS.pdf
43. Sebastian M, Palomeras E, Clavé P, Monteis R, Fábregas C, Ciurana A, Vila R FP. La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de enfermería. Sedene. 2009;29.
44. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp. 2007;82(2):62–76.
45. Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. Neurogastroenterol Motil. 2018;30(8):1–10.
46. Sanchez García E, Olaya-Loor GEm-NJ. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la

- disfagia orofaríngea en el anciano. *Med*. 2018;12(62):3679–83.
47. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr*. 2018;37(1):354–96.
 48. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2016;11(4):459–84.
 49. Peña-Chávez R, López-Espinoza M, Guzmán-Inostroza M, Jara-Parra M, Salgado-Ferrada C, Sepúlveda-Arriagada C, et al. Factores asociados a la disfagia orofaríngea postictus. *Rev Neurol*. 2015;61(7):295–300.
 50. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez FA, Salido-Campos MÁ, Padilla-Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Vol. 58, *Revista de Neurología*. 2014. p. 259–67.
 51. Lin Perry, MSC, RGN, RNT, Clare P. Love, BSc S. Screening for Dysphagia and Aspiration in Acute Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia*. 2001;16(1):68–73.
 52. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. 2016;11(4):399–411.
 53. Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: A systematic review. *Stroke*. 2012;43(3):892–7.
 54. Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, et al. The toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST) development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*. 2009;40(2):555–61.
 55. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono ML, et al. Dysphagia in acute stroke: Incidence, burden and impact on clinical outcome. *PLoS One*. 2016;11(2):1–11.
 56. Gonzalez Alted, Carlos; Casado Romo, M^o del Pilar; Gómez Blanco, Antonio; Pajares García, Susana; Dávila Acedo, Rosa M^a; Barroso Perez L. Guía de nutrición de personas con disfagia. 2017.
 57. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. 2009;39(1):39–45.
 58. Cichero J, Clavé P. Los peldaños para vivir bien con disfagia. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2011;72:1–31.
 59. Mercier L, Audet T, Hébert R, Rochette A, Dubois M-F. Management of patients with

stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. *Stroke* [Internet]. 2010;(1):1–108. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/23B269EC-C4F7-42AB-A8E6-EF3AD95BA8CF>

60. SIGN. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia Scottish Intercollegiate Guidelines Network [Internet]. 2010 [cited 2020 Nov 1]. Available from: www.sign.ac.uk.
61. Velasco M G-PP. Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp*. 2009;2(2):56–65.
62. Edmiaston J, Connor LT, Loehr L, Nassief A. Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *Am J Crit Care*. 2010;19(4):357–64.
63. Ballesteros Pomar MD, Amez LP. ¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle? *Nutr Hosp*. 2017;34:46–56.
64. Méndez Sánchez I, López Vega M, Pérez Aisa Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. *Rev andaluza Patol Dig*. 2017;40(3):132–40.
65. Terré R. Disfagia orofaríngea en el ictus : aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Rev Neurol*. 2020;70(12):444–52.
66. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. The burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75(12):1284–6.
67. 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 un accidente cerebrovascular. *Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica*. 2019;49(C):8–15.
68. Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló 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. *Rehabilitacion*. 2011;45(4):292–300.
69. Carrera JPJ, Mitjans AM, Martínez AM, Alonso RR, González CB. Protocol for the diagnosis of syncope and transitory losses of consciousness in elderly patients. *Med*. 2018;12(62):3679–83.
70. Ferrero López MI, Castellano Vela E, Navarro Sanz R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga distancia. *Nutr Hosp*. 2009;24(5):588–95.
71. Cichero J. Los peldaños para vivir bien con disfagia. 2011;72.
72. Clav P, Arreola V. Trastornos motores esofágicos. Disfagia orofaríngea. *GH Contin*.

- 2010;9(6):267–74.
73. Saura E, Zanuy E, Jbilou A, Masferrer M, Rodriguez S, Romeral G, et al. DISFAGIA Y BRONCOASPIRACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS AGUDO . Rev Neurol SEDENE. 2006;31(4):28–30.
 74. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*. 2016;31(2):232–49.
 75. Park KD, Kim TH, Lee SH. The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2020;107.
 76. Liu ZY, Zhang XP, Mo MM, Ye RC, Hu CX, Jiang MQ, et al. Impact of the systematic use of the volume-viscosity swallow test in patients with acute ischaemic stroke: A retrospective study. *BMC Neurol*. 2020;20(1):1–12.
 77. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*. 2007;38(11):2948–52.
 78. García P, Velasco C, Frías L. Manejo de los pacientes con disfagia. *Nutr Hosp Supl*. 2012;5(1):33–40.
 79. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005;36(12):2756–63.
 80. Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Guía de disfagia — Manejo de la disfagia en AP. 2020;
 81. Camarero E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutr Hosp Supl* [Internet]. 2009;2(2):66–78. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>
 82. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(SUPPL. 2):22–8.
 83. Toledo-Rodríguez L, Tobar-Fredes R, Tapia-Saavedra S, Jofré CA, Lizama VO, Luchsinger BE, et al. Quality of life in patients with neurogenic dysphagia. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2019;57(3):201–6.
 84. Hernández JÁ. DISFAGIA OROFARÍNGEA: Soluciones multidisciplinarias. 2018.
 85. Lendínez-Mesa A, Fraile-Gomez MDP, García-García E, Díaz-García MDC, Casero-Alcázar M, Fernandez-Rodríguez N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las

- unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol* [Internet]. 2014;39(1):5–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2014.03.001>
86. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria*. 2009. 225 p.
 87. Sala R, Muntó MJ, De La Calle J, Preciado I, Miralles T, Cortés A, et al. Alteraciones de la deglución en el accidente cerebrovascular: Incidencia, historia natural y repercusiones sobre el estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad. *Rev Neurol*. 1998;27(159):759–66.
 88. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. (Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea). *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2004;96(2):119–31.
 89. Bascuñana Ambrós H, Gálvez Koslowski S. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*. 2003;37(1):40–54.
 90. Lendinez-Mesa A, Díaz-García M del C, Casero-Alcázar M, Grantham SJ, de la Torre-Montero JC, Fernandes-Ribeiro AS. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. *Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol*. 2017;45(C):3–8.
 91. Hernández M, Aurelia D, Hernández A, Tania D, Nava I. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Física y Rehabil*. 2013;25(1):26–33.
 92. Saturno-Hernández P. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. 2015. 217 p. Available from: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/160506_Metodos_Herramientas_SS.pdf
 93. Revilla Ramos F. *Dimensiones de la calidad en sanidad*. Ediciones Díaz de Santos. Santos D de, editor. 2014.
 94. Villegas Perriñán M del M, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. *Dir y Organ*. 2003;(29).
 95. Mancha S de S de C-L, de Castilla-La SDS, Mancha S de S de C-L. *Manual de calidad asistencial*. [Internet]. depósito legal: M. 19319. 2009 [cited 2020 Dec 28]. Available from: <https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/document>

os/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf

96. Mancha S de S de C-L. Manual de calidad asistencial [Internet]. deposito legal: M. 19319. 2009 [cited 2020 Dec 28]. Available from: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf
97. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Vol. 83, The Milbank Memorial Fund Quarterly. 2005.
98. Saturno P. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria Construcción , implementación [Internet]. Researchgate.Net. 2018. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Saturno2/publication/326957985_Como_lograr_la_excelencia_en_la_atencion_sanitaria_Construccion_implementacion_y_evaluacion_de_Vias_Clinicas/links/5b6daffba6fdcc87df71126a/Como-lograr-la-excelencia-en-la-atencion-
99. Vera Carrasco O. Guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. 2019;25(2).
100. Oreja-Guevara C, Miralles A, García-Caballero J, Noval S, Gabaldón L, Esteban-Vasallo MD, et al. Diseño de una vía clínica para la atención a los pacientes con esclerosis múltiple. Neurología [Internet]. 2010;25(3):156–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-4853\(10\)70003-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-4853(10)70003-7)
101. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: Metodología, ventajas y limitaciones. Rev Calid Asist. 2001;16(3):199–207.
102. Román A. Clinical guidelines, clinical pathways and protocols of care. Medwave. 2012;12(06):e5436–e5436.
103. Hernández, P. S., Guiu-Guia, J. M., Meléndez, T. H., & Azcárraga PA. LOGROS Y RETOS EN LA ATENCIÓN DEL ICTUS EN ESPAÑA : DESDE LA ESTRATEGIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD AL PLAN DE ACCIÓN. 2021;(October).
104. 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. Circulation. 2007;115(20):478–534.
105. Eltringham SA, Kilner K, Gee M, Sage K, Bray BD, Pownall S, et al. Impact of Dysphagia Assessment and Management on Risk of Stroke-Associated Pneumonia: A Systematic Review. Cerebrovasc Dis. 2018;46(3–4):97–105.
106. Salvat-Plana M, Abilleira S, Jiménez C, Marta J, Gallofré M. Priorización de

- indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso. *Rev Calid Asist.* 2011;26(3):174–83.
107. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr.* 2006;25(2):330–60.
 108. Alonso de Leciana M, Egido JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuan J, et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurología.* 2014;29(2):102–22.
 109. Frank A. National clinical guideline for stroke. *Clin Med J R Coll Physicians London.* 2017;17(5):478.
 110. Group. S foundation of NZ and NZ guidelines. *Clinical Guidelines for stroke management 2010.* 2010. 1–347 p.
 111. Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A de, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke.* 2020;15(7):763–88.
 112. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia A national clinical guideline. 2010;(June):4–5. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/23B269EC-C4F7-42AB-A8E6-EF3AD95BA8CF>
 113. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. 2002;17(5):305–11.
 114. Palazón-Cabanes B, López-Picazo-Ferrer JJ, Morales-Ortiz A, Tomás-García N. ¿Por qué se retrasa el tratamiento de reperusión en pacientes con código ictus? Un análisis cualitativo. *Rev Calid Asist.* 2016 Nov 1;31(6):347–55.
 115. Guillán Rodríguez M, Fernández Ferro J, Barbero Bordallo N, Pardo Moreno J, Sánchez Calderón AB, García Botrán B, et al. Abordaje Multidisciplinar en el Ictus Agudo. Vol. 1, Sociedad Española de Neurología. 2018. 112 p.
 116. Guillan M, Fernández-Ferro J, Bordallo NPJ, Calderón, Ana; Botrán, Beatriz; Blanco, Beatriz; Gutiérrez Fonseca, Raimundo; Sambrano L, AU - García E, AU - Pablo C, et al. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA DISFAGIA Y TERAPIA NUTRICIONAL EN EL ICTUS AGUDO. 2018. 112 p.
 117. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chilena Infectol.* 2014;31(6):705–70518.

118. Manterola D C, Zavando M D. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cir.* 2009;61(6):582–95.
119. Cortés-Reyes É, Rubio-Romero JA, Gaitán-Duarte H. Statistical methods for evaluating diagnostic test agreement and reproducibility. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010;61(3):247–55.
120. López A, Galparsoro DU, Fernández P. Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria.* 2001;2–6.
121. Chen G, Faris P, Hemmelgarn B, Walker RL, Quan H. Measuring agreement of administrative data with chart data using prevalence unadjusted and adjusted kappa. *BMC Med Res Methodol.* 2009;9(1).
122. Gallardo Ferrada A, Reynaldos Grandón K. Calidad de servicio: Satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. *Enferm Glob.* 2014;13(4):353–63.
123. Servicio Murciano de Salud. Servicio Murciano de Salud. Programa EMCA: calidad percibida. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2020. [Internet]. Available from: <https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/calidad-percibida>.
124. Foundation S. Clinical guidelines for stroke management 2017. *Stroke Found.* 2017;
125. Martínez-Sánchez P, Fuentes B, Medina-Báez J, Grande M, Llorente C, Parrilla P, et al. Development of an acute stroke care pathway in a hospital with stroke unit. *Neurol (English Ed.)* 2010;25(1):17–26.
126. Arreola V, Vilardell N, Ortega O, Rofes L, Muriana D, Palomeras E, et al. Natural history of swallow function during the three-month period after stroke. *Geriatr.* 2019;4(3):1–13.
127. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.* 2008;27(6):806–15.
128. Ye T, Huang S, Dong Y, Dong Q. Comparison of two bedside evaluation methods of dysphagia in patients with acute stroke. *Stroke Vasc Neurol.* 2018;3(4):237–44.
129. Guillén-Solà A, Marco E, Martínez-Orfila J, Donaire Mejías MF, Depolo Passalacqua M, Duarte E, et al. Usefulness of the volume-viscosity swallow test for screening dysphagia in subacute stroke patients in rehabilitation income. *NeuroRehabilitation.* 2013;33(4):631–8.
130. Fernández-Pombo A, Seijo-Raposo IM, López-Osorio N, Cantón-Blanco A, González-Rodríguez M, Arias-Rivas S, et al. Lesion location and other predictive factors of dysphagia and its complications in acute stroke. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;33:178–82.

131. Joundi RA, Martino R, Saposnik G, Giannakeas V, Fang J, Kapral MK. Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening after Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2017;48(4):900–6.
132. Virvidaki IE, Giannopoulos S, Nasios G, Dimakopoulos G, Michou E, Milionis H. Predictive value of a novel pragmatic tool for post-stroke aspiration risk: The Functional Bedside Aspiration Screen. *Neurogastroenterol Motil*. 2019;31(10):1–10.
133. Hines S, Kynoch K, Munday J. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment: a systematic review protocol. *JBIC Database Syst Rev Implement Reports*. 2013;11(7):312–23.
134. Qin W, Wang Z, Zhong Y, Yuan Q, Jiang X, Gao J, et al. Comparative efficacy of nonpharmaceutical therapy in the treatment of dysphagia after stroke: A protocol for systematic review. *Med (United States)*. 2020;99(9):1–5.
135. Collaboration A. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2003;12(1). Available from: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
136. Mccullough GH, Martino R. Clinical evaluation of patients with dysphagia: importance of history taking and physical exam. *Man Diagnostic Ther Tech Disord Deglutition*. 2013;(January 2013).
137. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2013;10(1):17–40.
138. Kenedi H, Campbell-Vance JB, Reynolds J, Foreman M, Dollaghan C, Graybeal D, et al. Implementation and analysis of a free water protocol in acute trauma and stroke patients. *Crit Care Nurse*. 2019;39(3):e9–17.
139. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Stroke* [Internet]. 2019;50(3):E46–7. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000323.pub3/full>
140. Clavé P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006 Nov;24(9):1385–94.
141. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte Año 2020. INE [Internet]. 2020;2021:1–19. Available from:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

142. Clavé P. “la disfagia es una causa de mortalidad muy importante en pacientes de ictus.” 2018;44–5.
143. M MD. ¿El método de exploración clínica volumen-viscosidad es válido y seguro para detectar pacientes con disfagia orofaríngea? - Dialnet [Internet]. Evidentia. 2015 [cited 2022 Apr 18]. p. 51–2. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5560042>
144. Dong Y, Hu B, Huang S, Ye T, Dong Q. The Modified Volume-Viscosity Swallow Test as a Predictor of Aspiration Pneumonia after Acute Ischemic Stroke. Clin Neurol Neurosurg [Internet]. 2021;200:106351. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106351>
145. Saturno Pedro. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Vol. 13, Rev Calidad Asistencial. 1998. p. 437–43.
146. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM et al. European stroke organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. Eur Stroke J. 2021;6(3):LXXXIX–CXV.
147. López JJ, Ferrer P. Manual para el diseño de procesos. Asist Unidad Calid. 2013;2(January 2013):1–25.
148. Orozco-Benavides GA, Garrido-barriga ÉF, Paredes-González VE. Disfagia en el Paciente con Enfermedad Cerebrovascular . Rev Ecuatoriana Neurol. 2012;21(1–3):96–101.
149. Li W, Kang X, Ren JL, Lai XZ, Tai LW. Effects of extended in-patient treatment training on outcome of post-stroke dysphagia. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21(24):5711–6.
150. Díaz Fernández A, González Álvarez M. Prevalencia de Disfagia tras Ictus: Visión desde Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria. 2017;5(1):38–56.

ANEXOS

9. ANEXOS

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



PROPUESTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA I DE SALUD

398

<p>Solicitante: TIBISAY YURIBEY GUEVARA RANGEL</p> <p>DNI: 49477095R</p> <p>Denominación del Trabajo: "CONSTRUCCIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA VIA CLÍNICA DE LA DISFAGIA EN LA UNIDAD DE ICTUS ACTUAL"</p> <p>Tipo de trabajo (TFG, TFM, Tesis, etc.): TESIS DOCTORAL</p> <p>Servicio de desarrollo: NEUROLOGÍA</p> <p>Tutor en el centro: ANA MORALES ORTIZ</p> <p>Fechas de realización: 2020</p>

Analizada la solicitud y documentación presentada por el/la solicitante para la realización del trabajo de investigación arriba referido, reunida la **COMISIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD** se propone a la Dirección Gerencia del Área su **AUTORIZACIÓN**.

El/la solicitante deberá ajustarse a las Instrucciones aprobadas por la Dirección Gerencia del Área, debiendo remitir, una vez finalizado el mismo una copia del mismo a la Comisión para su archivo.

Fechado y firmado digitalmente al margen

CIBILLANA HERRERO, JOSÉ DOMINGO 19.07.2020 13:27:48 BALIZA AL CARTEL ANEJO 19.07.2020 17:05:24

Esta es una copia electrónica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3 de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. La autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <http://sede.carm.es/verificadores> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-41286dd4-5331-485c-4713-80555f634e7



ANEXO 2. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS.

NHC	Fecha de Ingreso	Hora de Ingreso	Realización del test de disfagia	Resultado del test de disfagia	Registro del tipo de disfagia	Tipo de disfagia	Registro del test utilizado en la detección de la disfagia	Registro de complicaciones respiratorias
			Si / No		Si / No		Si / No	Si / No

Cumplimiento de la valoración Enfermera (patrones de Gordon)					SNG	Fecha de inserción SNG	ITC NUT/END	Fecha de ITC de End / Nut	Paciente con disfagia al alta	ITC RHB disfagia	Fecha de alta con SNG	Mortalidad
P1	P2	P3	P4	P5								
					Si / No		Si / No		Si / No	Si / No		Si / No

P1: patrón N° 1 percepción – manejo de la salud; **P2:** patrón N° 2 nutricional – metabólico; **P3:** patrón N° 3 eliminación; **P4:** patrón N° 4 actividad – ejercicio; **P5:** patrón N° 5 sueño y descanso; **SNG:** sonda nasogástrica; **ITC:** interconsulta; **END:** endocrino; **NUT:** nutrición; **RHB:** rehabilitación.

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CALIDAD PERCIBIDA, DEL PROGRAMA EMCA.



CUESTIONARIO *EMCA* CALIDAD PERCIBIDA

HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

2018

**Subdirección General de Calidad Asistencial,
Seguridad y Evaluación**

Pregunta inicial discriminadora:

¿Fue operado en su último ingreso en el hospital?

Sí comenzar cuestionario

NO  pasa a la pregunta 6

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Antes de las intervenciones quirúrgicas el personal sanitario informa y pide autorización para realizar la intervención.


1. ¿Cómo valora la información que le dio el cirujano sobre la intervención que debían realizarle?

- 5 Muy bien
- 4 Bien
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 98 No me dio ninguna información
- 99 NS/NC (no leer)

2. ¿Pudo comentar con el cirujano los aspectos de la intervención que le preocupaban?

- 1 Sí
- 2 No
- 98 No me preocupaba nada
- 99 NS/NC (no leer)

3. Para realizar la operación se pide autorización al paciente mediante el documento de Consentimiento Informado. En su caso concreto ¿le entregaron a usted o a su acompañante este documento?

- 1 Sí
- 2 No  Pasar a la pregunta 6 (no leer)
- 99 NS/NC (no leer)  Pasar a la pregunta 6 (no leer)

4. ¿Qué le pareció el tiempo que tuvo para leerlo?


- 5 Muy bien
- 4 Bien
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)

5. Una vez que lo firmó ¿le entregaron una copia del mismo?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC (no leer)

EN EL HOSPITAL

Para empezar nos gustaría conocer algunas cosas con respecto al funcionamiento del hospital

 6. ¿Le informaron a usted o a su acompañante, de las normas de funcionamiento de la Unidad de hospitalización donde estuvo ingresado, es decir horarios de comidas, de visitas, información del médico, etc.

- 1 Sí
- 2 No  Pasar a la pregunta 8 (no leer)
- 99 NS/NC  Pasar a la pregunta 8 (no leer)

7. ¿Cómo valora esa información que le dieron?

- 5 Muy bien
- 4 Bien
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)

 8. ¿El personal de enfermería que le atendió en el momento del ingreso, se presentó?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC (no leer)

9. ¿El personal de enfermería que le atendió en el momento del ingreso le preguntó a usted o a sus familiares su nombre para confirmar su identidad?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC (no leer)

10. Considerando los temas de los que hemos hablado hasta ahora relacionados con la atención que recibió al llegar a su habitación díganos, por favor, en una puntuación de 0 a 10, dónde 0 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho, ¿cómo califica globalmente **su satisfacción con la acogida** que se le hizo en el hospital?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

Muy insatisfecho




Muy satisfecho

11. Durante su estancia en el hospital ¿pudo saber con facilidad (por el uniforme, tarjetas de identificación, etc.), si quienes le atendieron eran médicos, celadores, enfermeras, auxiliares de enfermería o personal de cualquier otro tipo?

- 5 Siempre
- 4 Casi siempre
- 3 A veces
- 2 Casi nunca
- 1 Nunca
- 99 NS/NC (no leer)

Queremos saber también cómo fue de confortable su estancia en el hospital. Díganos...




12. ¿Cómo valora la limpieza de la planta de hospitalización?

- 5 Muy bien  Pasar a la pregunta 14 (no leer)
- 4 Bien  Pasar a la pregunta 14 (no leer)
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)  Pasar a la pregunta 14 (no leer)

13. En concreto, ¿qué le pareció que no estaba limpio en el hospital?



Abierta. Solicitar una causa, la más importante para el encuestado, para opinar en la pregunta anterior regular, mal o muy mal (no leer)

-  14. ¿Cómo valora la comodidad de la habitación del hospital?

- 5 Muy bien  Pasar a la pregunta 16 (no leer)
- 4 Bien  Pasar a la pregunta 16 (no leer)
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)  Pasar a la pregunta 16 (no leer)




15. Porqué piensa que era incomoda? Abierta. Solicitar una causa, la más importante para el encuestado, para opinar en la pregunta anterior regular, mal o muy mal. (no leer)

16. ¿Cómo valora el servicio y la calidad de la comida del hospital?

- 5 Muy bien  Pasar a la pregunta 18 (no leer)
- 4 Bien  Pasar a la pregunta 18 (no leer)
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)  Pasar a la pregunta 18 (no leer)

17. ¿Qué aspecto del servicio o de la calidad de la comida cree que debería mejorar? Abierta. Solicitar una causa, la más importante para el encuestado, para opinar en la pregunta anterior regular, mal o muy mal. (no leer)

18. ¿Qué le pareció la tranquilidad que había para descansar por las noches?

- 5 Muy bien  Pasar a pregunta 20 (no leer)
- 4 Bien  Pasar a pregunta 20 (no leer)
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)  Pasar a la pregunta 20 (no leer)

19. ¿Por qué opina así? Abierta. Solicitar una causa, la más importante para el encuestado, para opinar en la pregunta anterior regular, mal o muy mal. (no leer)

Y con respecto a la información díganos, por favor...

En una puntuación de 0 a 10, dónde 0 significa muy insatisfecho y 10 muy satisfecho, ¿cómo calificaría globalmente su satisfacción con la información que le han dado durante su estancia en el hospital :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC
20. Personal Médico												
21. Personal de Enfermería												

Muy insatisfecho Muy satisfecho

A continuación vamos a tratar temas relacionados con el trato que usted ha recibido durante su ingreso en el hospital...

Si entendemos como trato el respeto con el que se dirigen a usted, la amabilidad y la cortesía, el interés que ponen ante sus palabras..., dígame **¿cómo valora el trato que recibió de?**

	Muy bueno	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NS/NC
	5	4	3	2	1	99
22. Médicos						
23. Enfermeras						
24. Auxiliares de enfermería (las personas que le asean, le toman la temperatura, le hacen la cama...)						
25. Celadores (los que llevan las camillas, las sillas de ruedas, los que le acompañan a realizar las pruebas...)						

26. Y si entendemos como intimidad la privacidad de la que ha disfrutado mientras se encontraba en el hospital (que pusieran un biombo o corrieran la cortina, que esperaran a que estuviera vestido o tapado para abrir la puerta o correr la cortina, que hablaran con usted o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante, que cerraran la puerta al salir o entrar...). **¿Cómo valora el respeto que han tenido de su intimidad?**

- 5 Muy bien
- 4 Bien
- 3 Regular
- 2 Mal
- 1 Muy mal
- 99 NS/NC (no leer)

Generalmente decimos que alguien es un buen profesional cuando hace bien su trabajo. Respecto a la atención que recibió durante su estancia en el hospital **¿cómo valora usted la profesionalidad de...?**

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	NS/NC
	5	4	3	2	1	99
27. Médicos						

28. Enfermeras

29. Auxiliares de enfermería (las personas que le asean, le toman la temperatura, le hacen la cama...)

30. Celadores (los que llevan las camillas, las sillas de ruedas, los que le acompañan a realizar las pruebas...)

31. ¿Mientras estuvo ingresado/a le preguntaban si tenía dolor?

1 Sí

2 No

99 NS/NC (no leer)

32. ¿Cree usted que se utilizaron los medios necesarios para quitarle el dolor?

5 Siempre

4 Casi siempre

3 A veces

2 Casi nunca

1 Nunca

98 No tuvo dolor

99 NS/NC (no leer)

Pasando a otro tema, nos gustaría conocer su opinión sobre la seguridad que sintió mientras se encontraba ingresado/a en el hospital

33. Durante su estancia en el hospital ¿cree usted que se produjo algún tipo de fallo, o incidente, en su tratamiento, pruebas o cuidados...?

1 Sí

2 No  Pasar a la pregunta 38 (no leer)

99 NS/NC (no leer)  Pasar a la pregunta 38 (no leer)

34. Díganos, por favor, qué pasó. Abierta. MULTIRRESPUESTA. NO LEER OPCIONES

1 Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a.

2 Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación.

2 Ha tenido una reacción alérgica debido a la alimentación.

3 Ha tenido una reacción alérgica debido a la al material sanitario.

4 Ha tenido una reacción alérgica debido a la transfusión de sangre.

5 Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión durante su hospitalización.

6 Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización.

7 El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico.

- 8 Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización.
- 9 Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización.
- 10 Dieta inadecuada a la enfermedad
- 11 Sonda mal colocada
- 12 Pérdida de resultado de las pruebas
- 10 Otras: escribir literalmente
- 99 NS/NC

Y, a propósito de lo sucedido, díganos:

35. ¿Se resolvió de forma satisfactoria?


- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC (no leer)

36. ¿La información que le dio el personal sanitario sobre lo sucedido fue clara?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC (no leer)

37. ¿El personal sanitario pidió disculpas por lo sucedido?

- 1 Sí
- 2 No
- 99 NS/NC (no leer)

 38. En una puntuación de 0 a 10, donde 0 significa muy inseguro y 10 muy seguro, ¿cómo se ha sentido de seguro durante su estancia en el hospital en el último ingreso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

Muy inseguro

Muy seguro

Para terminar...

39. En una puntuación de 0 a 10, donde el 0 muy insatisfecho y el 10 es muy satisfecho, dígame, por favor, ¿cómo calificaría globalmente su satisfacción con el hospital?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

Muy insatisfecho

Muy satisfecho

40. Según su experiencia, si tuviera usted que elegir una sola cosa que el hospital debiera mejorar ¿Qué elegiría? Abierta. Solicitar una causa, la más importante para el encuestado.

41. Si tuviera que volver de nuevo y pudiera elegir ¿volvería a este hospital?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro
- 99 NS/NC (no leer)

42. En una puntuación de 0 a 10, dónde el 0 es nada probable y 10 muy ¿le recomendaría este hospital a sus amigos y familiares?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS/NC

Nada probable Muy probable

Y ahora, y sólo con el fin de clasificar su encuesta, díganos por favor...

43. En los últimos 12 meses, usted diría que su salud ha sido

- 5 Muy buena
- 4 Buena
- 3 Regular
- 2 Mala
- 1 Muy mala
- 99 NS/NC (no leer)

Fecha de nacimiento no preguntar

Sexo no preguntar

- 1 Hombre
- 2 Mujer

44. Qué estudios ha realizado o completado? ABIERTA (NO LEER OPCIONES)

- 1 Sin estudios o Estudios Primarios Incompletos
- 2 Estudios Primarios Completos
- 3 Estudios Secundarios (ESO, Bachillerato)
- 4 Estudios técnicos Profesionales (FP, Ciclos Formativos)
- 5 Estudios Universitarios Superiores
- 99 NS/NC

Nacionalidad no preguntar si se conoce

- 1 Española
- 2 Otra (especificar): _____

Muchas gracias por su tiempo y amabilidad al responder nuestras preguntas. Con sus aportaciones nos está ayudando a mejorar.

ANEXO 4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE GPC

Guías de Práctica Clínica	Estrategia de búsqueda	Resultados	Artículos seleccionados	Enlace
National Guideline Clearing House	National Guideline Clearinghouse (NGC) is a database of evidence-based clinical practice guidelines and related documents. As of July 2, 2018, it will no longer be updated with new content, and it will no longer be available online as of July 18, 2018. As stated on its announcement page on June 18, 2018, federal funding is no longer available for it (nor for the National Quality Measures Clearinghouse [NQMC]) The entire content of the NGC is now available free of charge at The Alliance for the Implementation of Clinical Practice Guidelines. This site will begin uploading more current references in April 2020.			
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Dysphagia AND stroke	10	2	https://www.sign.ac.uk/search-results?q=dysphagia+stroke&LibGo=Buscar
New Zealand Guidelines Group	Dysphagia AND stroke	0	0	https://www.health.govt.nz/search/results/dysphagia%20AND%20stroke
	Dysphagia	0	0	https://www.health.govt.nz/publications/dysphagia
	Stroke	20	1	https://www.health.govt.nz/publications/stroke
National Institute for health and care Excellence (NICE)	Guidelines practice dysphagia AND stroke	106	4	https://www.evidence.nhs.uk/search?from=2010-01-01&to=2021-02-05&ps=250&q=guidelines+practice+dysphagia+AND+stroke&sp=on
Guidelines	Stroke	61	1	https://www.guidelines.co.uk/searchresults?qkeyword=stroke&PageSize=10&parametrics=WVPUBDATE%7C%5B2010-01-01T00%3A00%3A00Z%20TO%202021-02-05T00%3A00%3A00Z%5D&cmd=GoToPage&val=1&keywords=dysphagia&SortOrder=2
	Dysphagia	18	1	https://www.guidelines.co.uk/searchresults?qkeyword=dysphagia&PageSize=10&parametrics=WVPUBDATE%7C%5B2010-01-01T00%3A00%3A00Z%20TO%202021-02-05T00%3A00%3A00Z%5D%2CWVSECTIONCODE%7C1110&cmd=RmvPm&val=WVSECTIONCODE%7C1110&keywords=dysphagia&SortOrder=2
CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines	Dysphagia AND Stroke	0	0	https://joule.cma.ca/cpg/homepage/?q=dysphagia%20AND%20stroke
	Dysphagia	1	0	https://joule.cma.ca/cpg/homepage/?q=dysphagia
	Stroke	8	1	https://joule.cma.ca/cpg/homepage/?q=stroke

ANEXO 5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS RELACIONADOS CON EL MECV-V

Base de datos	Filtros	Estrategia de búsqueda	Resultados de artículos	Artículos seleccionados	Enlace
Ebscohost Medline	<ul style="list-style-type: none"> • 2010-2021 • Inglés / Castellano 	Volumen-viscosity swallow test AND dysphagia or swallowing disorders or deglutition disorders AND Stroke or cerebrovascular accident or CVA	11	6	http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=20b178e1-8447-4de4-a464-8ac0e0af2286%40sdc-v-sessmgr03&vid=23&bk=1&bquery=volume-viscosity+swallow+test+AND+(+dysphagia+or+swallowing+disorders+or+deglutition+disorders+)+AND+(+stroke+or+cerebrovascular+accident+or+cva+)&bdata=JmRiPWntZWRtJmNsaTA9RFQxJmNsdjA9MjAxMDAxLTlwMjExMiZsYW5nPWVzJnR5cGU9MSZzZWYy2hNb2RlPVN0YW5kYXJkbnNpdGU9ZWVhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl
PUBMED	<ul style="list-style-type: none"> • 2010-2021 • Inglés / Castellano 	Volume- viscosity test AND stroke	27	7	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=test+volumen+viscosity+AND+stroke&filter=years.2010-2021
Scopus	<ul style="list-style-type: none"> • 2010-2021 • Inglés / Castellano 	Volume viscosity test AND stroke	4	4	https://www.scopus.com/results/results.uri?src=s&st1=&st2=&sot=b&sdt=b&origin=searchbasic&rr=&sl=49&s=TITLE-ABS-KEY%20(Test%20volumen%20viscosity%20AND%20stroke)
Pubmed Sciencedirect			2	2	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17059520/#:~:text=Increasing%20viscosity%20did%20not%20affect,of%20respiratory%20and%20nutritional%20complications. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561408001209

ANEXO 6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEA DE ARTÍCULOS PARA SELECCIÓN DE INDICADORES.

Base de datos	Filtros	Estrategia de búsqueda	Resultados de artículos	Artículos seleccionados	Enlace
Pubmed	<ul style="list-style-type: none"> • 2010-2021 • Inglés / Castellano 	Dysphagia AND stroke AND outcomes indicators	8	1	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Dysphagia+AND+stroke+AND+outcomes+indicators&filter=pubt.meta-analysis&filter=pubt.systematicreview&filter=years.2010-2021
		Critical pathway disphagia AND stroke	6	1	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Critical+pathway+disphagia+AND+stroke&filter=years.2010-2021
		dysphagia AND stroke AND quality indicators	7	0	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=dysphagia+AND+stroke+AND+quality+indicators&filter=pubt.meta-analysis&filter=pubt.systematicreview&filter=hum_ani.humans&filter=lang.english&filter=lang.spanish&filter=years.2010-2021
		dysphagia AND outcomes indicators	244	4	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=dysphagia%20AND%20outcomes%20indicators&filter=pubt.clinicaltrial&filter=pubt.meta-analysis&filter=pubt.randomizedcontrolledtrial&filter=pubt.review&filter=pubt.systematicreview&filter=hum_ani.humans&filter=lang.english&filter=lang.spanish&filter=years.2010-2021&size=200
Scopus	<ul style="list-style-type: none"> • 2011-2021 • Inglés / Castellano 	Dysphagia AND health status indicators OR quality indicators OR outcomes assessment AND stroke	19	7	https://www.scopus.com/results/results.uri?sort=cp-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=61f5489f72b1b6f4356485c69aa43b70&ot=b&sd=cl&cluster=scopubyr%2c%222020%22%2c%2c%222019%22%2c%2c%222018%22%2c%2c%222017%22%2c%2c%222016%22%2c%2c%222015%22%2c%2c%222014%22%2c%2c%222013%22%2c%2c%222012%22%2c%2c%222011%22%2c%2c%22bscoexactkeywords%2c%22Human%22%2c%2c%22Stroke%22%2c%2c%22Cerebrovascular+Accident%22%2c%2c%22Dysphagia%22%2c&sl=109&s=TITLE-ABS-KEY+%28dysphagia+AND+Health+Status+Indicators+OR+Quality+Indicators+OR+Outcome+Assessment+AND+stroke%29&origin=resultslist&zone=leftSideBar&editSaveSearch=&txGid=d1eb1e5a301e594e540d5f8cc506c1bc
		Critical pathway disphagia AND stroke	9	1	https://www.scopus.com/results/results.uri?sort=cp-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=7ba1c2db5f241ac9b06bdbdb687ec80&ot=b&sd=cl&cluster=scopubyr%2c%222016%22%2c%2c%222015%22%2c%2c%222014%22%2c%2c%222013%22%2c%2c%222010%22%2c&sl=57&s=TITLE-ABS-KEY+%28critical+pathway+AND+Dysphagia+AND+Stroke%29&origin=resultslist&zone=leftSideBar&editSaveSearch=&txGid=5f929e7fe44e464c1c4a3feff0c665e9
Ebscohost Medline	<ul style="list-style-type: none"> • 2010-2021 • Inglés / Castellano • Adultos 	Dysphagia or swallowing disorders or deglutition AND stroke or cerebrovascular accident or CVA AND outcome assesement, health care	33	5	http://web.b.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=3&sid=558a4be3-d321-4a64-95c6-b7472aa5c8d0%40pdc-v-ssessmgr02&bquery=(+dysphagia+or+swallowing+disorders+or+deglutition+disorders+)+AND+(+stroke+or+cerebrovascular+accident+or+cva+)+AND+outcome+assessent%2c+health+care&bdata=JmRiPWntZWRtJmXhbmC9ZXMMdHlwZT0xJnNlYXJiaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d
		Critical pathways OR care pathways AND dysphagia OR swallowing disorders OR deglutition AND stroke OR cerebrovascular accident OR CVA	1	1	http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=32&sid=9fc057a2-43d2-48b2-bf16-1d187a6c22d9%40sdc-v-ssessmgr02&bquery=(+clinical+pathways+or+care+pathways+)+AND+(+dysphagia+or+swallowing+disorders+or+deglutition+disorders+)+AND+(+stroke+or+cerebrovascular+accident+or+cva+)+&bdata=JmRiPWntZWRtJmNsaTA9RFQxJmNsdjA9MjA9MDAxLTIwMiEwMiZjbGxkPVBUUMUyY2x2MT0iN2VnZXRhLUFuYVx5c2lzJdIU3lzdGVtYXRpYyYtS2ZpZlZlcmY2xpMj1MQTk5JmNsdj09JTdlRW5nJTRlU3BjJmXhbmC9ZXMMdHlwZT0xJnNlYXJiaE1vZGU9U3RhbmRhcmQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d

ANEXO 7. INDICADORES DE PROCESOS

FICHA DE INDICADORES		
IND.01	REALIZACIÓN DEL TEST DE DISFAGIA	Códigos CIE-10: R13.12
Descripción	Realización de test de disfagia después de 24 hrs desde el ingreso	
Forma de Medición	Por registro	
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(111)(110); C(111); 4(59)(60); 2++(60)	
Justificación	La disfagia es una de las mayores complicaciones del ictus, teniendo repercusiones tanto en la calidad de vida, ámbito sanitario; pudiendo causar la muerte del paciente. Es importante realizar el test de disfagia, necesario para describir la incidencia de la dificultad de tragar en esta patología cerebral.	
Numerador	Nº de pacientes que se les realiza la detección de la disfagia	
Denominador	Nº de muestra de pacientes de la UI	
Fuentes de datos	Historias clínicas (Selene); base de datos (BADIMUR)	
Estándar	100	
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Kim, S., & Byeon, Y. (2014). Comparison of nutritional status indicators according to feeding methods in patients with acute stroke. <i>Nutritional neuroscience</i>, 17(3), 138–144. Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 10(10), CD000323. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3 Qin, W., Wang, Z., Zhong, Y., Yuan, Q., Jiang, X., Gao, J., Wu, J., & Zhang, Y. (2020). Comparative efficacy of nonpharmaceutical therapy in the treatment of dysphagia after stroke: A protocol for systematic review. <i>Medicine</i>, 99(9), e19115. https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019115 	
Observaciones	El registro de la disfagia se realizará, en el apartado de cumplimentación de la escala canadiense en donde está habilitado un ítem de disfagia, que se deberá seleccionar en: Disfagia Negativa : El paciente no tiene disfagia; Disfagia Positiva : El paciente tiene algún nivel de dificultad para tragar (Leve, Moderada/grave); No se realiza / Sin cumplimentar . Quedará registrado el día en que se registra la realización del test de disfagia, si bien la hora podría no ser coincidente a la realización, la fecha si será relevante con respecto al día del ingreso.	

FICHA DE INDICADORES		
IND.02	REGISTRO DE LOS TIPOS DE DISFAGIA	Códigos CIE-10: R13.12
Descripción	Registro del número de pacientes que tienen dificultad para tragar después del ictus, se determinará en grados (leve, moderada/grave)	
Forma de Medición	Por registro	
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(111)(110); C(111); 4(59)(60); 2++(60)	
Justificación	La disfagia es una de las mayores complicaciones del ictus, conocer los grados de disfagia, será útil para planificar e implementar acciones que ayuden en la rehabilitación del paciente. Además de describir cómo se manifiesta la disfagia en el ictus.	
Numerador	Nº de pacientes con grados de disfagia (Sin disfagia, Leve, Moderada/Grave, y no cumplimentado)	
Denominador	Nº de muestra de pacientes de la UI	
Fuentes de datos	Historias clínicas (Selene), base de datos (BADIMUR)	
Estándar	100	
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Kim, S., & Byeon, Y. (2014). Comparison of nutritional status indicators according to feeding methods in patients with acute stroke. <i>Nutritional neuroscience</i>, 17(3), 138–144. Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 10(10), CD000323. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3 Qin, W., Wang, Z., Zhong, Y., Yuan, Q., Jiang, X., Gao, J., Wu, J., & Zhang, Y. (2020). Comparative efficacy of nonpharmaceutical therapy in the treatment of dysphagia after stroke: A protocol for systematic review. <i>Medicine</i>, 99(9), e19115. https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019115 	
Observaciones	El registro de los tipos de disfagia se realizará, en el apartado de la escala canadiense en donde está habilitado un ítem de disfagia, que se deberá seleccionar en: Disfagia Negativa ; Disfagia Leve ; Disfagia Moderada/Grave . Cuando el ítem aparezca en blanco, querrá decir que no se ha realizado el test de disfagia en el paciente con ictus.	

FICHA DE INDICADORES	
IND.03	REGISTRO DEL TEST UTILIZADO EN LA DETECCIÓN DE LA DISFAGIA
Descripción	El test de disfagia se debe aplicar antes de la primera ingesta del paciente que ha sufrido un ictus, y siempre que no exista excepción médica. El test determinará si el paciente dificultad para tragar y el grado de la misma, asimismo el resultado debe ser registrado en el formulario pertinente y en la nota de Enfermería. Conocer el test con que se ha detectado la disfagia, marcará si los profesionales tienen criterios unificados.
Forma de Medición	Por registro
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(111)(110); C(60); D(59); 4 opinión de expertos(60)
Justificación	La prueba de elección deberá realizarse siempre antes de iniciar la ingesta o medicación oral y reevaluarse si el paciente presenta cambios clínicos(14). Se deben utilizar cribados de detección de disfagia con una buena sensibilidad y especificidad, además de que es importante tener criterios unificados en la utilización de métodos en la UI, para la seguridad del paciente.
Numerador	Nº de pacientes en los que se indican el test utilizado
Denominador	Nº de muestra de pacientes de la UI
Estándar	100
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Martínez-Sánchez, P., Fuentes, B., Medina-Báez, J., Grande, M., Llorente, C., Parrilla, P., & Díez-Tejedor, E. (2010). Development of an acute stroke care pathway in a hospital with stroke unit. <i>Neurología (English Edition)</i>, 25(1), 17-26.
Observaciones	Después de las 24 horas de ingreso tras un ictus en la UI, y antes de la ingesta de alimento, se debe realizar un test de detección de disfagia. El tipo de test con que se realiza la detección de la disfagia se debería indicar en las notas de Enfermería, ya que no existe un apartado donde se indique. La unidad de Nutrición está trabajando en la elaboración de un icono específico del MECV-V para la detección de la disfagia, el cual se implantará en la UI una vez terminado. La hora y la fecha de la realización del test se indicarán en el formulario de la Escala Canadiense, el cual tendrá que coincidir pasadas las 24 horas del ingreso y antes de la primera ingesta del paciente.

FICHA DE INDICADORES	
IND.04	REGISTRO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS
Descripción	Número de pacientes que después de un ictus agudo, tiene una complicación respiratoria
Forma de Medición	Por registro en base de datos interna del servicio
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(110); C(48); 2++(60); 4(60)
Justificación	Si predomina una disminución de la seguridad, el paciente presentará un atragantamiento al obstruirse la vía aérea desencadenando una neumonía por aspiración(150). O en casos en los cuales no se realiza el test de disfagia puede conllevar a estas complicaciones que aumentan la morbimortalidad de la disfagia después del ictus. Aproximadamente la mitad de las infecciones por broncoaspiración son neumonías, cuya tasa de mortalidad asciende al 50%(63).
Numerador	Cumplimentación de pacientes de la UI con complicaciones respiratorias.
Denominador	Nº de muestra de pacientes de la UI
Estándar	100
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Helmy, T. A., Abd-Elhady, M. A., & Abdou, M. (2016). Prediction of Ischemic Stroke-Associated Pneumonia: A Comparison between 3 scores. <i>Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association</i>, 25(11), 2756–2761. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.07.030 Virvidaki, I. E., Giannopoulos, S., Nasios, G., Dimakopoulos, G., Michou, E., & Milionis, H. (2019). Predictive value of a novel pragmatic tool for post-stroke aspiration risk: The Functional Bedside Aspiration Screen. <i>Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society</i>, 31(10), e13683. https://doi.org/10.1111/nmo.13683
Observaciones	En este indicador no especifica el tipo de complicación respiratoria, simplemente engloba a la broncoaspiración y la neumonía, en la base de datos del programa que utilizan los neurólogos para la valoración del paciente con ictus (BADIMUR), allí se registra de forma genérica. Se cumplimentan la respuesta de forma dicotómica (sí, No), además son registros retrospectivos donde se obtendrá información a los 3-4 meses.

FICHA DE INDICADORES	
IND.05	CUMPLIMIENTO DE LA VALORACIÓN ENFERMERA
Descripción	Conocer si el enfermero realiza la valoración enfermera, dentro del apartado del SELENE, mediante los patrones de Gordon. Contribuye a que la enfermera diseñe los planes de cuidados para mantener o recuperar la salud y calidad de vida del paciente de forma biopsicosocial.
Forma de Medición	Por registro
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	4 opinión de expertos
Justificación	Con la valoración de enfermera se accede a programar el cuidado del paciente con planes que ayuden a mantener, recuperar la salud y/o la calidad de vida del paciente. Estos planes nos permitirán adaptar los cuidados dependiendo de las necesidades de los pacientes.
Numerador	Nº de valoraciones completas de Enfermería según los patrones de Gordon
Denominador	Nº de muestra de pacientes de la UI
Estándar	≥90%
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Miranda, V.C, Flores, L.S., Rangel, M.G.G., Hernández, F.M., & Alvarenga, J. C. L. (2017). Beneficios de la consejería personalizada de Enfermería en pacientes neurológicos. <i>Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica</i>, 46, 18-25 Castell, M (2018). Patrones funcionales; una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. <i>Cuerpo Editorial</i>, 6, 97-102. Ponce Rodríguez, J. Proceso de Enfermería a paciente con complicaciones neurológicas, con base en los patrones funcionales. <i>Revista Cuidarte</i>, 7 (13).
Observaciones	Se registra en la historia clínica en el programa asistencial del SMS SELENE. Se deben cumplimentar al menos los primeros 6 patrones de Gordon, para dar por completo este indicador. Los patrones de Gordon son: Patrón 1: Percepción de la salud, Patrón 2: Nutricional – Metabólico, Patrón 3: Eliminación, Patrón 4: Actividad – Ejercicio, Patrón 5: Sueño – Descanso, Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo, Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto, Patrón 8: Rol – Relaciones, Patrón 9: Sexualidad – Reproducción, Patrón 10: Tolerancia al estrés, Patrón 11: Valores – Creencias.

FICHA DE INDICADORES	
IND.06	INTERCONSULTA NUTRICIÓN/ENDOCRINO AL PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA
Descripción	Paciente portador de SNG se le debe solicitar una ITC de Endocrinología y nutrición, para que realicen su seguimiento en cuanto a los requerimientos nutricionales y retirada de la misma.
Forma de Medición	Por registro
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(111), 1+(59), 1+, 2++, 2+, 3+, 4(60)
Justificación	Los pacientes con ictus agudo que porten una SNG, deben de tener una interconsulta con Endocrinología y nutrición, estos son los encargados de suministrarles los requerimientos calóricos y alimenticios a través de la nutrición enteral para su seguimiento y valoración de sus necesidades nutricionales, en el momento que se le instaure la misma, la enfermera y/o neurólogo solicitará la ITC a nutrición para que esta unidad se encargue del seguimiento.
Numerador	Nº de paciente con SNG que se le realiza ITC a Nutrición
Denominador	Pacientes que son portadores de SNG
Estándar	100
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Sanjuan, E., Pancorbo, O., Santana, K., Miñarro, O., Sala, V., Muchada, M. & Rubiera, M. (2020). Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de Enfermería en la Unidad de Ictus. <i>Neurología</i>. Lendínez-Mesa, A., del Pilar Fraile-Gómez, M., García-García, E., del Carmen Díaz-García, M., Casero-Alcázar, M., Fernández-Rodríguez, N., & Fernandes-Ribeiro, A. S. (2014). Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. <i>Revista científica de la sociedad Española de Enfermería Neurológica</i>, 39(1), 5-10. González, E. C. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. <i>Nutrición Hospitalaria</i>, 2(2), 66-78.
Observaciones	Es importante que el paciente con SNG tenga una interconsulta a nutrición, la ITC la puede solicitar tanto enfermeras como neurólogos una vez que el paciente porte una SNG, se realizará mediante petición en el SELENE

FICHA DE INDICADORES	
IND.07	INTERCONSULTA A REHABILITACIÓN DISFAGIA AL PACIENTE CON DISFAGIA AL ALTA
Descripción	Todos los pacientes que persisten con disfagia al alta, deben tener una ITC con RHB, ya que serán los encargados de realizar una asistencia integral y de calidad a los pacientes con este síntoma para reestablecer la deglución segura.
Forma de Medición	Por registro
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(111), 1+(59), 1+, 2++, 2+, 3+, 4(60)
Justificación	El abordaje de intervención de la disfagia es multidisciplinar, en cual participan varios profesionales. En este caso el rehabilitador juega un papel importante en la disfagia, cuando persiste en el paciente después de un ictus, ellos realizan en la disfagia un abordaje terapéutico tanto de la vía motora, a la que se dirigen los actuales tratamientos como de la sensorial, valorando además la deglución, sensibilidad y el tono de la musculatura, teniendo como objetivo prioritario conseguir la máxima funcionalidad de la deglución. El RHB también ahondará aún más en las pruebas complementarias y si lo cree oportuno solicitará ITC a otorrinolaringología para que realicen técnicas como la VFS o la FEES.
Numerador	Nº de paciente con disfagia al alta que tiene ITC a RHB
Denominador	Pacientes con disfagia que persiste al alta
Estándar	100
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> García-Peris, P., Velasco, C., & Soriano, L. F. (2012). Manejo de los pacientes con disfagia. <i>Nutrición Hospitalaria</i>, 5(1), 33-40. Clavé, P., Arreola, V., Velasco, M., Quer, M., Castellví, J. M., Almirall, J., & Carrau, R. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. <i>Cirugía Española</i>, 82(2), 62-76.
Observaciones	Los pacientes con ictus agudo tienen dos vertientes de atención en cuanto a la rehabilitación uno es la rehabilitación física, y la otra la RHB de disfagia para los pacientes que al alta aún tienen este síntoma. Este último punto es el que debemos anexar para la medición de este indicador. La ITC deberá ser solicitada por NRL, antes o en el momento del alta, mediante una petición. Se realizará a través del SELENE. Se consideran exclusión de este indicador; los fallecidos, traslados otro hospital o centro concertado.

ANEXO 8. INDICADORES DE RESULTADOS

FICHA DE INDICADORES	
IND.08	PACIENTE CON DISFAGIA AL ALTA
Descripción	Todos los pacientes que persisten con disfagia al alta, deben ser contabilizados para realizarles el seguimiento oportuno, y reestablecer la deglución segura.
Forma de Medición	Por registro
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	B(111), 1+(59), 1+, 2++, 2+, 3+, 4(60)
Justificación	Los pacientes que al alta padecen aún disfagia, deben tener un seguimiento, tratamiento y/o RHB. Se realiza un trabajo prioritario con estos individuos para conseguir la máxima funcionalidad de la deglución.
Numerador	Nº de paciente con disfagia al alta
Denominador	Nº de pacientes que ingresa en la UI
Estándar	
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> García-Peris, P., Velasco, C., & Soriano, L. F. (2012). Manejo de los pacientes con disfagia. <i>Nutrición Hospitalaria</i>, 5(1), 33-40. Clavé, P., Arreola, V., Velasco, M., Quer, M., Castellví, J. M., Almirall, J., & Carrau, R. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. <i>Cirugía Española</i>, 82(2), 62-76.
Observaciones	Los pacientes con ictus agudo tienen dos vertientes de atención en cuanto a la rehabilitación uno es la rehabilitación física, y la otra la RHB de disfagia para los pacientes que al alta aún tienen este síntoma. Este último punto es el que debemos anexar para que estos pacientes, sean tratados a través de la ITC que deberá ser solicitada por NRL, antes o en el momento del alta, mediante una petición. Se realizará a través del SELENE.

FICHA DE INDICADORES	
IND.09	MORTALIDAD EN PACIENTES CON ICTUS Y DISFAGIA CIE: G93.82
Descripción	Número de defunciones de pacientes con diagnóstico de disfagia que han sufrido un ictus.
Forma de Medición	Historia clínica
Nivel de Evidencia y Fuerza de recomendación	
Justificación	Cerca de la mitad de los pacientes con disfagia experimentan un aumento de la morbimortalidad, bien porque fallecen, o bien porque sufren alteración hidroelectrolítica, desnutrición severa, neumonía aspirativa o aumento de la estancia hospitalaria y hasta reingreso(39). Los pacientes con ictus, tienen tres veces más riesgo de desarrollar neumonía por aspiración, y su mortalidad es significativamente mayor que en pacientes con ictus que no presentan disfagia(47). Diagnosticar y tratar la disfagia es, sin duda, una inaplazable misión de los profesionales de salud encargados de la atención de estos pacientes(39).
Numerador	Nº de defunciones de pacientes con ictus y disfagia
Denominador	Nº de pacientes que ingresan en la UI
Estándar	
Referencias Bibliográficas	<ul style="list-style-type: none"> Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2013). Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. <i>Worldviews on evidence-based nursing</i>, 10(1), 17-40. https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00255.x Helmy, T. A., Abd-Elhady, M. A., & Abdou, M. (2016). Prediction of Ischemic Stroke-Associated Pneumonia: A Comparison between 3 scores. <i>Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association</i>, 25(11), 2756-2761. https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.07.030 Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 10(10), CD000323. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3
Observaciones	La muerte del paciente queda registrada en la historia clínica del paciente, como exitus. Habrá dos formas de obtener este indicador mediante registro retrospectivo en BADIMUR y/o mediante consulta en las historias clínicas de los pacientes en SELENE.

ANEXO 9. DOCUMENTO DE LOS CAMBIOS DE LA VC PARA PERSONAL DE LA UI



EVALUACIÓN DE LA DEGLUCION Y DETECCION DE LA DISFAGIA DEL PACIENTE CON ICTUS DE LA UNIDAD DE ICTUS

El manejo de la disfagia en la UI se ha realizado de forma multidisciplinaria en el que han participado los siguientes profesionales:

- AMMO: Neuróloga: Jefa de Neurología. Email:
- TYGR: Enfermera. coordinadora del grupo de disfagia. Email:
- LAL: Neuróloga - Responsable de la UI. Email:
- JJST: Neurólogo. Email:
- EGM: Neurólogo vascular. Email:
- BES: Neurólogo vascular. Email:
- CMMB: Rehabilitadora. Email:
- MMS: Jefa del Servicio de Rehabilitación. Email:
- MF: Supervisora de Enfermería de neurología. Email:
- MF: Endocrina de nutrición. Email:
- VEF: Enfermera de Nutrición. Email:
- MS: Enfermera de nutrición. Email:
- ELM: Otorrinolaringólogo. Email:
- Enfermeros de la UI:
 - o FMM: Enfermero de Neurología – Unidad de Ictus. Email:
 - o MGH: Enfermera de Neurología – Unidad de Ictus. Email:
 - o JCM: Enfermera de Neurología – Unidad de Ictus. Email:
 - o JLBM: Enfermero de Neurología – Unidad de Ictus. Email:

***Solo se reflejarán los cambios.**

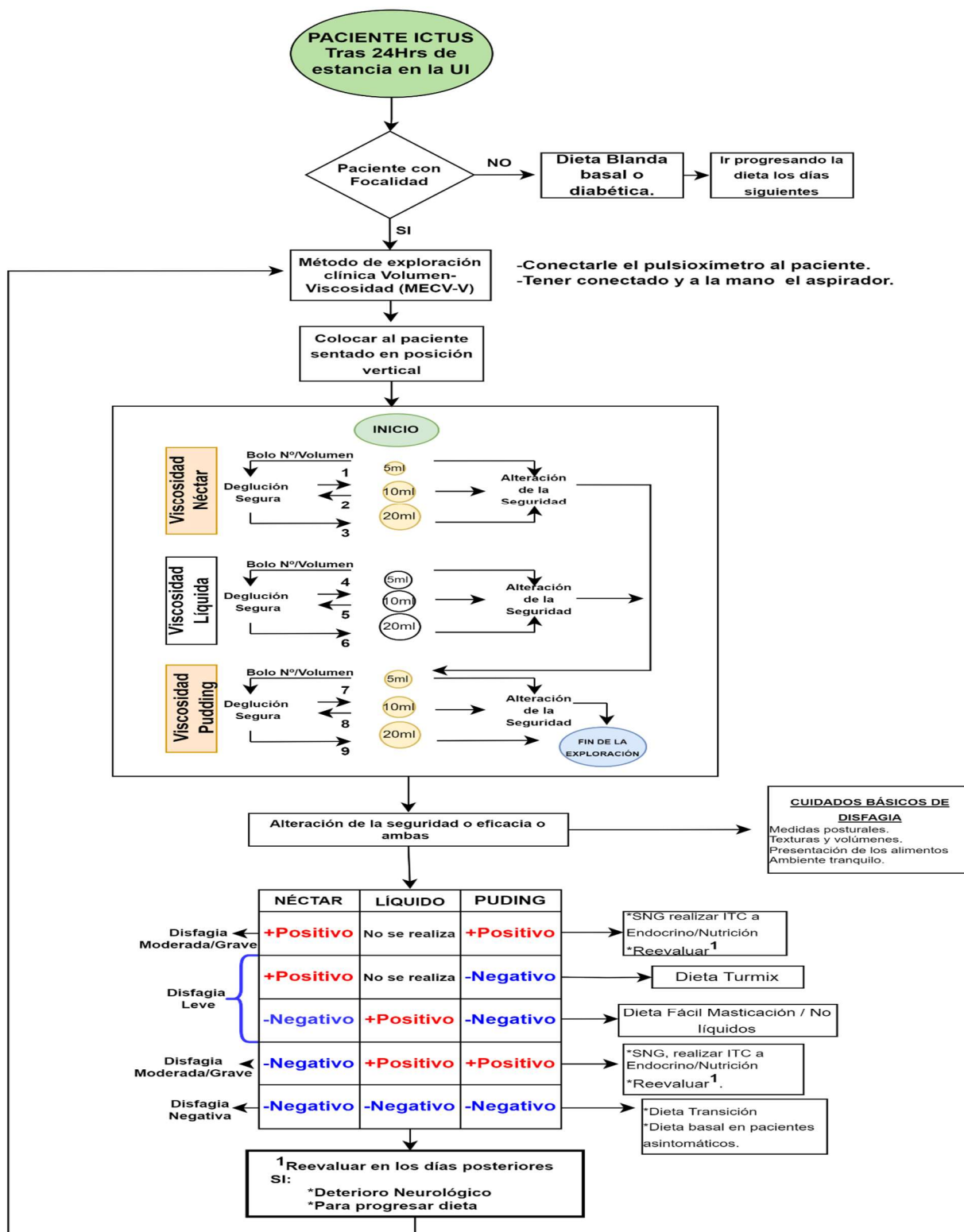


Estancia en la Unidad de Ictus:

- La enfermera realizará la evaluación de la deglución y realizará el test de disfagia con el Método de exploración (MECV-V) (**Figura 1**) tras 24 horas desde el ingreso en la UI del paciente con ictus agudo.



Figura 1. Flujoograma de la Disfagia en la UI.





ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
CONSISTENCIA	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
VOLUMEN	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc
TOS									
CAMBIO DE VOZ									
DESATURACIÓN (>2%)									
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
CONSISTENCIA	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
VOLUMEN	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc	5cc	10cc	20cc
INEFICACIA DEL SELLO LABIAL									
RESIDUO ORAL									
DEGLUCIÓN FRACCIONADA									
RESIDUO FARINGEO									
Otros									

- El resultado del test MECV-V será recogido tanto en SELENE en el formulario de la escala canadiense (**figura 1**), como en las notas de enfermería, según los resultados se clasificará en: Disfagia negativa, Disfagia leve, Disfagia moderada/grave.

Figura 1. Formulario de la Escala Canadiense.



- Indicar la dieta según el tipo de disfagia:
 - **Disfagia Negativa:**
 - Dieta transición.
 - Dieta basal en pacientes asintomáticos.
 - **Disfagia leve:**
 - Dieta túrmix o;
 - Dieta fácil masticación / No líquidos.
 - **Disfagia moderada/grave:**
 - Sonda nasogástrica.
 - La enfermera de la UI debe realizar ITC a nutrición/endocrino para valoración y seguimiento.
- En los días siguientes:
 - Se repetirá el MECV-V en los días consecutivos si:
 - Hay disfagia (leve, moderada/grave) el 1º día.
 - Para progresar en el cambio de textura de la dieta.
 - Si existe deterioro neurológico.
 - Endocrino/Nutrición se encargará de los pacientes con SNG.

En el momento del Alta Hospitalaria:

- **Endocrinología / nutrición:**
 - Paciente portador de SNG: seguirán con su seguimiento, valoración y las prescripciones que precise.
- **Rehabilitación:**
 - La solicita el neurólogo: ITC común a Rehabilitación, tanto para disfagia, como física o ambas; siendo especificado. La petición se entrega al familiar/paciente que debe solicitar la ITC al servicio de RHB. **No se debe hacer ITC al logopeda directamente, el rehabilitador de disfagia se encargará de la solicitud de ITC al logopeda.**



- **RHB Disfagia:** Paciente sin SNG, pero con disfagia: El día antes del alta se hace ITC a nutrición/endocrino para recomendaciones, prescripción de espesantes y educación al familiar (la solicita neurología).

Seguimiento ambulatorio de los pacientes con disfagia:

- Se realiza en la consulta de nutrición y en rehabilitación.
- **Rehabilitación:** se encargará del seguimiento del paciente, así como, de en caso ser necesario realizar ITC a ORL de disfagia para exploración y fibroendoscopia de la deglución. Si el paciente podría excederse de las 4 semanas se considerará la PEG.

****Nota Importante****

La unidad de nutrición está desarrollando un icono en Selene específico del test de disfagia MECV-V, que cuando esté listo lo presentará, se dictará formación y además será incluido en Neurología, a partir de ese momento, los datos del test MECV-V, se cumplimentarán por ese icono y no por la escala canadiense.



PRESIÓN ARTERIAL:

- **Día del ingreso en la UI:** se tomará cada hora.
- **A partir del 2º día de ingreso en la UI1:** Cada 4 horas.

ELECTROCARDIOGRAMA (ECG):

- **Sin ECG:** realizarlo a la llegada a la UI.
- **Con ECG:** se realizará según petición del neurólogo.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA:

- **A la planta de Neurología:** nota de Enfermería e informe verbal.
- **Por traslado a otro centro:** a través del informe de continuidad de cuidados.

PROTOCOLO DE HIPERGLUCEMIA:

Tratamiento hiperglucemia <350mg/dl:

Dieta Absoluta: Actrapid Subcutánea según pauta de rescate C/6hr.

¿El paciente Come?:

- **Diabético:**
 1. Programada + Rescate Apidra (Glulisina) Subcutánea según pauta
 2. Retrasar ingesta 1 Hora
 3. Repetir glucemia 2 hrs tras la comida
- **No diabético:** Indicar al médico responsable para inicio de insulino terapia.

Tratamiento de la hiperglucemia >350mg/dl:

1. Dieta Absoluta



2. Sueroterapia
3. Bomba de insulina (**ver protocolo bomba de insulina en el MIRA**)
4. Monitorización horaria de la glucemia
5. Cuando la glucemia sea menor de 200mg/dl suspender la bomba:
 - **Al comer:** Bolo programado + Rescate.
 - **Si no quiere comer:** Solo Rescate.
6. Si hay descompensación, ver causas de descompensación y ajustar dosis de insulina.

CUANDO EL PACIENTE NO ENTRE EN LA VC:

Se deberá cumplimentar la hoja de variaciones (**figura 2**), señalando sus causas.



HOJA DE VARIACIONES DE LA VÍA CLINICA

N.H.C.: _____ Edad: _____ Sexo: _____	Disfagia: Si _____ NO: _____
CAMA: _____ Fecha de Ingreso: _____	Tipo de Disfagia: _____
Escala Canadiense: _____ NIHSS: _____	Dieta: _____
Tiempo desde ingreso hasta el MECV-V: _____	SNG: Si: _____ NO: _____
TIPO DE ACV: Hemorrágico Isquémico Origen Desc.	Fecha Salida de la Unidad de Ictus: _____
UBICACIÓN DE LA LESIÓN: _____	

Indique código de la variación según LISTADO ADJUNTO

Fecha día vía	Turno	Variación y causa	Código	Acción tomada	Firma

Códigos de variaciones

Condición del enfermo	Dependiendo del personal sanitario	Dependiendo de la institución
1.Fiebre 2. Neumonía 3.No tolerancia oral 4.Exitus 5.Otras. Especificar.	6.Decisión del médico, petición de pruebas no planificadas en la vía clínica 7.Decision de enfermera 8.Decision de otro profesional sanitario. 9.Decision de la familia. 10.Decision del enfermo 11.Otras. Especificar	12. No disponibilidad de atención en su hospital de referencia. 13.Disponibilidad de camas.
SALIDA DE LA VÍA: _____ CAUSA DE SALIDA: _____		



- Se dejará en la puerta de la UI, la **hoja de información para pacientes y/o familiares** sobre que le sucederá al paciente durante su estancia en esa unidad.
- Dentro de la UI estarán visibles la **matriz actividades de la UI y flujograma de evaluación de la deglución para la detección de la disfagia**.
- Si el paciente tiene disfagia se le entregará a la familia/cuidador la guía rápida **DISFAGIA DESPUÉS DE UN ICTUS**, con recomendaciones, información, técnicas posturales, y otros.

Cualquier duda o información contactar con los enfermeros de Neurología y/o coordinadora del grupo de trabajo.