

Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

Dra. Elena Márquez Mesa

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife

Caso
clínico

4



Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

08 Bibliografía



Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

01 Presentación

- ▶ El ictus es un problema de salud pública.
- ▶ Es una de las primeras causas de mortalidad en los países desarrollados.
- ▶ La incidencia de ictus en Europa es de 100-700 episodios/100.000 habitantes¹.
- ▶ La mortalidad por ictus ha disminuido debido a:
 - ▶ Mejor detección y control de los principales factores de riesgo.
 - ▶ Formas clínicas más leves.
 - ▶ Mejora en la prevención, diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación.
- ▶ Es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta.
- ▶ **La desnutrición y la disfagia son frecuentes en los pacientes con ictus y se asocian con una mayor morbimortalidad².**





Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

02 Historia clínica



Motivo de consulta

- ▶ Mujer de 34 años que acude por un cuadro de 2 días de evolución de síndrome vertiginoso, que asocia en las últimas 4 horas una desviación de la comisura bucal izquierda y una alteración de la marcha.





Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

Antecedentes personales

- ▶ Sin alergias medicamentosas conocidas.
- ▶ No presenta hábitos tóxicos.
- ▶ HTA sin tratamiento domiciliario.
- ▶ No sigue tratamiento domiciliario habitual.



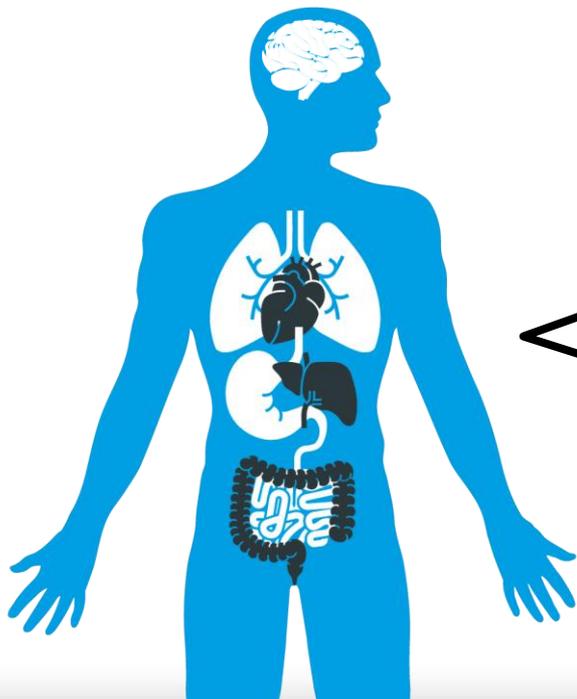


03 Anamnesis

- ▶ Mujer de 34 años que acude a urgencias por un cuadro de 2 días de evolución de síndrome vertiginoso con presencia de náuseas y mareo.
- ▶ En las 4 horas previas asocia una desviación de la comisura bucal izquierda y una alteración de la marcha.
- ▶ Inicialmente, acude a un centro hospitalario de segundo nivel, desde el que, ante la sospecha de ictus, la trasladan a un centro de referencia.
- ▶ A su llegada a este centro presenta, de forma rápidamente progresiva, una **alteración en el tono de voz e imposibilidad para la deglución.**



04 Exploración física y pruebas complementarias

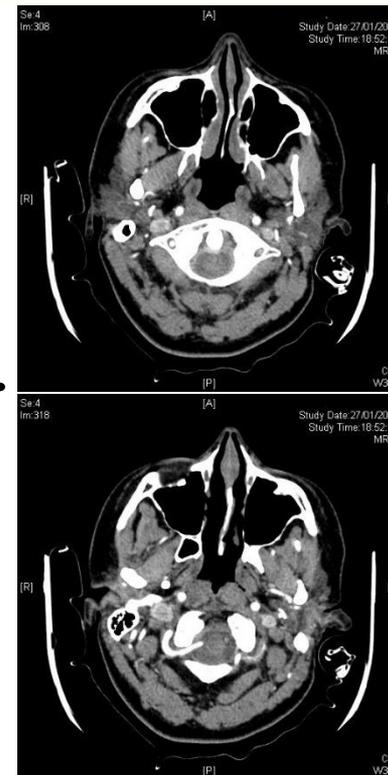


- ▶ **Sistémica:** presión arterial, 144/78 mmHg; frecuencia cardiaca, 82 lpm; saturación de oxígeno (SatO₂), 94%. Peso, 82 kg; talla, 166 cm; índice de masa corporal (IMC), 29,76.
- ▶ Presenta un regular estado general. Eupneica en reposo. Hipersalivación.
- ▶ Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.
- ▶ Auscultación abdominal irrelevante. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis profunda.
- ▶ **Exploración neurológica:** somnolencia, **disfagia prominente (hipersalivación abundante)**, endotropía del ojo derecho con limitación para la destroversión derecha, nistagmo horizonte-rotatorio en todas las posiciones de la mirada no agotable. Facial central izquierdo. Hipoestesia hemicorporal izquierda. Marcha imposible por franca inestabilidad.



Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

- ▶ **Analítica:** leucocitos, 14.210/ μ L; resto del hemograma y coagulación normal. Glucosa, 149 mg/dL; fosfato inorgánico, 1,9 mg/dL; proteína C reactiva (PCR), 0,94 mg/dL; albúmina, 3,94 g/dL. Serologías para sífilis y VIH, negativas. Complemento C3, 229 mg/dL; C4, 41,9 mg/dL. Alfa-1 antitripsina, normal.
- ▶ **Frotis nasofaríngeo para SARS-CoV-2:** negativo.
- ▶ **Electrocardiograma (ECG):** ritmo sinusal a 73 lpm.
- ▶ **Radiografía de tórax:** sin infiltrados.
- ▶ **Tomografía computarizada (TC) simple de cráneo y angio-TC:** sin signos de sangrado agudo intracraneal; sin signos de lesión isquémica aguda/hiperaguda; disección de la arteria vertebral izquierda.
- ▶ **Angiografía cerebral:** disección de la arteria vertebral izquierda a partir del segmento V2 hasta V4 con oclusión de este último. Se realiza una trombectomía mecánica, repermeabilizándose, pero con afectación hemodinámica, por lo que se decide efectuar una angioplastia dada la extensión de la disección extracraneal.
- ▶ **TC de control posttrombectomía mecánica:** lesión isquémica aguda en el territorio de la arteria cerebelosa superior derecha, y occipital basal izquierda en el territorio de la arteria cerebral posterior.



TC craneal, en la que se observa la disección de la arteria vertebral izquierda en V2-V.



05 Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico

Neurológico:

- ▶ Ictus isquémico agudo de circulación posterior (síndrome de Wallenberg).
- ▶ Disección de la arteria vertebral izquierda.
- ▶ Oclusión de la arteria cerebelosa posteroinferior izquierda.

Nutricional:

- ▶ Disfagia orofaríngea.
- ▶ Riesgo de desnutrición.



Tratamiento

Neurológico:

- ▶ Trombectomía mecánica + angioplastia.

Nutricional:

- ▶ Colocación de sonda nasogástrica (SNG).
- ▶ Inicio de nutrición enteral (NE).





Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

06 Seguimiento y evolución



▶ FASE 1



▶ FASE 2



▶ FASE 3



▶ FASE 4



Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

Evolución neurológica:

- ▶ Empeoramiento progresivo: se decide la intubación orotraqueal de la paciente y su conexión a ventilación mecánica para proteger la vía aérea previa a la trombectomía.
- ▶ Ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva.
- ▶ Clínica neurológica similar a la del ingreso.
- ▶ En planta de hospitalización se observa una mejoría progresiva del balance muscular y las oftalmoparesias.
- ▶ En el momento del alta: paresia de miembros inferiores y miembro superior derecho, y disartria leve, por lo que precisa un andador para la deambulación.

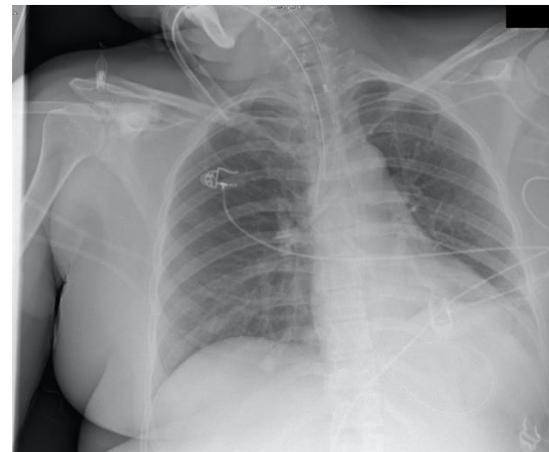




Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

Evolución nutricional:

- ▶ Se coloca una **SNG de alimentación a las 48 horas** del accidente cerebrovascular; se comprueba su normoposición radiográficamente → se inicia **NE hiperproteica e hipercalórica continua** a un ritmo progresivo hasta cubrir el gasto energético total (GET).
- ▶ Traslado a planta → Interconsultas en el Servicio de Endocrinología y Nutrición.
- ▶ NE por SNG. Elevada dificultad para el manejo de la propia saliva, por lo que se desestima la realización de un test de valoración de disfagia.
- ▶ Tratamiento rehabilitador con **logopeda**.
- ▶ Mejoría progresiva → se inician bolos de NE.
- ▶ MECV-V: sin alteración de la seguridad para ninguna consistencia; alteración de la eficacia por deglución fraccionada a volúmenes elevados para todas las consistencias.
- ▶ **Agua gelificada** → **dieta láctea** → **dieta de disfagia**.
- ▶ Ingestas 50% → **suplementos nutricionales (SNO)** hipercalóricos e hiperproteicos previamente espesados (40 g/día de proteínas y 800 kcal/día).
- ▶ En el momento del alta se mantiene SNO hasta próxima valoración en consulta.



Radiografía de tórax de comprobación de la posición de la sonda nasogástrica.



07 Conclusiones

- ▶ El ictus es una de las primeras causas de mortalidad en los países desarrollados.
- ▶ La desnutrición y la disfagia son frecuentes en los pacientes con ictus y se asocian con una mayor morbimortalidad.
- ▶ Es necesario evaluar la seguridad de la deglución en las primeras horas tras el ingreso hospitalario y siempre antes de iniciar la tolerancia a alimentos, líquidos o fármacos por vía oral.
- ▶ La NE precoz está indicada en los pacientes en quienes la vía oral no es posible, segura o suficiente.
- ▶ Cada centro debe disponer de un protocolo específico sobre la alimentación por vía oral en los pacientes con disfagia.
- ▶ Los SNO no se deben utilizar de manera sistemática, sino sólo en los pacientes en quienes la dieta oral no alcance los requerimientos nutricionales o en pacientes desnutridos.



Disfagia en una paciente tras un accidente cerebrovascular

08 Bibliografía

1. Bretón I, Cuerda C, Camblor M, Velasco C, Frías L, Higuera I, et al. Nutrición en el paciente con ictus. *Nutr Hosp*. 2013; 6(1): 39-48.
2. Corrigan ML, Escuro AA, Celestin J, Kirby DF. Nutrition in the stroke patient. *Nutr Clin Pract*. 2011; 26(3): 242-252.
3. Masrur S, Smith EE, Saver JL, Reeves MJ, Bhatt DL, Zhao X, et al. Dysphagia screening and hospital-acquired pneumonia in patients with acute ischemic stroke: findings from Get with the Guidelines eStroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013; 22(8): e301e9.
4. 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): 354-396.
5. Kreyman KG, Berger MM, Deutz NEP, Hiesmayr M, Jolliet P, Kazandjiev G, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: intensive care. *Clin Nutr*. 2006; 25(2): 210e23.
6. Wang TG, Wu MC, Chang YC, Hsiao TY, Lien IN. The effect of nasogastric tubes on swallowing function in persons with dysphagia following stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87(9): 1270e3.
7. Leder SB, Suiter DM. Effect of nasogastric tubes on incidence of aspiration. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008; 89(4): 648e51.
8. Dziewas R, Warnecke T, Hamacher C, Oelenberg S, Teismann I, Kraemer C, et al. Do nasogastric tubes worsen dysphagia in patients with acute stroke? *BMC Neurol*. 2008; 8(1): 28.
9. National Patient Safety Agency, NHS. Dysphagia diet food texture descriptors. 2011.
10. Rabadi MH, Coar PL, Lukin M, Lesser M, Blass JP. Intensive nutritional supplements can improve outcomes in stroke rehabilitation. *Neurology*. 2008; 71(23): 1856e61.

