

Pregunta 8: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones para el soporte y rehabilitación más efectivas y seguras durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas?

Conceptos previos:

Las personas que sobreviven a un ACV o AIT presentan diversos grados y tipos de discapacidad, la cual puede ser motora, sensitiva, sensorial o cognitiva. La prevención terciaria o disminuir la discapacidad generada por el evento isquémico debe de ser implementada tan precozmente como sea posible para brindar una mejoría funcional a los pacientes, a la par de la instalación de tratamientos que buscan la prevención secundaria. La rehabilitación no solo incluye la terapia física y su consecuente recuperación motora, sino que incluye garantizar terapias para una mejora funcional y adaptación a quehaceres de la vida diaria, por lo que están incluidas terapias para mejorar la alimentación/nutrición (136).

- El adecuado aporte calórico-proteico es imprescindible en el manejo de cualquier enfermedad, sin embargo, luego de un ACV se puede presentar diversas condiciones que dificulten poder garantizarla de manera fisiológica, desde dificultades para la deglución hasta alteración de la conciencia. *El uso de sonda nasogástrica* es una medida que busca garantizar los aportes calórico-proteicos que los pacientes necesitan a través de la vía más fisiológica, pero que en la fase aguda los pacientes no pueden garantizar por sus propios medios(137).
- *Los complementos nutricionales* se definen como el conjunto de productos que proveen nutrientes (vitaminas, oligoelementos, lípidos, etc.) que pueden estar presentes en la alimentación habitual pero en menor medida a los requerimientos del paciente y por tanto, requieren ser complementados. Durante la fase aguda del ACV podrían tener alguna participación debido a la mayor demanda de nutrientes en la fase aguda de la injuria, así como en la necesidad de garantizar una adecuada nutrición en pacientes que no tengan una correcta manera de alimentarse (138). Los complementos nutricionales disponibles en el petitorio de EsSalud para el 2017 son: vitaminas como ácido fólico, piridoxina, tiamina, hidroxibalamina; minerales como sulfato ferroso, hierro sacarato y calcio.
- En la mayoría de los pacientes con ACV se pueden presentar con déficit motor, el cual trae consigo debilidad no solo de la musculatura de extremidades, sino también facial u otros músculos asociados con una adecuada fonación, generando alteraciones del habla; en otras ocasiones, la lesión se produce en áreas que se encargan del proceso del lenguaje, generando barreras para una adecuada nominación, comprensión, repetición o fluidez verbal (139). *La terapia del lenguaje/habla* está destinada a disminuir esta discapacidad, de conseguirla se facilitaría la participación del paciente en la toma de decisiones y preferencias, además de mejorar la apreciación clínica al disminuir las barreras de comunicación. Existen múltiples maneras de evaluar las alteraciones del habla/lenguaje, tales como la evaluación de la comunicación funcional, la comprensión auditiva o lectora, el lenguaje expresivo como nominación, repetición, escritura, o fluencia, o a través de escalas diseñadas para evaluar la severidad de la discapacidad en el habla. También existen varias intervenciones que se pueden considerar como parte de la terapia del habla, como la terapia estándar (que incluye vocalización, fonación, articulación), soporte y estimulación social, terapia grupal o individual, realizada por profesionales, por voluntarios entrenados, o por

dispositivos computarizados. Por último, la intervención también puede iniciarse de forma tardía o temprana, y de alta (más de 15 horas por semana) o baja intensidad (140).

- Dependiendo de la ubicación o subtipo de los ACV, se pueden alterar las vías que facilitan los actos reflejos o involuntarios asociados con la deglución o disfagia (141). *El manejo de la disfagia* puede incluir múltiples intervenciones, como las intervenciones conductuales (que incluye ejercicios de deglución, posicionamiento vertical para la alimentación, consejos de deglución segura), acupuntura, terapia con medicamentos, estimulación eléctrica neuromuscular, estimulación magnética transcraneal, entre otras opciones. Con ellas se busca facilitar la deglución o dificultad para comer, de garantizarla se lograría no solo una mejoría en el aporte calórico-proteico por la vía fisiológica, sino que se facilitaría la administración de medicamentos por vía oral y el consecuente manejo ambulatorio del paciente (137).
- Aunque la discapacidad motora es solo una parte de las potenciales secuelas que pueden dejar los ACV, la valoración funcional de los pacientes es principalmente motora, disminuir el impacto de la deficiencia motora incrementaría la probabilidad de reinserción de la persona con ACV a sus actividades de vida diaria. Los beneficios de la rehabilitación física son claros; sin embargo, decidir *el inicio de la rehabilitación física*, precoz o tardía, podría traducirse en una recuperación más temprana (142).

Justificación de la pregunta:

- Para los pacientes que presentan un diagnóstico de ACV isquémico y que presentan algún grado de discapacidad es necesario saber cuales serían las intervenciones de rehabilitación mas efectivas y seguras.
- Aunque son varios los factores que intervienen en el pronóstico de la discapacidad del paciente, como el tipo de infarto y de la eficacia de la prevención secundaria, las medidas de neuroprotección y la rehabilitación física serán las que jugarán el rol más importante en disminuir la discapacidad posterior al ACV.
- Por lo tanto en pacientes con ACV que presenten algún grado de discapacidad es necesario contar con intervenciones de rehabilitación efectivas y seguras. El GEG local consideró que estas intervenciones podrían incluir a) uso de sonda nasogástrica, b) uso de complementos nutricionales, c) terapia del habla/lenguaje, d) manejo de la disfagia, e) inicio precoz de la rehabilitación física. Sin embargo, cada una de ellas tiene características en cuanto a eficacia y seguridad.

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos. Se identificaron dos GPC que incluían RS, la guía norteamericana para rehabilitación y recuperación después de un ACV (136) y la guía colombiana que incluye la rehabilitación del episodio agudo del ACV(143), en estas guías se emplean RS específicas para las preguntas PICO planteadas, que son las siguientes:

RS	Puntaje en AMSTAR	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por la RS	Observaciones
Food 2005 (138)	No aplica	No aplica	1	Uso de sonda nasogástrica <ul style="list-style-type: none"> • Muerte o discapacidad • Muerte 	Estudio único
Geeganage 2012 (144)	10	Julio 2011	7	Complementos nutricionales <ul style="list-style-type: none"> • Muerte • Muerte o dependencia Disfagia <ul style="list-style-type: none"> • Muerte • Muerte o dependencia • Neumonía 	
Brady 2016 (145)	9	Setiembre 2015	10	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación funcional • Lenguaje expresivo • Lenguaje receptivo 	
Lynch 2014 (142)	6	Diciembre 2012	2	Inicio de la terapia <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad 	Estudios observacionales
Li 2017 (146)	7	Abril 2017	6	Inicio de la rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Discapacidad 	

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

Intervenciones	Paciente/Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces de la intervención
8.1	Pacientes con ACV	Uso de sonda nasogástrica restrictiva / Uso de sonda nasogástrica sistemática	Muerte o discapacidad Muerte
8.2	Pacientes con ACV	Complementos nutricionales/ sin complementos nutricionales	Muerte o dependencia Muerte
8.3	Pacientes con ACV	Terapia del lenguaje y habla / No terapia del lenguaje y habla	Comunicación funcional Lenguaje expresivo Lenguaje receptivo
8.4	Pacientes con ACV	Manejo de la disfagia con intervenciones conductuales/ Sin intervenciones conductuales	Mortalidad Disfagia Muerte o dependencia Neumonía o infecciones pulmonares
8.5	Pacientes con ACV	Inicio precoz de la rehabilitación física / Inicio tardío de la rehabilitación física	Mortalidad Discapacidad

Resumen de la evidencia:

PICO 8.1 Uso de sonda nasogástrica restrictiva frente al uso sistemático

Debido a que no se encontró ninguna nueva evidencia que actualice la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local consideró adecuado utilizar el estudio FOOD (2005)(147), a pesar que la búsqueda fue realizada con una antigüedad mayor de 5 años se considera que en este tema la producción científica es limitada, y finalmente se reportan resultados para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica. En este estudio se comparó el uso de sonda nasogástrica restrictiva (evitar el uso de sonda durante más de 7 días) frente a la colocación sistemática y precoz de sonda nasogástrica.

Muerte

- En el estudio seleccionado (n=859, 1 estudio), no se encontró una diferencia en la reducción de muerte posteriores a la colocación de sonda nasogástrica restrictiva en comparación con el uso sistemático y precoz de sonda nasogástrica (OR 0.79; IC del 95%: 0.61 a 1.04, **calidad de la evidencia baja**).

Muerte o discapacidad

- En estudio seleccionado (n=859, 1 estudio), el uso sistemático y precoz de la sonda no se asoció con una reducción significativa de la muerte o discapacidad (OR de 0.94, IC95% 0.68 a 1.31, **calidad de la evidencia baja**).

PICO 8.2. Complementos nutricionales

La GPC Colombiana se basa en un metaanálisis (n=4391, 8 estudios)(137), en ese sentido el GEG procedió a la actualización de la búsqueda sin encontrar nuevos estudios. La RS incluida y el MA realizado en la GPC Colombiana se consideraron de buena calidad, y se consideró que para esta pregunta clínica la cantidad de información científica nueva sería limitada.

- **Muerte**

En el metaanálisis realizado (n=4343, 7 estudios), no se encontró una reducción en la muerte posteriores a la administración de complementos nutricionales en comparación con no administrarlos (OR 0.58; IC del 95%: 0.28 a 1.21; p=0.14, I² 38%, **calidad de evidencia baja**).

- **Muerte o dependencia**

Para este desenlace en el mismo metaanálisis se incluyó 4023 pacientes (1 estudio) sin encontrar diferencias significativas (OR 1.06, IC95% 0.94 a 1.20, **calidad de evidencia baja**)

PICO 8.3. Terapia del habla/lenguaje

La guía norteamericana emite algunas recomendaciones específicas para la terapia del habla/lenguaje, algunas de sus recomendaciones se basan en una RS con MA (376 participantes, 10 estudios)(140), que es considerada de buena calidad. Se actualizó la búsqueda sin encontrar nuevas RS. No se consideran otras intervenciones para la terapia del habla/lenguaje como el uso de dispositivos computarizados o técnicas de estimulación cerebral, sin embargo, no son parte de este análisis dado que no están disponibles en el Perú y porque su nivel de recomendación todavía ronda con la incertidumbre. La terapia del habla o lenguaje que se analiza es la brindada como parte de las sesiones de terapia física o rehabilitación convencional.

• **Comunicación funcional**

En el metaanálisis realizado (376 participantes, 10 estudios) evaluaron resultados a los 3 meses al comparar la terapia del lenguaje y habla (TLH) frente a no usarla, se encontró una diferencia significativa a favor de las TLH (diferencias de medias estandarizadas [DME] de 0.29, IC95% 0.06 a 0.49, **calidad de evidencia moderada**)

• **Lenguaje expresivo**

En el mismo metaanálisis (248 participantes, 7 estudios) se comparó la intervención con TLH frente a no usarla en la mejoría general del lenguaje expresivo, se encontró una diferencia significativa a favor de las TLH (DME 1.28, IC95% 0.38 a 2.19, **calidad de evidencia baja**).

• **Lenguaje receptivo**

En el mismo metaanálisis (399 participantes, 9 estudios) se comparó la intervención con TLH frente a no usarla para evaluar la comprensión auditoria del lenguaje receptivo, no se encontró diferencias significativas (DME 0.06, IC95% -0.15 a 0.26, **calidad de evidencia baja**).

PICO 8.4. Manejo de la disfagia

La guía colombiana emite sus recomendaciones basados en una RS con MA (6779 pacientes, 33 estudios)(137), que incluye diversas terapias para disminuir la disfagia, como estimulación eléctrica neuromuscular, farmacológica, estimulación transcraneal, estimulación física. Se

procedió a actualizar la búsqueda sin encontrar nuevas RS, por lo que se decidió continuar con la misma debido a que los desenlaces priorizados son poco evaluados en los estudios habituales, así que la probabilidad de nueva evidencia es menor. De las intervenciones planteadas, se eligió el conjunto que incluye las intervenciones conductuales (ejercicios de deglución, posicionamiento vertical, modificaciones en la dieta) dado que son las habitualmente disponibles.

- **Disfagia**

En el metaanálisis, (n=423, 5 estudios), se encontró que las intervenciones conductuales disminuyen la disfagia al final del estudio (OR 0.52, IC5% 0.30 a 0.88, I² 22%, p=0.01, **calidad de evidencia baja**).

- **Muerte**

En el metaanálisis (n=306, 2 estudios), no se encontró diferencias en mortalidad al final del estudio entre las intervenciones conductuales con relación a otras intervenciones para el manejo de la disfagia (OR 0.83, IC5% 0.46 a 1.51, **calidad de evidencia baja**).

- **Muerte o dependencia**

En el metaanálisis (n=306, 2 estudios), no se encontró diferencias en mortalidad o dependencia al final del estudio entre las intervenciones conductuales con relación a otras intervenciones para el manejo de la disfagia (OR 1.05, IC5% 0.63 a 1.75, **calidad de evidencia baja**).

- **Neumonía o infección pulmonar**

En el mismo metaanálisis (n=423, 5 estudios), no se encontró diferencias significativas en la reducción de infecciones pulmonares o neumonías entre las intervenciones conductuales con relación a otras intervenciones para el manejo de la disfagia (OR 0.5, IC5% 0.24 a 1.04, I² 34%, p=0.06, **calidad de evidencia baja**).

PICO 8.5. Inicio precoz de la rehabilitación frente a inicio tardío

La guía colombiana emplea una RS con MA(142) (227 participantes, 3 estudios), para valorar el efecto de la rehabilitación física precoz (definida como menos de 3 días) frente a la de inicio tardío, se actualizó la búsqueda sin encontrar nuevas RS, la temporalidad de esta RS aún se encontraba en el rango de 5 años, por lo que se decide incluirla por ser de buena calidad.

También, la guía colombiana incluye recomendaciones para el inicio de la movilización, definida la movilización temprana como aquella que se realiza dentro de las primeras 24 horas, frente a la tardía. Se actualizó la búsqueda de RS y se encontró el estudio de Li (2018)(146), la cual se consideró de calidad para abordar el tema (5 estudios, 1646 pacientes).

- **Discapacidad (inicio precoz de la terapia de rehabilitación a las 72 horas)**
La Guía Colombiana emplea la RS de Lynch(142), que identifica ensayos clínicos y cohortes sin llegar a realizar metaanálisis, señalan que en dos estudios de cohorte se comparó los efectos de comenzar la rehabilitación física los primeros 3 días (72 horas) comparado con 4 a más días, dicha intervención mejoró la probabilidad de reducir la discapacidad en 15.3% ($p < 0.001$), **calidad de evidencia muy baja**.
- **Mortalidad (inicio precoz de la movilización a las 24 horas)**
La movilización precoz de los pacientes luego de un ACV (dentro de las 24 horas) no presenta diferencias significativas en la mortalidad a los tres meses frente a la movilización tardía (4 estudios, $n=2446$, RR 1.21, IC95% 0.76 a 1.65, I^2 0%, $p=0.54$, **calidad de evidencia moderada**).
- **Discapacidad (inicio precoz de la movilización a las 24 horas)**
La movilización precoz de los pacientes luego de un ACV (dentro de las 24 horas) no presenta diferencias significativas en la discapacidad (Rankin 0 a 2) a los tres meses frente a la movilización tardía (5 estudios, $n= 2373$, RR 0.80, IC95% 0.58 a 1.02, I^2 45%, $p=0.12$, **calidad de evidencia baja**).

Balance beneficios/riesgos y calidad de la evidencia:

1. Uso de sonda nasogástrica

Que en comparación con el uso sistemático, el uso restrictivo de sonda solo se evaluaron desenlaces sobre el riesgo asociado, en la cual se mostró:

- No tener diferencias en mortalidad (calidad de evidencia **baja**).
- No tener diferencias en mortalidad o discapacidad (calidad de evidencia **baja**).
- **Conclusión:** El uso de sonda nasogástrica sistemático es igual de beneficiosa que la de uso restrictivo (calidad de evidencia **baja**).

2. Complementos nutricionales

Que en comparación con no usar complementos nutricionales, el usarlos mostró:

- No tener diferencias en mortalidad (calidad de evidencia **baja**).
- No tener diferencias en mortalidad o discapacidad (calidad de evidencia **baja**).
- **Conclusión:** El uso de complementos nutricionales es igual de beneficiosa que no usarlas (calidad de evidencia **baja**).

3. Terapia del lenguaje / habla

Que en comparación con no usar terapias del lenguaje/habla, usarlas mostró:

- Mejoría en la comunicación funcional (calidad de evidencia **moderada**).
- Mejoría en el lenguaje expresivo (calidad de evidencia **baja**).
- No tener diferencias en el lenguaje receptivo (calidad de evidencia **baja**).
- **Conclusión:** La terapia del lenguaje/habla es más beneficiosa que no usarla (calidad de evidencia **baja**).

4. Manejo de la disfagia

Que en comparación con no realizar el manejo de la disfagia, realizarla mostró:

- Disminución de la disfagia al final del estudio (calidad de evidencia **baja**).
- No tener diferencias en mortalidad (calidad de evidencia **baja**).
- No tener diferencias en mortalidad o discapacidad (calidad de evidencia **baja**).
- No tener diferencias en prevenir neumonías o infecciones pulmonares (calidad de evidencia **baja**).
- **Conclusión:** El manejo de la disfagia presenta mejoría de esta, pero no es más beneficiosa que no realizar el manejo de la disfagia (calidad de evidencia **baja**).

5. Inicio de la rehabilitación

Que en comparación con la movilización de 24 a 48 horas, frente a más de 48 horas:

- No hay diferencias en mortalidad (calidad de evidencia **moderada**).
- No hay diferencias en discapacidad (calidad de evidencia **baja**).
- **Conclusión:** La movilización dentro de las 24 a 48 después del ACV no se mostró más beneficiosa que la movilización luego de las 48 horas (calidad de evidencia **baja**).

Que en comparación con el inicio de la terapia dentro de las 72 horas frente a realizarla después:

- Mostró tendencia a reducir la discapacidad a los tres meses con resultados imprecisos (calidad de evidencia **muy baja**).
- **Conclusión:** Iniciar la terapia dentro de las 72 horas puede tener más beneficios que realizarla luego de las 72 horas (calidad de evidencia **muy baja**).

Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes y la institución.

Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG-Local consideró que:

1. Uso de sonda nasogástrica

- **Uso restrictivo de sonda nasogástrica:** Los pacientes/familiares podrían estar de acuerdo con esta recomendación al explicarles los riesgos de no garantizar una adecuada alimentación. Es de preferencia habitual de pacientes/familiares garantizar el inicio de la dieta, inclusive si para ello se requieren medios como el uso de sonda nasogástrica cuando exista la necesidad.
- **Uso sistemático de sonda nasogástrica:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con esta intervención al informarse sobre la ausencia de necesidad en todos los pacientes.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir el uso restrictivo de sonda nasogástrica en lugar del uso sistemático.

2. Complementos nutricionales

- **Uso de complementos nutricionales:** Los pacientes/familiares podrían estar de acuerdo con esta intervención pues socialmente es aceptada y difundida, al margen de la ausencia de beneficios.

- **No uso de complementos nutricionales:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con no usar complementos nutricionales, esta preferencia se podría modificar si se les explica la ausencia de beneficios.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir el uso de complementos nutricionales en vez de no usarlos.

3. Terapia del lenguaje / habla

- **Realizar terapia del habla y lenguaje:** Los pacientes/familiares estarían de acuerdo con brindarles terapias que disminuyan su discapacidad y que no presentan efectos adversos, en particular si estas mejoran la capacidad de comunicación que los pacientes podrían tener.
- **No realizar terapia del habla y lenguaje:** Los pacientes/familiares no estarían de acuerdo con dejar de recibir terapias que les ayudarían a disminuir su discapacidad y que no presentan efectos adversos
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares prefieren realizar terapia del habla y lenguaje en lugar de no realizarlas.

4. Manejo de la disfagia

- **Realizar manejo de la disfagia:** Los pacientes/familiares estarían de acuerdo con terapias que disminuyan su discapacidad y que no presenten efectos adversos.
- **No realizar manejo de la disfagia:** Los pacientes/familiares no estarían de acuerdo con dejar de realizar intervenciones que faciliten la disminución de la discapacidad y que no presenten efectos adversos.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares preferirían realizar terapias para el manejo de la disfagia en lugar de no realizarlas.

5.a. Inicio de la rehabilitación

- **Inicio precoz de la rehabilitación:** Los profesionales de la salud no suelen indicar esta intervención pero podrían recomendarla al conocer sus beneficios, no implicaría mayores requerimientos logísticos.
- **No inicio precoz de la rehabilitación:** Es la indicación rutinaria por los profesionales de la salud, pero podrían cambiar de recomendación al conocer sus beneficios.
- **Conclusión:** Iniciar precozmente la rehabilitación podría ser más aceptable que no iniciarla.

5.b. Inicio de la movilización del paciente

- **Inicio precoz de la rehabilitación:** Los pacientes/familiares podrían considerar que en la fase aguda se encuentran en un estado de relativa fragilidad por lo que podrían optar por postergar el inicio de la rehabilitación, sin embargo, esta preferencia podría modificarse al explicarles los beneficios de la terapia.
- **No inicio precoz de la rehabilitación:** Los pacientes/familiares podrían considerar habitual o adecuado postergar el inicio de rehabilitación al no conocer los beneficios que ello significaría.

- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir el inicio tardío de la rehabilitación en lugar de su inicio precoz.

Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG-Local consideró que:

1. Uso de sonda nasogástrica

- **Uso restrictivo de sonda nasogástrica:** Los profesionales de la salud suelen usar esta intervención, y continuarían haciendo uso de ella al conocer los riesgos/beneficios.
- **Uso sistemático de sonda nasogástrica:** Los profesionales de la salud no suelen usar esta intervención, y podrían preferir no usarla al conocer que no brinda mayores beneficios.
- **Conclusión:** El uso restrictivo de sonda nasogástrica es más aceptable que el uso sistemático.

2. Complementos nutricionales

- **Uso de complementos nutricionales:** Los profesionales de la salud no suelen aplicar esta intervención y no modificarían su conducta al explicarles la ausencia de beneficios de dicha intervención.
- **No uso de complementos nutricionales:** Los profesionales de la salud suelen recomendar complementos nutricionales y no cambiarían su conducta al conocer la ausencia de beneficios.
- **Conclusión:** la recomendación de no uso de complementos nutricionales es más aceptable que usarlos.

3. Terapia del lenguaje / habla

- **Realizar terapia del habla y lenguaje:** Se podría tener dificultades logísticas para su implementación, pero los profesionales de la salud la preferirían al explicarles los beneficios que genera la intervención al disminuir la discapacidad.
- **No realizar terapia del habla y lenguaje:** No realizar la intervención sería más fácil de realizar, pero los profesionales de la salud podrían optar por realizarla si se les explica los beneficios de la intervención.
- **Conclusión:** Realizar terapia del habla y lenguaje sería más aceptable que no realizarla.

4. Manejo de la disfagia

- **Realizar manejo de la disfagia:** Se podría tener dificultades logísticas para su implementación, pero los profesionales de la salud la preferirían al explicarles los beneficios que genera la intervención al disminuir la discapacidad.
- **No realizar manejo de la disfagia:** No realizar la intervención sería más fácil de realizar, pero los profesionales de la salud podrían optar por realizarla si se les explica los beneficios de la intervención.
- **Conclusión:** Realizar el manejo de la disfagia es más aceptable que no realizarla.

5.a. Inicio de la rehabilitación

- **Inicio precoz de la rehabilitación:** Los profesionales de la salud no suelen indicar esta intervención pero podrían recomendarla al conocer sus beneficios, no implicaría mayores requerimientos logísticos.
- **No inicio precoz de la rehabilitación:** Es la indicación rutinaria por los profesionales de la salud, pero podrían cambiar de recomendación al conocer sus beneficios.
- **Conclusión:** Iniciar precozmente la rehabilitación podría ser más aceptable que no iniciarla.

5.b. Inicio de la movilización del paciente

- **Inicio precoz de la movilización del paciente:** Los profesionales de la salud podrían no tener inconvenientes con recomendar esta intervención al observar que no demanda mayores recursos o logística.
- **No inicio precoz de la movilización del paciente:** En algunas ocasiones es la indicada por los profesionales de la salud, pero en otras ocasiones su indicación sobre realizarla o no, no es prescrita.
- **Conclusión:** Iniciar precozmente la rehabilitación podría ser más aceptable que no iniciarla.

Factibilidad: El GEG-Local consideró que:

1. Uso de sonda nasogástrica

- **Uso restrictivo de sonda nasogástrica:** Esta intervención es de rutina, no requiere mayor equipamiento ni personal para su implementación.
- **Uso sistemático de sonda nasogástrica:** Esta intervención no es de rutina, requiere mayor equipamiento, sin que signifique más personal para su implementación.
- **Conclusión:** El uso restrictivo de sonda nasogástrica es más factible que el uso sistemático.

2. Complementos nutricionales

- **Uso de complementos nutricionales:** Efectivizar esta intervención no requiere mayor equipo técnico ni mayor cantidad de profesionales. Algunos complementos nutricionales, como pastillas o cápsulas de vitaminas, están presentes en el peticorio, mientras que otros (como ácidos grasos, aminoácidos, etc.) pueden no estar disponibles en el peticorio.
- **No uso de complementos nutricionales:** No efectivizar esta intervención no modifica los protocolos habituales de tratamiento.
- **Conclusión:** El uso de complementos nutricionales es menos factible que no administrarlos.

3. Terapia del lenguaje / habla

- **Realizar terapia del habla y lenguaje:** Realizar esta intervención requiere de profesionales, tanto médicos y tecnólogos capacitados en terapia del habla/lenguaje, los cuales suelen ser especialistas específicos para este tipo de terapias, y no participan en otras terapias del paciente.
- **No realizar terapia del habla y lenguaje:** No realizar la intervención no modificaría las terapias habituales que reciba el paciente.
- **Conclusión:** No realizar terapia del habla y lenguaje sería más factible que realizarla.

4. Manejo de la disfagia

- **Realizar manejo de la disfagia:** Realizar esta intervención requiere de profesionales de medicina física o enfermería capacitados en la identificación y manejo de la disfagia, los cuales no intervendrían en las demás terapias que reciba el paciente, pero mejoraría la facilidad de administrar medicamentos al viabilizar la vía oral.
- **No realizar manejo de la disfagia:** No realizar la intervención no modificaría las terapias habituales que reciba el paciente, podría facilitar la administración de terapias a largo plazo.
- **Conclusión:** Realizar el manejo de la disfagia es menos factible que no realizarla.

5.a Inicio de la rehabilitación

- **Inicio precoz de la rehabilitación física:** Efectivizar esta intervención no requiere mayor equipo técnico ni profesionales pues son intervenciones que habitualmente se dan en un centro hospitalario, sería factible sin mayores dificultades.
- **No inicio precoz de la rehabilitación:** Realizar esta intervención podría modificar los esquemas habituales de tratamiento hospitalario pues los profesionales de rehabilitación tienen actividades programadas de forma regular, mientras que los pacientes con ACVi ingresan de manera aleatoria, por lo que podrían haber dificultades para programar las terapias de forma precoz.
- **Conclusión:** No iniciar precozmente la rehabilitación física es más factible que iniciarla.

5.b. Inicio de la movilización del paciente

- **Inicio precoz de la movilización del paciente:** Efectivizar esta intervención no requiere mayor personal pues son actividades que se realizan en los centros hospitalarios.
- **No inicio precoz de la movilización del paciente:** Esta intervención no modifica los protocolos habituales de tratamiento, tampoco se requiere profesionales especializados.
- **Conclusión:** Realizar la movilización precoz del paciente es igual de factible que no iniciarla.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que:

1. Uso de sonda nasogástrica

- En pacientes que no pueden deglutir, el uso de sonda nasogástrica incrementa discretamente los costos ya que se requiere de disponer de este recurso y personal para que lo coloque; además del costo de la alimentación que debe administrarse. Sin embargo, el uso de SNG de modo restrictivo de acuerdo a las necesidades de cada paciente podría evitar un sobreuso y disminuir los costos en comparación con el uso sistemático de SNG.
- **Conclusión:** El uso de sonda nasogástrica significa menos costos a largo plazo que no usarla en pacientes que no pueden deglutir.

2. Complementos nutricionales

- Los complementos nutricionales tienen un costo mayor al de la dieta habitual y no la reemplazan, en pacientes en quienes no presenten riesgo de desnutrición o deficiencias específicas en su nutrición, el uso de estos complementos no significa un ahorro a corto o largo plazo dado que no brindan beneficios.
- **Conclusión:** El no uso de complementos nutricionales sería menos costoso que usar complementos nutricionales.

3. Terapia del lenguaje / habla

- La terapia del lenguaje o habla es un procedimiento especializado que significa un incremento en los costos al requerir la contratación de personal de salud específico. Sin embargo, la pérdida del habla o disfunción del lenguaje que genera una alta discapacidad, por lo que la intervención en el lenguaje/habla de forma indirecta involucra un ahorro significativo debido a su efecto en la menor discapacidad generada.
- **Conclusión:** La terapia del lenguaje/habla sería a largo plazo menos costosa que no administrarla.

4. Manejo de la disfagia

- El manejo de la disfagia incluye procedimientos terapéuticos especializados que significan un incremento en los costos al requerir la contratación de personal de salud específico, y un discreto incremento en los costos al modificar la dieta habitual. Sin embargo, a largo plazo significaría un ahorro al mejorar la nutrición del paciente y disminuir su discapacidad.
- **Conclusión:** El manejo de la disfagia sería a largo plazo menos costosa que no administrarla.

5.a. Inicio de la rehabilitación

- La rehabilitación incluye técnicas que habitualmente se administran en los centros hospitalarios, significaría un incremento del costo para garantizar que los pacientes reciban de forma oportuna dichos tratamientos. Sin embargo, administrarla precozmente significaría un ahorro al reducir la discapacidad a largo plazo, en contraparte de administrarla tardíamente, cuando la discapacidad ya está instalada o puedan ocurrir complicaciones por no brindarla.

- **Conclusión:** La rehabilitación podría ser a largo plazo menos costosa que no realizarla.

5.b. Movilización precoz

- La movilización precoz no incluye técnicas especializadas, por lo que no se traduce en un incremento del costo a las terapias habituales, y dado que no hay beneficios tangibles de su uso, tampoco se traduciría en potenciales ahorros.
- **Conclusión:** La movilización precoz no es más costosa que no realizarla.

Dirección y fuerza de la recomendación:

1. Uso de sonda nasogástrica

- **Dirección de la recomendación:** El uso sistemático de la sonda nasogástrica no presenta diferencias en mortalidad o discapacidad en comparación con el uso restrictivo, sin embargo, el uso sistemático de la sonda podría generar mayor uso de recursos, por ello se decidió formular una recomendación **a favor del uso restrictivo de la sonda nasogástrica**.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de la evidencia fue baja, el uso restrictivo no presenta mayores beneficios que el uso sistemático, el uso restrictivo tendría una mayor aceptabilidad y podría ser preferido por los familiares/pacientes, por lo tanto se decidió designarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

2. Complementos nutricionales

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el uso de complementos nutricionales no tiene diferencias en cuanto a mortalidad o discapacidad, además de significar un incremento de costos se decidió formular una recomendación **a favor de no usar complementos nutricionales**.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de evidencia fue baja, la aceptabilidad por parte de los profesionales/médicos es baja, sin embargo, los pacientes/familiares suelen considerar aceptar este tratamiento, por lo que se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

3. Terapia del lenguaje / habla

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la terapia del lenguaje/habla presenta mejorías en la comunicación funcional y en el lenguaje expresivo, lo cual podría reducir la discapacidad, se decidió formular una recomendación **a favor de la terapia del lenguaje/habla**.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de evidencia fue baja, los profesionales/médicos así como los pacientes aceptarían la intervención, la cual sería factible de aplicar, por lo que se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

4. Manejo de la disfagia

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el manejo de la disfagia no tiene diferencias en cuanto a mortalidad, discapacidad o prevenir infecciones pulmonares, pero sí disminuye que la disfagia se prolonge o condicione la aparición de otras complicaciones; además que sí sería aceptable por parte de los profesionales/médicos, aunque podría ser menos factible, y controlarla requiere de intervenciones sencillas del tipo ejercicios, posicionamiento o consejería de alimentación se decidió formular una recomendación **a favor del manejo de la disfagia**.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de evidencia fue baja, sí sería aceptable por parte de los profesionales/médicos y los pacientes/familiares, se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

5.a. Inicio precoz de la rehabilitación

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el inicio precoz (menos de 72 horas) de la rehabilitación mostró tendencias a reducir la discapacidad a los tres meses en comparación con el inicio tardío, aunque ello significaría un incremento de costos; se decidió formular una recomendación **a favor del inicio precoz de la rehabilitación**.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de evidencia fue muy baja, tanto los profesionales/médicos como los pacientes/familiares podrían aceptar esta intervención, la cual es factible, por lo que se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

5.b. Movilización precoz del paciente

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la movilización precoz (menos de 24 horas) del paciente luego del ACV no presenta diferencias en mortalidad o discapacidad, no incrementa costos y es factible, se decidió formular una recomendación **a favor de la movilización precoz del paciente luego del ACV**.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de evidencia fue baja, los profesionales/médicos podrían aceptar esta intervención, sin embargo los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo, por lo que se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

Planteamiento de puntos de Buena Práctica Clínica:

- El GEG-Local consideró importante mencionar que se debe asegurar un adecuado aporte calórico dentro de la primera semana del ACV y evaluar la deglución antes que el paciente empiece a comer, beber o recibir medicamentos orales. La evaluación debe incluir la valoración del nivel de conciencia, la comprensión y ejecución de órdenes motoras, la ausencia de impedimentos motores orales, y la capacidad de deglutir líquidos de forma segura, para lo cual se podría usar algún test validado como el del vaso de agua, de la auscultación cervical u otros (148); y si a pesar que dicha evaluación no solucione las sospechas de una inadecuada deglución, se puede solicitar evaluaciones instrumentales como evaluación endoscópica, videofluoroscopia, u otro que se

encuentre disponible. En los casos que haya dificultades o impedimentos para una deglución segura, se debe utilizar sonda nasogástrica dentro de los primeros siete días, sin que la evaluación de la deglución retrase el inicio de la dieta, sin embargo, el uso de la sonda debe de ser para soporte nutricional a corto plazo (2 a 3 semanas), en pacientes en quienes se prevé que no lograrán una adecuada deglución dentro de dicho plazo, se debe considerar la nutrición a través de sondas colocadas por gastrostomía percutánea. Este conjunto de recomendaciones se basan en las recomendaciones dadas por las GPC para “recuperación y rehabilitación en ACV del adulto” de la “American Heart Association/American Stroke Association”, 2016 (136) y en Latinoamérica la guía colombiana para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ACV, 2015(143).

- El GEG-Local consideró importante mencionar que como se establece en la guía colombiana 2015(143), se puede considerar el uso de complementos nutricionales en pacientes que están desnutridos o en riesgo de nutrición, con el fin de disminuir la progresión de esta.
- El GEG-Local consideró que como se incluye en la guía de la ASA/AHA 2016, para poder tener un soporte adicional en las terapias del lenguaje/habla, se recomienda la capacitación del cuidador como parte de las sesiones de terapia.
- El GEG-Local consideró importante mencionar que como se establece en la guía AHA/ASA 2016 y la guía colombiana 2015, se prefieren las intervenciones conductuales como terapias indicadas para el manejo de la disfagia, estas incluyen una serie de técnicas directas como los ejercicios de deglución, cambios en el posicionamiento del paciente para recibir la alimentación, consejos de deglución segura o indirectas con las modificaciones dietéticas apropiadas.
- El GEG-Local consideró importante mencionar que como se establece en la guía AHA/ASA 2018, guía colombiana 2015, se recomienda la rehabilitación temprana en casa para los pacientes con ACV que pueda recibir atención médica de forma ambulatoria, esto para ayudar a evitar infecciones nosocomiales en pacientes estables y facilitar su reinserción en actividades de vida diaria.

Recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas:

Alimentación y uso de sonda nasogástrica

Recomendación:
En pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura, se sugiere garantizar la alimentación a través del uso de SNG. (Recomendación condicional a favor, calidad de evidencia: baja)
En pacientes con ACVi no se sugiere el uso sistemático (en todos los pacientes) de sonda nasogástrica para garantizar la alimentación. (Recomendación condicional en contra, calidad de evidencia: baja)
Puntos de buena práctica clínica:
- <i>En pacientes con ACVi se debe realizar una evaluación de la deglución antes de iniciar dieta por vía oral. La evaluación debe incluir la valoración del nivel de conciencia, la comprensión y ejecución de órdenes motoras, la ausencia de impedimentos motores orales, y la capacidad de deglutir líquidos</i>

<p><i>de forma segura. Podría usarse algún protocolo de tamizaje como el test del vaso de agua, la auscultación cervical u otros validados para este propósito.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>En pacientes con ACVi iniciar la alimentación enteral temprana con el objetivo de mantener un adecuado aporte calórico.</i> - <i>En pacientes con ACVi donde persista la sospecha de una inadecuada deglución, se puede solicitar evaluaciones instrumentales como evaluación endoscópica, videofluoroscopia, u otro que se encuentre disponible.</i> - <i>En pacientes con ACVi la valoración de la seguridad de la deglución no debe retrasar el inicio de la dieta por otros medios.</i> - <i>En pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura utilizar la alimentación por SNG para el soporte nutricional a corto plazo (2-3 semanas). En pacientes en quienes se prevé que no lograrán una adecuada deglución dentro de 3 semanas, considerar la nutrición a través de sondas colocadas por gastrostomía percutánea.</i>
--

Complementos nutricionales

Recomendación:
En pacientes con ACVi no se sugiere agregar complementos nutricionales en la fase aguda con ACV. (Recomendación condicional en contra, calidad de evidencia: baja)
Puntos de buena práctica clínica:
- <i>En pacientes con ACVi que se encuentran desnutridos o en riesgo de desnutrición podría indicarse los complementos dietéticos disponibles.</i>

Terapia del lenguaje / habla

Recomendación:
En pacientes con ACVi con afasia o trastornos del habla se sugiere realizar terapia del lenguaje/habla tan pronto sea posible. (Recomendación condicional a favor, calidad de evidencia: baja)
Puntos de buena práctica clínica:
- <i>Las terapia del lenguaje/habla deben incluir la capacitación del cuidador.</i>

Manejo de la disfagia

Recomendación:
En pacientes con ACVi con disfagia se sugiere realizar intervenciones terapéuticas en la fase aguda (24 y 48 horas de producido el evento). (Recomendación condicional a favor, calidad de evidencia: baja)
Puntos de buena práctica clínica:

- *Estas intervenciones terapéuticas incluyen una serie de técnicas directas como los ejercicios de deglución, posicionamiento vertical para la alimentación, consejos de deglución segura o indirectas como las modificaciones dietéticas apropiadas (dieta blanda).*

Inicio de la rehabilitación

Recomendación:

Los pacientes con ACVi que presenten algún grado de discapacidad se sugiere incluirlos en programas de rehabilitación física. Se sugiere iniciar la rehabilitación física dentro de las 72 horas y la movilización del paciente dentro de las 24 horas tomando en cuenta la condición y el estado hemodinámico del paciente. **(Recomendación condicional a favor, calidad de evidencia: baja)**

Puntos de buena práctica clínica:

- *En pacientes con ACVi que presenten algún grado de discapacidad iniciar la rehabilitación temprana en casa para aquellos que puedan recibir atención médica de forma ambulatoria.*