

Dr. Marina Charalambous y Dr. Rosemary Martino

Las listas de verificación de disfagia y afasia se han desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a identificar problemas de deglución y comunicación en pacientes después de un ictus/ACV (Stroke) y proporcionar un marco básico en sus enfoques de manejo. Estas listas están destinadas a ser utilizadas por miembros del equipo de atención médica (profesionales médicos o aliados del equipo de alud) en el entorno agudo / hospitalario. La sección de referencia contiene recomendaciones específicas y accionables sobre prácticas seguras para alimentar y estrategias comunicativas de respaldo que pueden adaptarse para su uso en entornos con recursos limitados.

Detección de disfagia

TODOS los pacientes con ictus/ACV, posible ictus/ACV o AIT deben ser evaluados con un examen de deglución

- Antes de cualquier ingesta oral, incluidos medicamentos, alimentos y líquidos.
- Tan pronto como el paciente esté despierto y alerta y preferiblemente dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.
- Por un profesional debidamente capacitado utilizando una herramienta de detección validada (Apéndice 1).
- Los pacientes permanecerán nada vía oral (NVO) hasta que se complete y apruebe la evaluación.

Para los pacientes que APRUEBAN el examen inicial de deglución,

- Emplear prácticas seguras para alimentar (Apéndice 2).
- Observar / ayudar durante las primeras tres comidas. Monitorear signos y síntomas de dificultades para tragar (Apéndice 3).
- Proporcionar cuidado bucal según sea necesario (Apéndice 4).

Para los pacientes que FALLAN en el examen inicial de deglución,

- Los pacientes permanecerán NVO. Considere colocar señales de NVO en la cabecera.
 - Evaluar el estado de hidratación y considerar fluidos intravenosos si está justificado.
 - Revisar medicamentos y considerar rutas alternativas para su administración.
 - Mantener el cuidado bucal (Apéndice 4).

- Remitir al terapista del habla-lenguaje/fonoaudiólogo u otros especialistas capacitados en disfagia según corresponda para una evaluación adicional de la deglución.
- Repetir el examen de deglución si la condición del paciente cambia significativamente mientras espera la evaluación.

Evaluación de la disfagia

- Los pacientes que no aprobaron el examen inicial de deglución deben permanecer NVO y requerirán una evaluación clínica más detallada de la deglución.
- Los pacientes considerados con alto riesgo de disfagia orofaríngea o protección deficiente de las vías respiratorias deben considerarse para evaluaciones instrumentales adicionales, incluido el estudio de deglución video fluoroscópico (VSS, VFSS) o el examen endoscópico fibro-óptico de la deglución (FEES) para guiar el manejo posterior.

Manejo y educación de la disfagia

- Desarrollar un plan de manejo individualizado para abordar la terapia para la disfagia, las necesidades nutricionales y los planes nutricionales especializados. Considerar lo siguiente:
 - La terapia restaurativa puede incluir resistencia lingual, retención de la respiración y deglución esforzada.
 - Las técnicas compensatorias pueden abordar la postura, la entrada sensorial con bolo, el control volitivo y la modificación de textura.
 - Participación del dietista/nutricionista para apoyar las necesidades nutricionales / de hidratación por vía oral o a través de vías de alimentación enteral.
- Siempre que sea posible, se debe permitir y alentar a los pacientes a alimentarse por sí mismos para reducir el riesgo de neumonía por aspiración.
- Los pacientes deben recibir un excelente cuidado bucal y ser educados en la necesidad de una buena higiene bucal para reducir aún más el riesgo de neumonía (Apéndice 4).
- Los pacientes, las familias y los cuidadores deben recibir educación sobre la deglución, prevención de aspiraciones y recomendaciones sobre alimentación (considerar estrategias como enseñanza a través de la comunicación, y confirmar si se entiende lo que se está explicando).
- Los pacientes que reciben dietas con texturas modificadas o alimentación enteral deben ser reevaluados regularmente, especialmente en las primeras semanas después del ictus/ACV y en intervalos de 2-3 meses durante el primer año. La gravedad del deterioro de la deglución y la tasa de mejora pueden alterar el cronograma de reevaluación.

Referencias

- Sherman, V, Greco, E, Thorpe K, Martino, R. *The benefit of dysphagia screening in adult patients with stroke: A meta-analysis*. *Journal of the American Heart Association*. 2021; 10: e018753. DOI: 10.1161/JAHA.120.018753.
- Teasell, R, Salbach, NM, Foley, N, Mountain, A, Cameron, JI, Jong, A, Acerra, NE, Bastasi, D, Carter, SL, Fung, J, Halabi, ML, Iruthayarakah, J, Harris, J, Kim, E, Noland, A, Pooyania, S, Rochette, A, Stack, BD, Symcox, E, Timpson, D, Varghese, S, Verrilli, S, Gubitz, G, Casaubon, LK, Dowlatshahi, D, Lindsay, MP. *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke*; 6th Edition Update 2019. *International Journal of Stroke*. 2020; 15: 763–788. DOI: 10.1177/1747493019897843.
- Moscrip, D. (2012) *A Step-by-step Approach: Implementing Best Practice Guidelines for Dysphagia TOR-BSST© Dysphagia Screening*. Barrie, ON: Central East Stroke Network.

Apéndice

1- Herramientas de búsqueda de disfagia

NOMBRE DE LA HERRAMIENTA	REFERENCIAS
"Any Two"	Daniels SK, McAdam C, Brailey K, et al. Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. Am J Speech Lang Pathol 1997;6:17-24
Función de manos libres (Hands free feature)	Trapl M, Enderle P, Nowotny M, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007;38:2948-52
The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST)	Martino R, Silver F, Teasell R, et al. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. Stroke 2009;40:555-61.
Examen de disfagia por ictus/ACV	Edmiston J, Connor LT, Loehr L, et al. Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. Am J Crit Care 2010;19:357-64.
Examen de disfagia para médicos de emergencias	Turner-Lawrence DE, Peebles M, Price MF, et al. A feasibility study of the sensitivity of emergency physician Dysphagia screening in acute stroke patients. Ann Emerg Med 2009;54:344-8, 348.
Modified Mann Assessment of Swallowing Ability (MMASA)	Antonios N, Carnaby-Mann G, Crary M, et al. Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the modified Mann Assessment of Swallowing Ability. J Stroke Cerebrovasc Dis 2010;19:49-57
MetroHealth Dysphagia Screen	Schrock JW, Bernstein J, Glasenapp M, et al. A novel emergency department dysphagia screen for patients presenting with acute stroke. Acad Emerg Med 2011;18:584-89.

2- Prácticas seguras de alimentación

Fomente la auto-alimentación cuando sea posible. Si no es posible, proporcione soporte mano a mano desde una posición a nivel de los ojos. Si se necesita asistencia completa para alimentarse, proporcione estrategias de alimentación de bajo riesgo, como sigue:

- Asegure un ambiente tranquilo y minimice las distracciones.
- Verifique que se haya proporcionado el tipo de dieta correcto.
- Asegúrese de que el paciente esté sentado en posición vertical con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante. Use almohadas para apoyar según sea necesario. Cuando sea posible, es preferible sentarse en una silla de ruedas o silla durante las comidas.
- Realice cuidado bucal antes de cada comida.
- Alimente desde una posición sentada a nivel de los ojos.
- Use cucharas de metal. No use plástico para alimentar a personas con reflejo de mordida.
- Presente un máximo de 1 cucharadita por bocado.
- Use una tasa lenta de presentación del alimento.
- Permita tiempo suficiente entre cada bocado de comida.
- Coloque la comida en el lado más fuerte. Fomente dos o más tragos por bocado.
- Alterne líquidos y sólidos, pero nunca los combine en el mismo bocado.
- Coloque líquidos en una taza ancha, vaso o en otro tipo de taza que evite que la cabeza se flexione hacia atrás y reduzca el riesgo de aspiración. Algunas personas pueden beneficiarse al beber con un sorbete.
- Reduzca o elimine el habla por parte del paciente durante la ingesta oral, pero permita hablar entre bocados.
- Pregunte a los pacientes en qué orden deben presentarse los alimentos / líquidos.
- Informe a los pacientes qué alimentos / líquidos se están presentando.
- Proporcione señales visuales o verbales para abrir la boca, masticar y tragar.
- Verifique si hay acumulación en la boca y residuos después de alimentarse.
- Observe si hay algún signo o síntoma o problemas al tragar durante y 30 minutos después de cada comida. Interrumpa la alimentación si se observan dificultades.
- Realice el cuidado bucal después de cada comida.
- Posicione al paciente cómodamente erguido durante al menos 30 minutos después de cada comida.

3- Signos y síntomas de dificultad para tragar

- Comer lento y con esfuerzo.
- Incapacidad para tomar comida de una cuchara limpiamente o beber de una taza sin derramar.
- Debilidad facial. Incapacidad para cerrar los labios firmemente.
- Reducción en la producción de saliva: apariencia seca en la boca; dificultad al comer alimentos secos.
- Pobre sensación del gusto: quejas sobre el sabor de la comida; rechazo a comer.
- Reducción en la capacidad para masticar alimentos sólidos.
- Acumulación de comida en los espacios entre las encías y las mejillas.
- Dificultad para mover la comida en la boca: bombeo de la lengua para iniciar la deglución o la comida se queda al frente de la boca.
- Comida o bebida saliendo por la nariz.
- Secreciones excesivas, babeo: incapacidad para tragar secreciones causando apariencia de exceso de saliva.
- Reportes de sensación de atoramiento en la garganta.
- Aclaramiento de garganta, tos, ahogo al comer o beber.
- Tos débil al comer o beber.
- Cambios en la calidad de voz: sonidos húmedos, gorgoteantes o roncos al comer o beber.

4- Procedimientos de cuidado oral

- Quitar, limpiar y guardar las dentaduras postizas en agua limpia.
- Cada mañana y antes de acostarse, limpiar la boca con cepillo de dientes y pasta dental.
- Si es posible, usar un cepillo de dientes con succión y pasta dental de baja espuma para personas que no pueden escupir o manejar líquidos sin aspiración.
- Limpiar la cavidad oral con un antiséptico sin alcohol.
- Realizar el cuidado bucal antes de cada comida para eliminar bacterias. Si se usa enjuague bucal antibacteriano, esperar 20 minutos después del cuidado bucal antes de alimentar. Alternativamente, usar agua o solución salina.
- Realizar el cuidado bucal después de cada comida para eliminar cualquier residuo de comida. Usar un enjuague bucal para personas sin dientes.
- Usar un humectante oral después del cuidado bucal si el paciente está NVO o tiene la boca seca.
- Si hay disfagia severa, usar únicamente agua como humectante.

Referencias

- Heart and Stroke Foundation of Ontario. Improving recognition and management of dysphagia in acute stroke. Toronto, ON: Heart and Stroke Foundation of Ontario. 2002.*
- Martino, R, Knutson, P, Mascitelli, A, & Powell-Vinden, B. Management of dysphagia in acute stroke: An educational manual for the dysphagia screening professional. Toronto, ON: Heart and Stroke Foundation of Ontario. 2006.*

Lista de Verificación de Afasia Post-ictus/ACV

Dr. Marina Charalambous y Dr. Rosemary Martino

Evaluación de la Comunicación

TODOS los pacientes con ictus/ACV deben ser evaluados para detectar trastornos de la comunicación/afasia

- Lo antes posible e, idealmente, dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.
- Por un profesional debidamente capacitado utilizando una herramienta de evaluación validada (Apéndice 1).

Los pacientes con sospecha de déficit en la comunicación deben ser remitidos a un fonoaudiólogo/terapista del habla y el lenguaje para su evaluación en las siguientes áreas utilizando métodos válidos y confiables:

- Comprensión.
- Producción verbal.
- Lectura y escritura.
- Habla/Voz.
- Comunicaciones cognitivas.

Manejo y Educación de la Afasia

- Los pacientes con afasia deben tener acceso temprano a una combinación de terapia intensiva del habla y el lenguaje y terapia de la comunicación según sus necesidades, objetivos y gravedad del deterioro. .
- Los tratamientos para mejorar la comunicación funcional pueden incluir terapia del lenguaje centrada en:
 - Producción y/o comprensión de palabras, oraciones y discurso (incluyendo lectura y escritura);
 - Tratamiento conversacional;
 - Terapia del lenguaje inducida por restricciones;
 - Uso de estrategias no verbales, dispositivos de ayuda y tecnología (por ejemplo, iPads, tablets, otras terapias guiadas por computadora) para mejorar la comunicación;
 - Uso de terapia del lenguaje computarizada para mejorar los beneficios de otras terapias.

- Los pacientes adecuados deben ser evaluados para determinar el potencial beneficio del uso de comunicación aumentativa alternativa (por ejemplo, iPad, tablets, dispositivos electrónicos, tablero del alfabeto) u otras herramientas de apoyo a la comunicación.
- El tratamiento para la afasia puede incluir terapia grupal y grupos de conversación.
- Las familias y cuidadores deben participar en todo el proceso desde la evaluación hasta la intervención.
- La familia y los cuidadores deben recibir educación sobre la afasia y capacitación en el uso de estrategias de comunicación adaptadas (Apéndice 2).
- Toda la información destinada para el uso del paciente debe estar disponible en formatos amigables para la afasia.

Referencias

Teasell, R, Salbach, NM, Foley, N, Mountain, A, Cameron, JI, Jong, A, Acerra, NE, Bastasi, D, Carter, SL, Fung, J, Halabi, ML, Iruthayaratnajah, J, Harris, J, Kim, E, Noland, A, Pooyania, S, Rochette, A, Stack, BD, Symcox, E, Timpson, D, Varghese, S, Verrilli, S, Gubitz, G, Casaubon, LK, Dowlatshahi, D, Lindsay, MP. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. International Journal of Stroke. 2020; 15: 763–788. DOI: 10.1177/1747493019897843.

Apéndice

1- Herramientas de Detección y Evaluación de Afasia

NOMBRE DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN	REFERENCIAS
Protocolo de Detección de Afasia Aguda	Crary MA, Haak NJ, Malinsky AE. Preliminary psychometric evaluation of an acute aphasia screening protocol. <i>Aphasiology</i> 1989;3:611–618
Índice de Efectividad Comunicativa	Lomas J, Pickard L, Bester S, Elbard H, Finlayson A, Zoghaib C. The communicative effectiveness index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. <i>Journal of speech and hearing disorders</i> . 1989 Feb;54(1):113-24.
Scenario Test	Van der Meulen, I., van de Sandt-Koenderman, W., Duivenvoorden, H. and Ribbers, G. Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: reliability, validity, and sensitivity to change of the Scenario Test. <i>International Journal of Language & Communication Disorders</i> . 2010; 45(4), 424-435. doi: 10.3109/13682820903111952
Prueba de Detección de Afasia Frenchay	Enderby PM, Wood VA, Wade DT, Langton Hewer R. The Frenchay Aphasia Screening Test: A short, simple test for aphasia appropriate for nonspecialists. <i>International Journal of Rehabilitation Medicine</i> 1987;8:166–170.
Prueba de Detección de Afasia de Mississippi	Nakase-Thompson R, Manning E, Sherer M, Yablon SA, Gontkovsky SLT, Vickery C. Brief assessment of severe language impairments: Initial validation of the Mississippi aphasia screening test. <i>Brain Injury</i> 2005;19:685–691.
Porch Index of Communicative Ability (PICA)	Porch BE. Porch Index of Communicative Ability: Theory and Development. USA: Consulting Psychologists Press; 1971.
Reitan-Indiana Aphasia Screening Examination (ASE)	Reitan RM, Wolfson D. The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation. Tucson, AZ: Neuropsychology Press; 1985.
ScreeLing	Doesborgh SJ, van de Sandt-Koenderman WM, Dippel DW, van Harskamp F, Koudstaal PJ, Visch-Brink EG. Linguistic deficits in the acute phase of stroke. <i>Journal of Neurology</i> 2003;250:977–982.
Prueba de Detección de Afasia Ullevall	Thommessen B, Thoresen GE, Bautz-Holter E, Laake K. Screening by nurses for aphasia in stroke—the Ullevaal Aphasia Screening (UAS) test. <i>Disability and Rehabilitation</i> 1999;21:110–11.
Western Aphasia Battery- Revised Aphasia Quotient (WAB- R AQ)	Kertesz, A. The Western Aphasia Battery- R AQ. New York: Grune & Stratton, Inc. 2006
Stroke and Aphasia Quality of Life (SAQOL-39)	Hilari, K., Byng, S., Lampung, D. L. and Smith, S. C. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. <i>Stroke</i> 2003; 34(8), 1944–1950.

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEL HABLA

Evaluación de Disartria de Frenchay	Enderby PM. Frenchay Dysarthria Assessment. <i>British Journal of Disorders of Communications</i> . 1980; 15(3): 165-173.
-------------------------------------	---

2- Estrategias de Comunicación Con Apoyo

- Reducir distracciones y ruido (por ejemplo, apagar la televisión, cerrar la puerta o moverse a un lugar más tranquilo).
- Mantenerse en un solo tema de conversación. Evitar cambios rápidos en los temas de conversación.
- Corregir cualquier déficit perceptivo. Proporcionar gafas y / o audífonos si es necesario.
- No apresurarse. Ser paciente.
- Reconocer que la persona con afasia entiende mejor de lo que puede mostrar.
- Reconocer cualquier frustración que la persona con afasia pueda estar experimentando.

INFORMACIÓN ENTRANTE	INFORMACIÓN SALIENTE	VERIFICANDO EL MENSAJE
Hable despacio	Proporcione papel y lápiz	Resuma de manera lenta y clara
Use frases cortas y simples	Muestre imágenes para que la persona pueda señalar	Repita el mensaje de la persona
Use una entonación expresiva	Haga preguntas de SÍ/NO o de elección	Amplíe lo que cree que están tratando de decir
Haga gestos y / o señale el objeto	Haga una pregunta a la vez	
Muestre imágenes	Deles tiempo para responder	
Escriba palabras clave	Pídale que gestione, señale o escriba palabras clave	
Observe la expresión facial y los gestos de la persona para determinar su nivel de comprensión.		

Adaptado de Conversación con Apoyo para Adultos con Afasia. Instituto de Afasia.