

Artigo Comentado – AMIB Departamento de Fonoaudiologia

Comentado por: Dra. Janaína Turcato

Etapa 1: Identificação do artigo e dos autores, com link para acesso

Swallowing and Aspiration Risk: A Critical Review of Non-Instrumental Bedside Screening Tests

Virvidaki, I. E., Nasios, G., Kosmidou, M., Giannopoulos, S., & Milionis, H.

Journal of Clinical Neurology, v. 14, n. 3, p. 265-274, 2018.

<https://thejcn.com/DOIx.php?id=10.3988/jcn.2018.14.3.265>

Etapa 2: Apresentação do tema (breve)

A ocorrência da disfagia orofaríngea, nas primeiras 72 horas, pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta elevada incidência -entre 28 a 65% - e quando não detectada precocemente pode ocasionar serias complicações respiratórias, nutricionais e na qualidade de vida dos pacientes (Cohen *et al.*, 2016; Ickenstein *et al.*, 2012).

Estudos mostram a importância da detecção e gerenciamento da disfagia, recomendando a avaliação a beira leito nas primeiras horas após admissão hospitalar e antes de qualquer tipo de oferta por via oral. Porém, não existindo um protocolo de triagem universalmente aceito e validado, e considerando que os métodos de diagnóstico por imagem não estão disponíveis em todos os serviços, este estudo objetivou realizar a revisão de todas as metodologias de triagem a beira leito utilizadas por diferentes profissionais da área da saúde e análise crítica das práticas estabelecidas para avaliação do risco de aspiração pós AVC agudo.

Etapa 3: Desenho do Estudo

Revisão sistemática de literatura com levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados: Medline, Embase e Cochrane entre os anos de 1991 a 2016, com artigos publicados em inglês e textos completos disponíveis na internet. Os autores também realizaram buscas nas referências dos artigos selecionados e em pesquisas *on-line* dos índices no mesmo período. Os descritores utilizados foram: (stroke OR cerebrovascular accident) AND (dysphagia OR swallowing OR aspiration) AND (screening OR assessment). Doze artigos atenderam a todos os critérios de inclusão e a qualidade dos estudos, quanto ao rigor metodológico, foram avaliadas segundo os critérios de avaliação de estudos diagnósticos do *Center for Evidence-Based Medicine* e o *Assessment for Diagnostic Accuracy of Studies-2 (QUADAS-2)* seguindo a recomendação Cochrane.

Os critérios de elegibilidade incluíram pacientes com AVC agudo e a aplicação de um protocolo para a triagem de risco de aspiração durante alimentação por via oral na população estudada.

Etapa 4: Resultados do Estudo

Avaliação do risco de vieses e aplicabilidade, por domínios (QUADAS-2): Nenhum dos artigos selecionados atendeu a todos os critérios: a necessidade de autorização através do consentimento informado e a capacidade de cooperação nos procedimentos de avaliação a beira leito ou instrumental, resultaram em alta porcentagem de exclusão e em viés para pacientes com AVC leve a moderado; falta de detalhes ou clareza suficientes impossibilitando a replicação do estudo, foram algumas das limitações apresentadas nos estudos selecionados.

As avaliações a beira leito incluíram várias informações não relacionadas a deglutição como: histórico clínico, variáveis subjetivas, avaliação do estado mental, déficits de fala e linguagem, avaliação do sistema estomatognático, registros de dessaturação de oxigênio e pontuação em escalas neurológica como Escala de *Glasgow* ou *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*.

Todas as ferramentas utilizaram oferta direta de alimento, como o teste de deglutição de água (WST) e/ou teste de deglutição em bolos (BST) com consistências múltiplas e volumes variados.

Deglutição de saliva: Quatro estudos (42%) realizaram uma avaliação preliminar solicitando a deglutição de saliva antes de iniciar oferta direta de alimento com outras consistências. E um dos estudos usou pequena quantidade de contraste diluído e procurou sinais de aspiração do mesmo em radiografia do tórax.

Avaliação de Líquidos:

- Quatro estudos avaliaram a deglutição com líquido (água) em volumes gradualmente crescentes (variando de 03 ml até chegar a 90ml), considerando a tolerância do paciente a volumes menores. O teste era encerrado caso o paciente apresentasse qualquer sinal de dificuldade de deglutição, aspiração ou comprometimento de qualidade vocal;
- Sete estudos utilizaram um único volume de líquido (água), combinando com outros dados clínicos subjetivos para determinar a integridade da deglutição, aspiração ou risco de disfagia e possibilidade de receber alimentação por via oral no momento da avaliação;
- Um estudo ofertou líquido em canudo em goles únicos;
- Dois estudos ofertaram dieta em diferentes consistências: semissólidos, sólidos e líquidos.

Teste Diagnóstico:

- Todos os artigos concluíram a Triagem a beira leito antes da realização do exame de referência;
- Sete estudos (58%) utilizaram a Videofluoroscopia da Deglutição (VFSS) como teste de referência;
- Três estudos (25%) utilizaram Videoendoscopia da Deglutição como teste de referência;
- Um estudo relatou que a validação subsequente foi realizada por fonoaudiólogo que aplicou o *Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA)* enquanto os resultados da ferramenta *Emergency Physician Screening* foram comparados com os da avaliação da disfagia padronizada, mas não especificada realizada por um fonoaudiólogo especialista;

- Viés de ocultação:

- Onze artigos relataram a ocultação dos resultados clínicos do profissional de saúde que realizou o teste de referência;

- Prazo entre as avaliações:

- Quatro estudos relataram mais de um dia entre o momento da triagem e o exame diagnóstico (variando de alguns dias a várias semanas pós AVC);

- Sensibilidade e Especificidade

As sensibilidades dos procedimentos descritos para a detecção de disfagia variaram de 54,6% a 100%, enquanto suas especificidades exibiram menor variabilidade, variando de 66% a 86,3%. As sensibilidades dos testes para identificação do risco de aspiração variaram de 65,2% a 100%, e suas especificidades variaram de 30% a 84,4%.

- Desfechos utilizados:

- Oito estudos utilizaram a aspiração ou risco de aspiração;
- Um estudo utilizou a disfagia;
- Três estudos usaram medidas de aspiração e disfagia.

Etapa 5: Contextualização no conhecimento atual (discussão perante os dados vigentes na literatura)

A literatura mostra ser consenso, entre os estudos, a importância da detecção precoce da disfagia nos pacientes internados visando a prevenção de pneumonias, desidratação, desnutrição e conseqüente piora da qualidade de vida e risco de morte.

Um caminho, que já está sendo implementado em alguns serviços, é o treinamento da equipe para a aplicação de triagem, objetivando a detecção de riscos de disfagia nas primeiras 24 horas de internação e desta forma acionando o fonoaudiólogo para avaliação completa da deglutição e determinação das medidas adequadas para diminuição dos riscos de broncoaspiração e conseqüente aumento de tempo de internação e despesas hospitalares (Martino *et al.*, 2014).

Dos protocolos encontrados na literatura, a oferta de líquido, em diferentes utensílios e quantidades, foi um ponto comum, mas que ainda não encontrou um consenso sobre qual quantidade testada é suficiente para que se possa afirmar a presença ou não da disfagia (Martino *et al.*, 2014). Ademais somente a oferta do líquido não pode ser considerada de forma individualizada, é preciso que a avaliação contemple outros itens relacionados com a deglutição como o histórico clínico, cognição, avaliação do sistema estomatognático, buscando aumentar a sensibilidade e especificidade dos testes (McCullough *et al.*, 2005; Vogels *et al.*, 2015).

Os protocolos encontrados na literatura mostraram-se bastante heterogêneos, mas indicaram que a avaliação da deglutição a beira leito de forma precoce, realizado por um, desempenha papel fundamental na evolução do paciente.

Etapa 6: Pontos para Discussão

- Qual volume e consistências devem ser ofertadas para garantir uma avaliação segura para o paciente?

- Quais os critérios e parâmetros imprescindíveis para serem considerados durante a avaliação a beira leito e que contemple as necessidades dos profissionais na tomada de decisão sobre liberação ou não da alimentação por via oral?

Etapa 7: Artigos de Interesse (referências da discussão)

1. Antonios N, Carnaby-Mann G, Crary M, Miller L, Hubbard H, Hood K, 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.

2. Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Bath, P. C. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11, 399–411.

3. Etges, Camila Lucia et al. Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. In: CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2014. p. 343-349.

4. Ickenstein GW, Höhlig C, Prosiegel M, Koch H, Dziewas R, Bodechtel U, et al. Prediction of outcome in neurogenic oropharyngeal dysphagia within 72 hours of acute stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012; 21:569–576.

5. Kwon, Shinyoung et al. “Assessment of Aspiration Risk Using the Mann Assessment of Swallowing Ability in Brain-Injured Patients with Cognitive Impairment.” *Frontiers in neurology* vol. 10 1264. 3 Dec. 2019, doi:10.3389/fneur.2019.01264

6. Logemann JA, Veis S, Colangelo L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*. 1999;14(1):44-51.

7. McCullough GH, Rosenbek JC, Wertz RT, McCoy S, Mann G, McCullough K. Utility of clinical swallowing examination measures for detecting aspiration post-stroke. *J Speech Lang Hear Res* 2005; 48:1280–1293.

8. Martino, Rosemary, Ellen Maki, and Nicholas Diamant. "Identification of dysphagia using the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©): are 10 teaspoons of water necessary?." *International journal of speech-language pathology* 16.3 (2014): 193-198..
9. Vogels, Brittany, Jade Cartwright, and Naomi Cocks. "The bedside assessment practices of speech-language pathologists in adult dysphagia." *International journal of speech-language pathology* 17.4 (2015): 390-400.