

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**

Janaína Aparecida de Oliveira

**AVALIAÇÃO DE PACIENTES APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL QUE
FORAM SUBMETIDOS ÀS RECOMENDAÇÕES PRECONIZADAS PELA
GUGGING SWALLOWING SCREEN**

Belo Horizonte
2022

JANAÍNA APARECIDA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DE PACIENTES APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL QUE
FORAM SUBMETIDOS ÀS RECOMENDAÇÕES PRECONIZADAS PELA
GUGGING SWALLOWING SCREEN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca examinadora como requisito para obtenção de título de bacharel em Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Mansueto Mourão

Belo Horizonte

2022

Resumo expandido de 500 palavras

Introdução: Estudos brasileiros apontam que a estimativa de disfagia orofaríngea em pacientes após acidente vascular cerebral (AVC) é de 59 a 76%, destacando assim a importância da triagem de disfagia. A qual deve ser multiprofissional, rápida, e capaz de definir se o paciente foi passa ou falha. Contudo, nenhum protocolo para pacientes após AVC alcançou consenso na ciência. Uma equipe multidisciplinar de uma Unidade de AVC (U-AVC), apresentou a intenção de implementar a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) ao serviço. **Objetivo:** Avaliar a função de deglutição de pacientes após AVC que foram submetidos às recomendações preconizadas pela GUSS. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional envolvendo uma amostra não probabilística de 50 pacientes internados em uma U-AVC credenciada pelo Ministério da Saúde como tipo III, quanto aos dados sociodemográficos e clínicos, incluindo sexo, idade, localização e extensão da lesão, comprometimento neurológico pela *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Duas fonoaudiólogas especialistas em disfagia investigaram a deglutição de forma independente, sendo uma responsável pela GUSS e outra pela avaliação clínica especializada (protocolo institucional) e classificação da Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS). No primeiro momento foi aplicado a GUSS que consiste em duas etapas, sendo a primeira a avaliação indireta da deglutição, em que foi avaliado vigília; tosse voluntária e/ou pigarro; e deglutição de saliva. Já a avaliação direta foi realizada de forma sequenciada com alimentos nas consistências semissólida, líquida e sólida. No horário seguinte destinado a refeição do mesmo dia, a avaliação clínica especializada realizada com o protocolo institucional, que consistiu na avaliação clínica a beira leito dos seguintes aspectos: comunicação; condições dos órgãos fonoarticulatórios; mímica facial; respiração;

articulação; inteligibilidade de fala; ressonância; fonação; prosódia; reflexos orais; condições de alimentação e, a avaliação da deglutição propriamente dita de saliva e nas consistências semissólida, líquida e/ou sólida. Com base nos pressupostos teóricos já utilizados na literatura foram definidos os parâmetros de normalidade e a classificação do nível funcional da ingestão oral. Os pacientes foram avaliados em dois momentos: em até 24 horas após admissão e 72 horas de internação.

Resultados: Foi possível identificar um maior acometimento do AVC em homens idosos jovens, majoritariamente acometidos por AVC de circulação anterior parcial e com comprometimento neurológico moderado conforme a escala NIHSS. A avaliação clínica especializada identificou maior frequência de risco de disfagia: (62,0%) em até 24 horas e (30,0%) em 72 horas de internação. No GUSS, 12% dos pacientes com risco moderado de disfagia não foram identificados. A sensibilidade da GUSS foi 81,8% (24 horas) e 50,0% (72 horas) no grupo NIHSS 0–4; e 33,3% (24 e 72 horas) no NIHSS 5-9, e 100% no NIHSS ≥ 15 . **Conclusão:** A GUSS não foi segura para liberação de dieta oral para pacientes após AVC, apresentando resultados normais para pacientes avaliados como disfágicos. Assim, diante do exposto, a equipe multidisciplinar da U-AVC fez a tomada de decisão de não implementar a GUSS como rotina no serviço.

Referência

1. Pacheco-Castilho AC, Vanin GM, Dantas RO et al. Dysphagia and Associated Pneumonia in Stroke Patients from Brazil: A Systematic Review. *Dysphagia*.2019;34(4): 499–520.
2. 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;10;11(2):e0148424.1. doi: 10.1371/journal.pone.0148424.
3. Bray BD, Smith CJ, Cloud GC, Enderby P, James M, Paley L, et al. The association between delays in screening for and assessing dysphagia after acute stroke, and the risk of stroke-associated pneumonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017;88(1):25-30. doi: 10.1136/jnnp-2016-313356.
4. Perry SE, Miles A, Fink JN, Huckabee ML. (2019). The Dysphagia in Stroke Protocol Reduces Aspiration Pneumonia in Patients with Dysphagia Following Acute Stroke: a Clinical Audit. *Transl. Stroke Res*. 2019;10(1):36-43. doi: 10.1007/s12975-018-0625-z.
5. Eltringham SA, Kilner K, Gee M, Sage K, Bray BD, Pownall S, Smith CJ. Impact of Dysphagia Assessment and Management on Risk of Stroke-Associated Pneumonia: A Systematic Review. *Cerebrovasc Dis* 2018;46(3-4):97-105.
6. ASHA:American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2022. Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology.[cited 2 dez 2014]; Available from: <http://www.asha.org/policy/PP2004-00191/>
7. Ansari NN, Tarameshu M, Ghelichi L. Dysphagia In Multiple Sclerosis Patients: Diagnostic And Evaluation Strategies. *Degenerative Neurological and Neuromuscular Disease*. 2020;26(10):15-28.

8. Benfield JK, Lisa FE, Philip MB, Timothy JE. Accuracy and Clinical Utility of Comprehensive Dysphagia Screening Assessments in Acute Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29(9-10) 1527-1538.
9. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J*. 2021;6(3):LXXXIX-CXV.
10. Boaden E, Burnell J, Hives L, Dey P, Clegg A, Lyons MW, et al. Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;18;10(10):CD012679.
11. 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.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispões sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 12 de abr. 2012.
13. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8.
14. Pittock SJ, Meldrum D, Hardiman O, Thornton J, Brennan P, Moroney JT. The Oxfordshire Community Stroke Project Classification: correlation with imaging, associated complications, and prediction of outcome in acute ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2003; 12(1):1-7.

15. Puetz V, Dzialowski I, Hill MD, Demchuk AM. The Alberta Stroke Program Early CT Score in clinical practice: what have we learned? *Int J Stroke*. 2009; 4(5):354-64.
16. Cincura C, Pontes-Neto OM, Neville IS, Mendes HF, Menezes DF, Mariano DC, et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. *Cerebrovascular diseases*. 2009; 27(2):119-22.
17. Ferreira MAS, Pierdevara L, Ventura IM, Gracias AMB, Marques JMF, Maria Reis GM. The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem*. 2018;16(4):85-93.
18. Hanson B, Jamshidi R, Redfearn A, Begley R, Steele CA. Experimental and Computational Investigation of the IDDSI Flow Test of Liquids Used in Dysphagia Management.. *Annals of Biomedical Engineering*. 2019;47(11): 2296-307.
19. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(8):1516-20.
20. Padovani AR, Moraes DM, LD Mangili, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico De Avaliação Do Risco Para Disfagia (PARD). *Revista Da Sociedade Brasileira De Fonoaudiologia*. 2007;12(3): 199-205.
21. Virvidaki, IE, Nasios G, Kosmidou M, Giannopoulos S, Milionis H. Swallowing and Aspiration Risk: A Critical Review of Non Instrumental Bedside Screening Tests. *Journal of Clinical Neurology*. 2018;14(3): 265-74.
22. Eltringham SA, Kilner K, Gee M, Sage M, Bray BD, Pownall S, Smith CJ. Impact of Dysphagia Assessment and Management on Risk of Stroke-Associated Pneumonia: A Systematic Review. *Cerebrovascular Diseases*. 2018;46(3-4): 99-107.

23. Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, Casado V, Clavé P. Prevalence, Risk Factors and Complications of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke Patients: A Cohort Study. *Neurogastroenterology and Motility*. 2018;30(8): E13338-N/a.

24. Schwarz M, Coccetti A, Murdoch A, Cardell E. The Impact of Aspiration Pneumonia and Nasogastric Feeding on Clinical Outcomes in Stroke Patients: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1-2):E235-241.

25. Benfield JK, Everton LF, Bath PM, England TJ. Accuracy and Clinical Utility of Comprehensive Dysphagia Screening Assessments in Acute Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(9-10);1527-538.

26. Lima, MSD, Sassi FC, Medeiros GC, Jayanthi SK, Andrade CF. Diagnostic precision for bronchopulmonary aspiration in a heterogeneous population. *CoDAS*. 2020;32 (5) (2020):32 (5) e20190166.

27. Warnecke T, Im S, Kaiser C, Hamacher C, Oelenberg S, Dziewas R. Aspiration and dysphagia screening in acute stroke - the Gugging Swallowing Screen revisited. *Eur J Neurol*. 2017;24(4):594-601.

28. Mihindu E, Mohammed A, Smith T, Brinster C, Sternbergh WC, Bazan HA. Patients with Moderate to Severe Strokes (NIHSS Score >10) Undergoing Urgent Carotid Interventions within 48 hours Have Worse Functional Outcomes. *Journal of Vascular Surgery*. 2019; 69(5): 1471-481.

29. Almeida TM, Cola PC, Cola PC, Pernambuco LA, Junior HVM, Magnoni CD, Silva RG. Screening tool for oropharyngeal dysphagia in stroke - Part I: evidence on validity based on the content and response processes. *CoDAS*. 2017;29(4); e20170009.

30. Inaoka C, Albuquerque C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. Rev. CEFAC.2014;16(1): 187- 196.