

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA DISFAGIA POST-STROKE

Manual de Protocolo Clínico y Lista de Verificación en Etapa Aguda - Guía AHA/ASA 2026

La disfagia neurogénica es una de las complicaciones más frecuentes y potencialmente devastadoras del accidente cerebrovascular isquémico agudo (AIS). Su presencia se asocia de forma independiente con un incremento crítico en el riesgo de aspiración, neumonía intrahospitalaria, desnutrición aguda y un aumento sustancial de la morbilidad a corto y mediano plazo. Casi la mitad de los supervivientes a los 6 meses de un ictus presentan algún grado de dependencia, y la prevención de lesiones pulmonares secundarias mediante un cribado sistemático de la deglución es un pilar esencial del soporte general en la Unidad de Ictus.

¡DIRECTRIZ CRÍTICA DE SEGURIDAD (COR 1, LOE C-EO): Es obligatorio realizar un cribado formal de la deglución en la cama del paciente antes de iniciar cualquier tipo de ingesta oral (alimentos, líquidos o fármacos por vía oral). Mantener al paciente estrictamente en ayunas (NPO) hasta que complete y apruebe la evaluación deglutoria.

1. ESPECTRO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS

La parálisis o descoordinación de los músculos de la orofaringe tras un infarto cerebral agudo desencadena las siguientes complicaciones sistémicas graves:

- **Aspiración Silente:** El paso de alimento o secreciones a la vía aérea por debajo de las cuerdas vocales sin desencadenar reflejo de tos protector. Ocurre con frecuencia en pacientes con bajo nivel de conciencia o déficits sensitivos faríngeos.
- **Neumonía Asociada al Ictus (SAP):** Infección pulmonar grave provocada por la aspiración de contenido gástrico, alimentos o patógenos de la cavidad oral. Es una de las causas líderes de muerte evitable en la fase aguda.
- **Desnutrición y Deshidratación Aguda:** La incapacidad de deglutir de forma segura limita drásticamente la ingesta calórica y de volumen hídrico, exacerbando el catabolismo del paciente crítico y empeorando los resultados funcionales a los 3 meses.
- **Disfagia Intubación/Tracheotomía Dependiente:** En pacientes con ictus graves que requirieron soporte ventilatorio o traqueotomía, la presencia de disfagia neurogénica prolonga el tiempo de ventilación, retrasa el destete del respirador e impide la decanulación traqueal segura.

2. MÉTODOS DE CRIBADO Y DIAGNÓSTICO EN ETAPA AGUDA

El abordaje diagnóstico debe ser jerarquizado y protocolizado, comenzando por pruebas rápidas en la cama del paciente y avanzando a estudios instrumentales avanzados ante sospecha de alteración estructural o fracaso.

A. Cribado Clínico en la Cama (Bedside Swallow Screening)

Debe realizarse de forma inmediata al ingreso por personal de enfermería capacitado o patólogos del habla (logopedas/terapeutas del lenguaje). *La Guía AHA/ASA 2026 destaca que, aunque los ensayos clínicos no demuestran que el cribado prevenga de forma absoluta la aspiración, la lógica intrínseca y la evidencia observacional sólida respaldan que reduce drásticamente las tasas de neumonía nosocomial (COR 1, LOE C-EO; COR 2a, LOE C-LD para logopedas).* Los métodos de tamisaje más comúnmente validados incluyen:

- **Test de Deglución de Agua de 3 Onzas (3-Oz Water Swallow Test):** El paciente debe beber 90 mL de agua de un vaso de forma continua. Se considera fallo si presenta tos, carraspeo, disfonía o voz húmeda durante o un minuto después del test.
- **GUSS (Gugging Swallowing Screen):** Escala que evalúa de forma secuencial la deglución indirecta (saliva, tos voluntaria) e ingesta directa de consistencias semisólidas, líquidas y sólidas.
- **TOR-BSST (Toronto Bedside Swallowing Screening Tool):** Programa estandarizado que asocia evaluación de simetría de pares craneales bulbares y deglución de agua.

B. Evaluación Instrumental Avanzada

Indicada en pacientes con alto riesgo de aspiración, aquellos que fallaron el cribado inicial o en quienes la gravedad de las secuelas impide cooperar en las pruebas clínicas iniciales (COR 2a, LOE B-NR):

- **FEES (Evaluación Endoscópica de la Deglución):** Permite visualizar de forma directa mediante laringoscopia transnasal flexible la anatomía laringofaríngea, la acumulación de saliva, el aclaramiento del bolo y la presencia de aspiración pre y post-deglución.
- **VFSS (Videofluoroscopia de la Deglución):** Estudio radiológico dinámico continuo en tiempo real que evalúa todas las fases de la deglución (oral, faríngea y esofágica), cuantificando la penetración/aspiración faríngea y permitiendo testear maniobras compensatorias.

3. LISTA DE VERIFICACIÓN CLÍNICA Y MANEJO INICIAL

A continuación se presenta la lista de comprobación de acciones obligatorias y terapéuticas inmediatas para el manejo inicial de la deglución en la Unidad de Ictus según las guías actualizadas:

Fase / Acción	Conducta Clínica Recomendada	Grado COR / LOE
1. Estado de Ayuno Inmediato	Mantener estrictamente NPO al ingreso. Colocar señal de advertencia visible en la cabecera: 'AYUNO - PENDIENTE EVALUAR DEGLUCIÓN'.	Clase 1 LOE C-EO
2. Cribado a la Cama (Pre-ingesta)	Efectuar test formal (ej. Test de 3 onzas o GUSS) por enfermería entrenada o logopedia antes de dar líquidos, sólidos o medicamentos.	Clase 1 LOE C-EO
3. Evaluación Instrumental	Si falla el cribado o tiene parálisis bulbar, programar FEES o VFSS urgente para mapear la severidad y definir consistencias seguras.	Clase 2a LOE B-NR
4. Estimulación Eléctrica Faríngea (PES)	En disfagia persistente, iniciar 3 sesiones diarias de PES vía sonda nasogástrica especial para reducir la severidad y el riesgo de aspiración.	Clase 2a LOE B-R
5. Soporte Nutricional Precoz	Iniciar dieta enteral dentro de los primeros 7 días de admisión. Utilizar Sonda Nasogástrica (SNG) como estrategia inicial segura.	Clase 1 LOE B-R (FOOD)
6. Sonda de Gastrostomía (PEG)	Postergar PEG. Usar SNG en las primeras 3 semanas. Reservar PEG solo para disfagia grave persistente confirmada >2-3 semanas.	Clase 2a LOE B-NR (FOOD)
7. Protocolo de Higiene Oral	Establecer cepillado dental y aseo de cavidad oral sistemático dos veces al día para disminuir la carga bacteriana faríngea y prevenir neumonías.	Clase 2b LOE B-NR
8. Des-ventilación y Decanulación	En pacientes traqueotomizados, aplicar PES post-destete del ventilador para restaurar la motilidad laringofaríngea y acelerar la decanulación.	Clase 2a LOE B-R

■ **INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PES):** La estimulación eléctrica faríngea (PES) representa la primera terapia neuro-moduladora activa recomendada por la guía para restaurar la deglución. Se aplica a través de un electrodo intraluminal montado en una sonda nasogástrica estándar durante 3 días consecutivos (10 min/día). Estudios clínicos (PHADER, PHAST-TRAC) demuestran que acelera de forma significativa la decanulación en pacientes críticos traqueotomizados y acorta drásticamente el tiempo de estancia hospitalaria.

Referencias Bibliográficas Oficiales de Soporte de la AHA/ASA:

1. **Prabhakaran S, et al.** 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2026. doi: 10.1161/STR.0000000000000513.
2. **Suntrup-Krueger S, et al. (PHADER Study).** Pharyngeal electrical stimulation for neurogenic dysphagia following stroke: main results from the PHADER cohort study. *EClinicalMedicine*. 2020. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100608.
3. **Dziewas R, et al. (PHAST-TRAC Trial).** Pharyngeal electrical stimulation for early decannulation in tracheotomised patients with neurogenic dysphagia after stroke: a randomised trial. *Lancet Neurol*. 2018. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30255-2.
4. **Dennis M, et al. (FOOD Trial Collaboration).** Effect of timing of enteral feeding in patients admitted to hospital with a recent stroke: the FOOD trial. *Health Technol Assess*. 2006. doi: 10.3310/hta10020.
5. **Sherman V, Greco E, Martino R.** The benefit of dysphagia screening in adult patients with stroke: a meta-analysis. *J Am*

Heart Assoc. 2021. doi: 10.1161/JAHA.120.018753.