

Disfagia em terapia intensiva

Por que o Fonoaudiólogo é indispensável na UTI?

M.Sc. Prof.^a Viviane Marques

Fonoaudióloga, Neurofisiologista e Mestre em Fonoaudiologia

Coordenadora da Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar

Chefe da Equipe de Fonoaudiologia do Hospital Espanhol

Chefe da Equipe de Fonoaudiologia do Hospital CER LEBLON

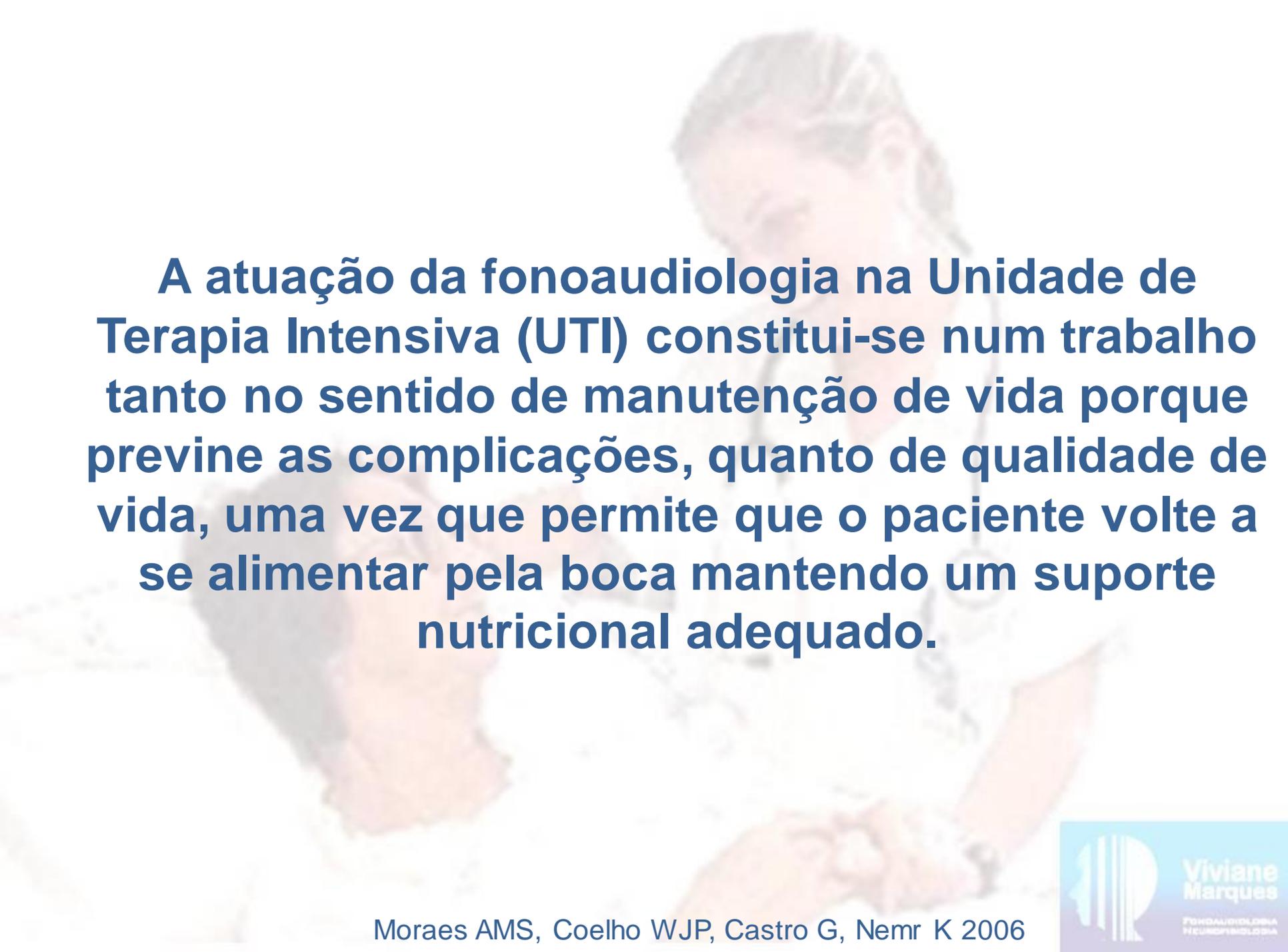
Tutora da Residência de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Gafreé Guinle

Chefe da Empresa de FONOVIM Fonoaudiologia Neurológica LTDA

Presidente do Projeto Terceira Idade Saudável

<http://www.vivianemarques.com.br>

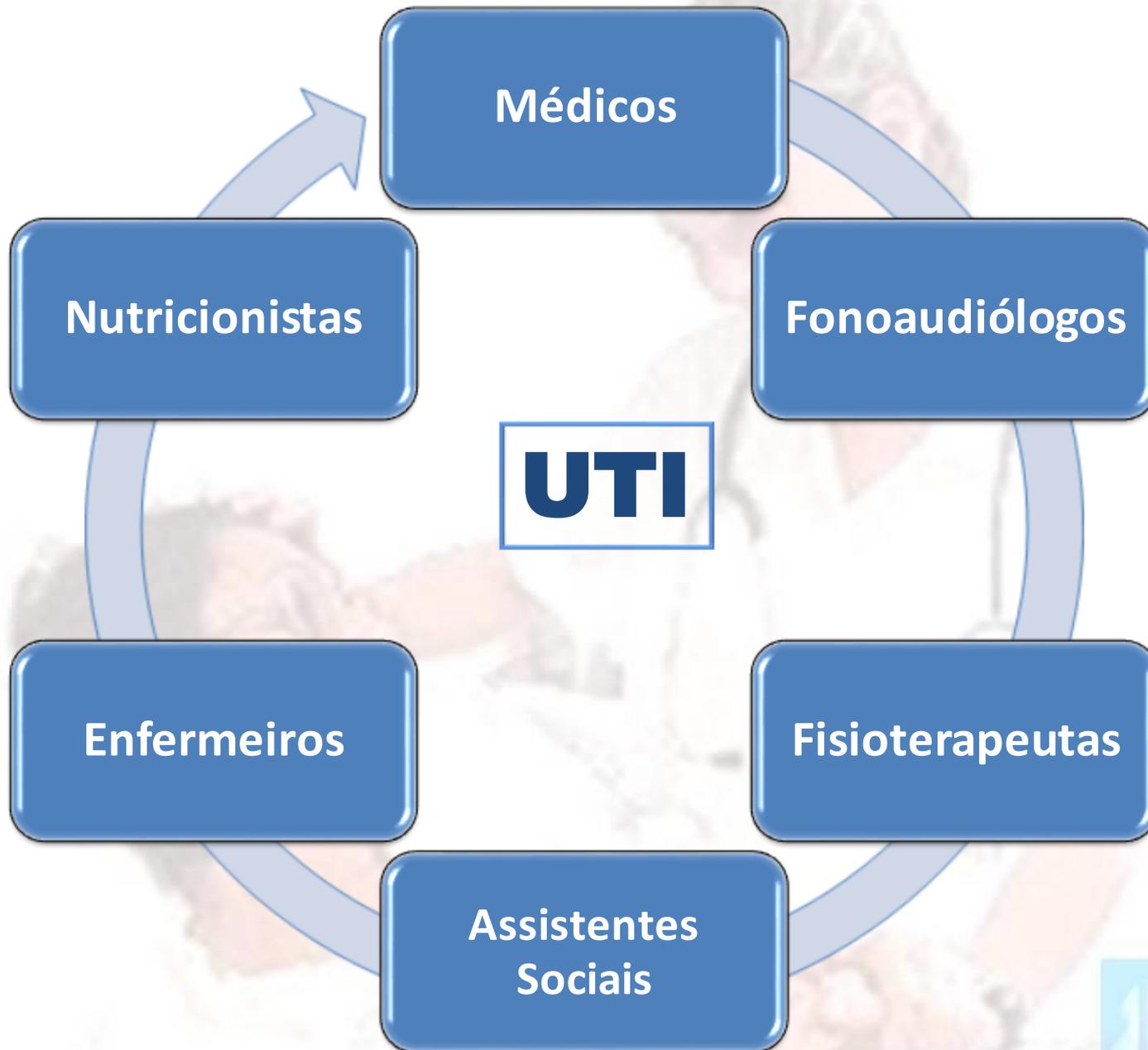


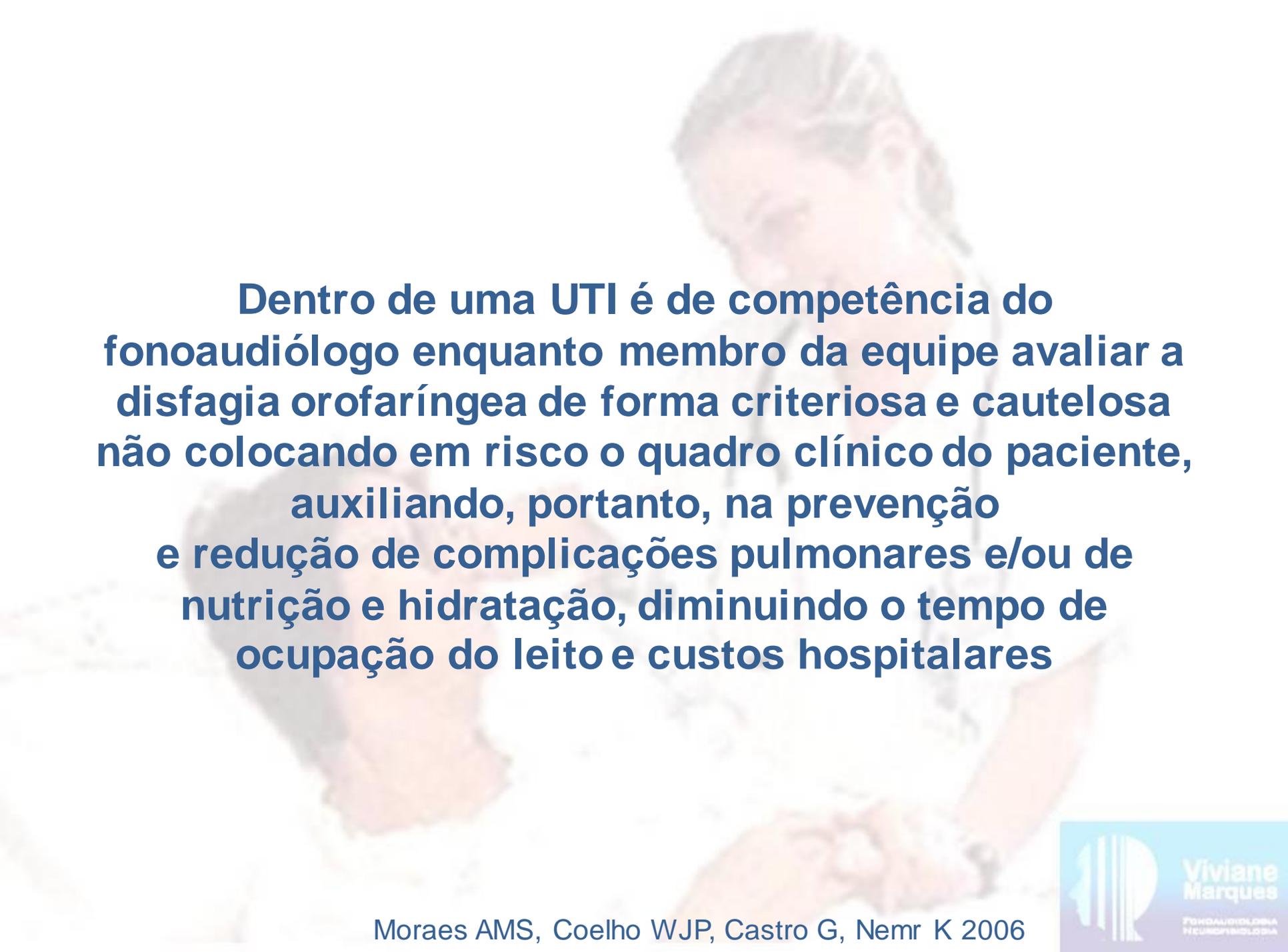


A atuação da fonoaudiologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui-se num trabalho tanto no sentido de manutenção de vida porque previne as complicações, quanto de qualidade de vida, uma vez que permite que o paciente volte a se alimentar pela boca mantendo um suporte nutricional adequado.



Uma unidade de terapia intensiva objetiva dar suporte a vida uma vez que o paciente tem suas funções vitais monitorizadas pela equipe de saúde.





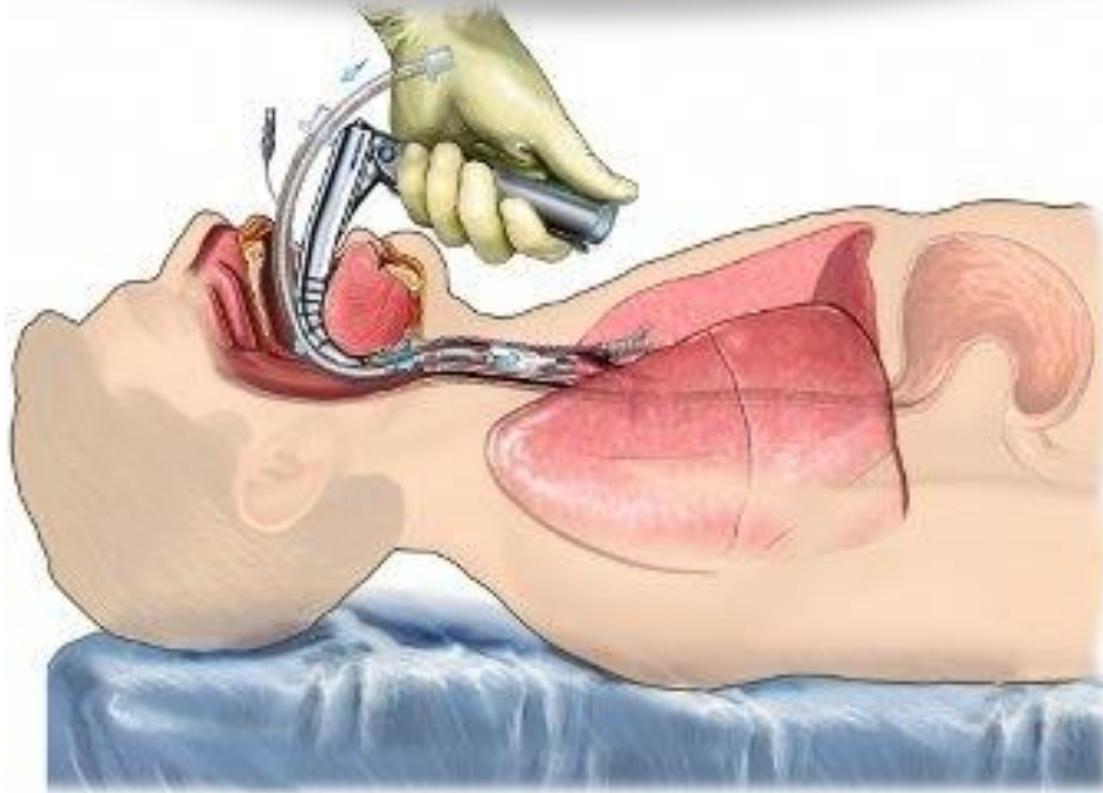
Dentro de uma UTI é de competência do fonoaudiólogo enquanto membro da equipe avaliar a disfagia orofaríngea de forma criteriosa e cautelosa não colocando em risco o quadro clínico do paciente, auxiliando, portanto, na prevenção e redução de complicações pulmonares e/ou de nutrição e hidratação, diminuindo o tempo de ocupação do leito e custos hospitalares

A atuação fonoaudiológica em UTI visa prevenir a aspiração de alimentos e de saliva e de suas consequências, contribuindo na rapidez da recuperação do paciente e na diminuição dos custos, cumprindo papel efetivo na prevenção da pneumonia aspirativa.

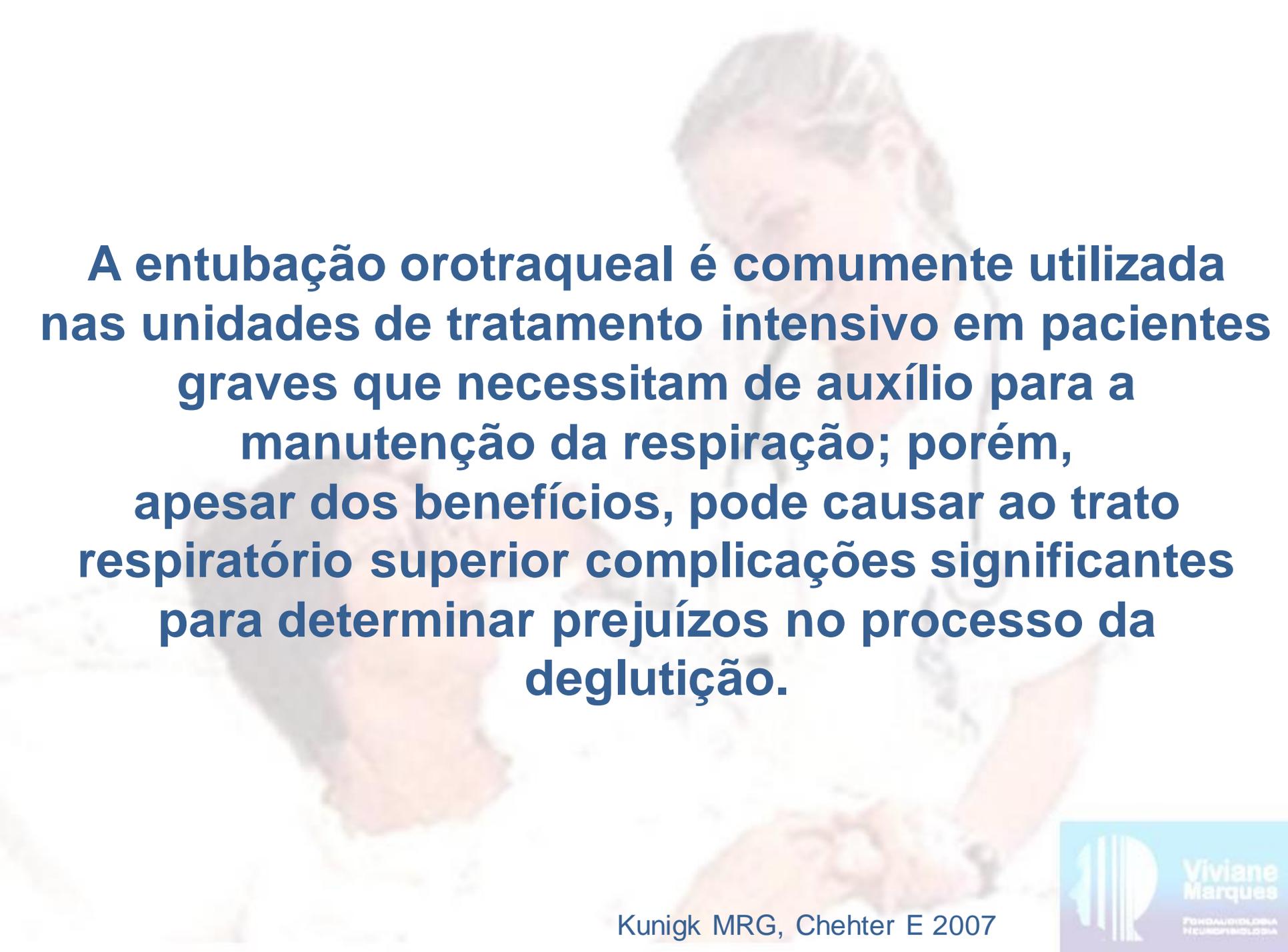
Smithard et al descreveram a redução da incidência de pneumonia aspirativa de 51% no primeiro dia para 17% em um mês, para 11% em seis meses quando o paciente era acompanhado por equipe multidisciplinar no monitoramento do alimento.

Estudo mostrou que após o exame clínico, 62,9% dos sujeitos avaliados, apresentaram detecção de broncoaspiração em pacientes com pneumonia.

AVALIAÇÃO PÓS EXTUBAÇÃO



Padovani *et al.* 2008;



A entubação orotraqueal é comumente utilizada nas unidades de tratamento intensivo em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração; porém, apesar dos benefícios, pode causar ao trato respiratório superior complicações significantes para determinar prejuízos no processo da deglutição.

A entubação orotraqueal prolongada pode proporcionar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que causam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, determinando as disfagias orofaríngeas. Estas podem desencadear problemas como a desnutrição e a pneumonia aspirativa, piorando significativamente o estado clínico do paciente internado.

A população submetida à ventilação mecânica invasiva após a extubação apresenta alterações das fases oral e faríngea da deglutição caracterizadas por uma variedade de comprometimentos e acompanhadas por penetração e aspiração laríngeas.

Os pacientes submetidos à IOT prolongada apresentaram disfagia em diferentes graus, observando-se maior frequência e gravidade nos pacientes com algum grau de dano cerebral.

Os pacientes com acometimento neurológico apresentaram piores resultados na avaliação da deglutição e na possibilidade de alimentação por via oral, sendo que muitas destas alterações estiveram relacionadas ao quadro cognitivo-comportamental.

Deste modo, concluímos que a IOT isoladamente não pode ser considerada como fator causador da disfagia nos pacientes com danos neurológicos. As alterações neurológicas e, principalmente, os *deficits* nas habilidades cognitivas causados pela lesão devem ser considerados na avaliação da função de deglutição e no gerenciamento da disfagia, uma vez que estes são fatores de risco para aumento da frequência e gravidade deste distúrbio.

**AVALIAÇÃO E
TERAPIA INDIRETA**



**AVALIAÇÃO E
TERAPIA DIRETA**

**A associação entre
disfagia orofaríngea e a presença de tubo
endotraqueal e traqueostomia com
cuff,
pois esses pacientes podem apresentar aspiração
traqueal silenciosa.
Além disso, durante o processo de desmame da
traqueostomia, os pacientes podem
apresentar dificuldade para deglutir saliva, e a
possibilidade de desenvolver
pneumonia aspirativa é consideravelmente elevada.**

Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade

Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: a feasibility study

RESUMO

Objetivo: Avaliar a factibilidade da implantação precoce de um programa de reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados com disfagia e sob ventilação mecânica.

Métodos: Estudo prospectivo realizado em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário. Incluímos pacientes hemodinamicamente estáveis e submetidos à ventilação mecânica por pelo menos 48 horas e há no mínimo 48 horas com traqueostomia e nível adequado de consciência. Os critérios de exclusão foram cirurgia prévia na cavidade oral, faringe, laringe e/ou esôfago, presença de doenças degenerativas ou história progressiva de disfagia orofaríngea. Todos os pacientes foram submetidos a um programa de reabilitação da deglutição. Antes e após o tratamento de reabilitação da deglutição, foram determinados um escore

estrutural orofaríngeo, um escore funcional de deglutição, e um escore otorrinolaringológico estrutural e funcional.

Resultados: Foram incluídos 14 pacientes. A duração média do programa de reabilitação foi de $12,4 \pm 9,4$ dias, com média de $5,0 \pm 5,2$ dias sob ventilação mecânica. Onze pacientes puderam receber alimentação por via oral enquanto ainda permaneciam na unidade de terapia intensiva após 4 (2 - 13) dias de tratamento. Todos os escores apresentaram melhora significativa após o tratamento.

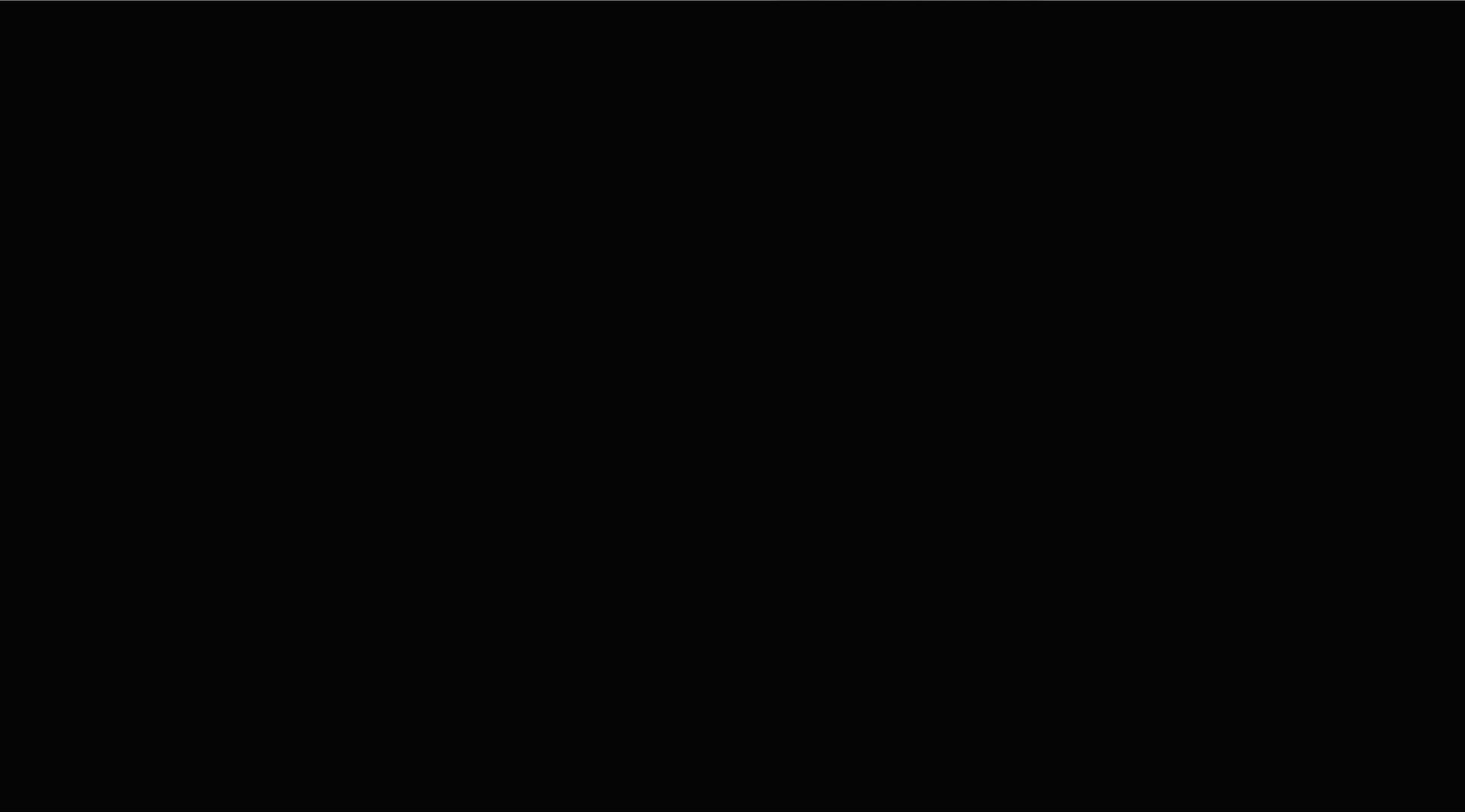
Conclusões: Neste pequeno grupo de pacientes, a implantação de um programa precoce de reabilitação da deglutição foi factível, mesmo em pacientes sob ventilação mecânica.

Descritores: Traqueostomia; Respiração artificial; Transtornos de deglutição/reabilitação; Disfagia; Unidades de terapia intensiva

Impacto da Traqueostomia na Deglutição



BARROS *et al.* 2009;



Viviane Marques

FONDALIBIODELA
NEUROFISIOLOGIA

A Traqueostomia é um procedimento técnico invasivo, realizado por profissional habilitado (médico), de forma eletiva ou em caráter de urgência. É um procedimento cirúrgico, onde se realiza uma abertura na traquéia do paciente, com a finalidade de favorecer a respiração e a eliminação e/ou retirada de secreção. A abertura entre o meio ambiente e a traquéia é chamado de estoma, e geralmente é indolor.





Cânula de Traqueostomia

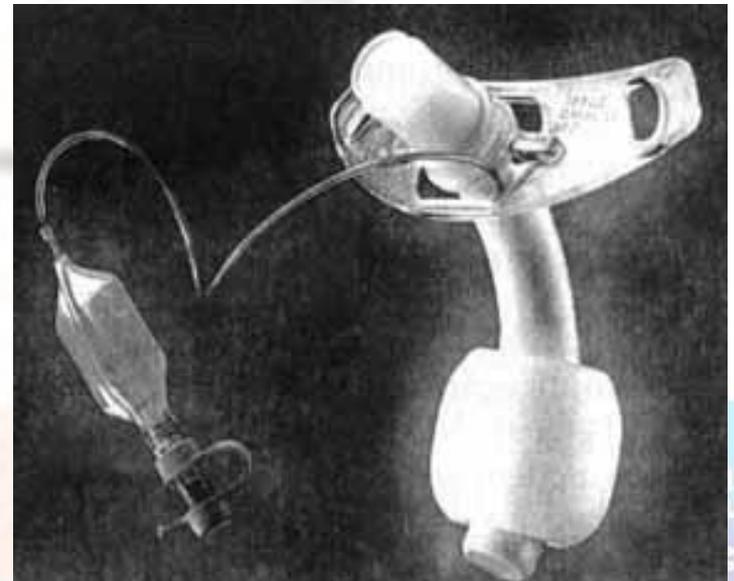
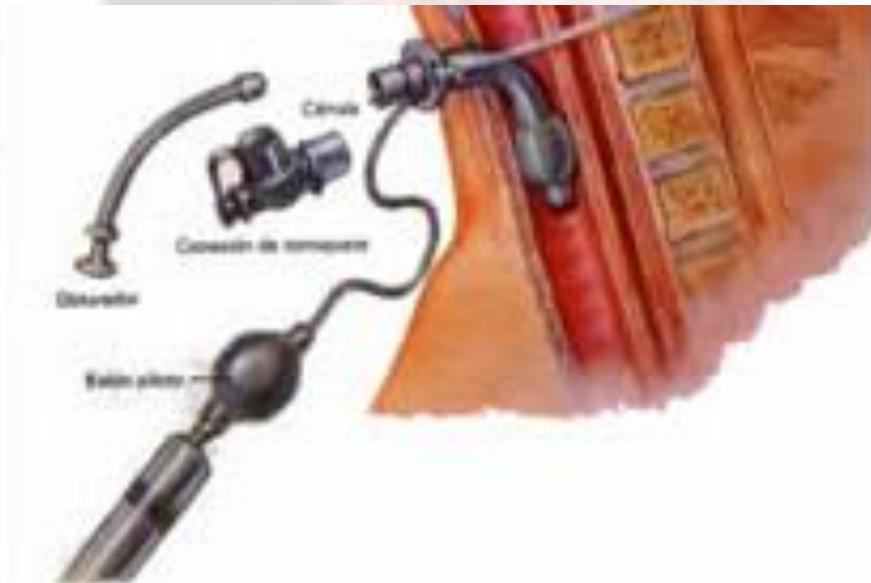


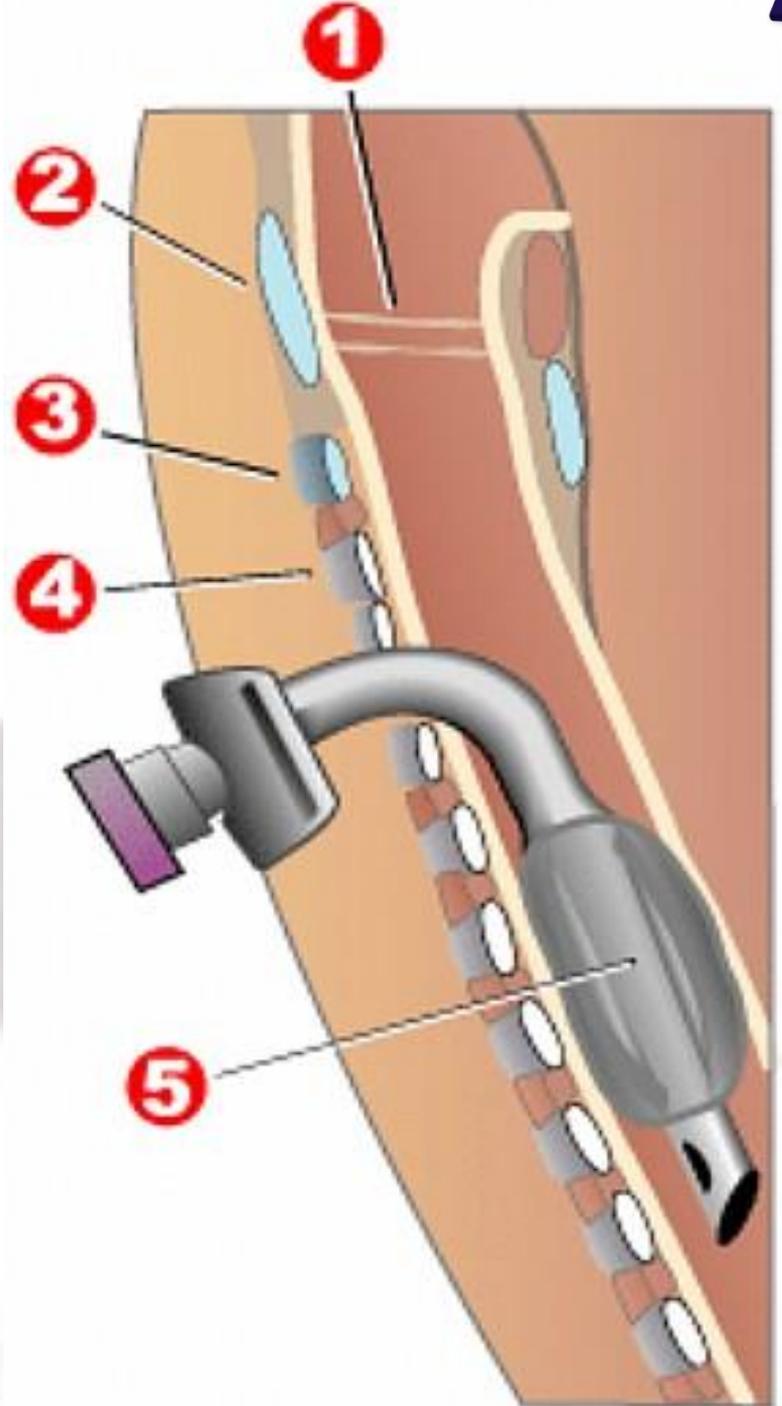
Indicações para Traqueostomia

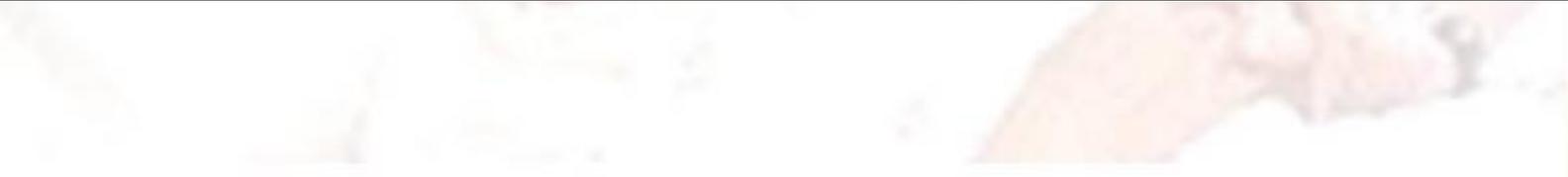
- **Insuficiência respiratória**
- **Hipóxia**
- **Processos inflamatórios**
- **Corpos estranhos**
- **Hipersecreção brônquica**
- **Anomalias congênicas (alterações de nascimento)**
- **Doenças Neuromusculares**
- **Fadiga do músculo respiratório (geralmente causado por alguma doença)**

Tipos de Cânulas de Traqueostomia

- As cânulas podem ser: plásticas, metálicas ou de silicone.
- Sem cuff, ou com o cuff (somente nas plásticas).
- O “cuff” é um balonete interno. A função do cuff é permitir, através da insuflação do balonete contra a parede da traquéia, que a luz da cânula (buraco interno da cânula), seja o único orifício viável, impedindo a passagem de líquidos e secreção para os pulmões. Assim como a perda de gás durante a ventilação mecânica (em pacientes mais graves), mantendo um sistema fechado e pressurizado.







Viviane Marques

FONDALIBIODELA
NEUROFISIOLOGIA



A Traqueostomia está associada ao aumento do risco de aspiração e a decanulação tende a melhorar a qualidade das funções do sistema estomatognático.

Impacto da Traqueostomia na comunicação

Controle motor da fonoarticulação:

- 1) Sistema Nervoso Central
- 2) Sistema Nervoso Periférico
- 3) Sistema Respiratório
- 4) Laringe
- 5) Feedback auditivo

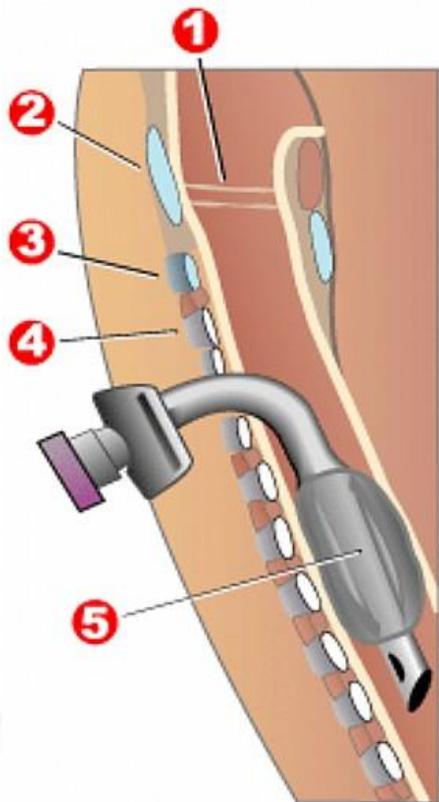


INTRODUCTION
DODD (1979)
E. Group

100
100
100



Impacto da Traqueostomia na Deglutição

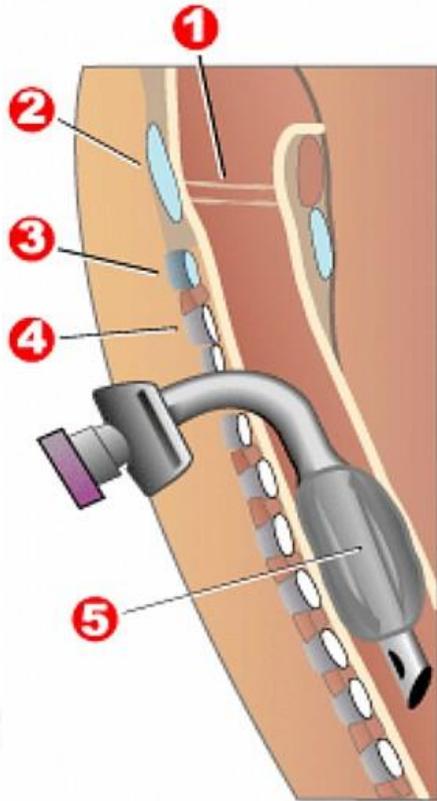


Impacto mecânico e/ou funcional

- Intubação anterior;
- Restrição da elevação laríngea;
- Prejudica a coaptação glótica;
- Técnica cirúrgica, tamanho e peso da cânula;
- O “cuff” insuflado pode pressionar o esôfago e dificultar a deglutição;
- Prejudica o reflexo de tosse;



Impacto da Traqueostomia na Deglutição



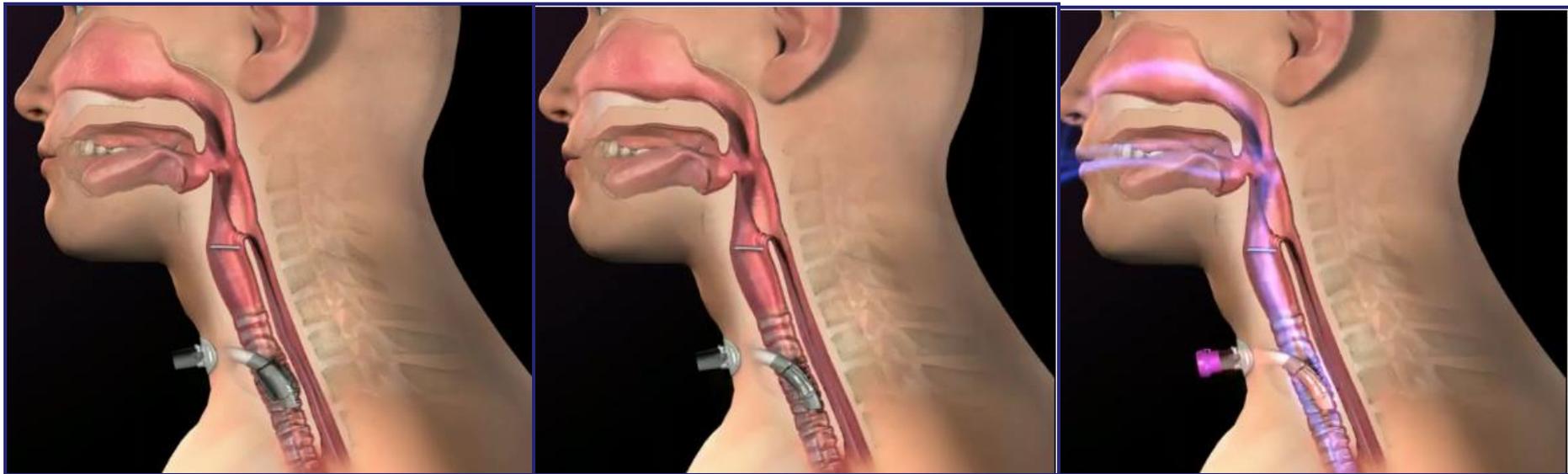
Impacto mecânico e/ou funcional

- Alteração do olfato e do paladar;
- Dessensibilização da mucosa com consecutivo risco de aspiração silenciosa;
- Ventilação mecânica acarreta modificações na fisiologia da deglutição;
- A disfagia geralmente está mais associada à gravidade da doença do que a traqueostomia.

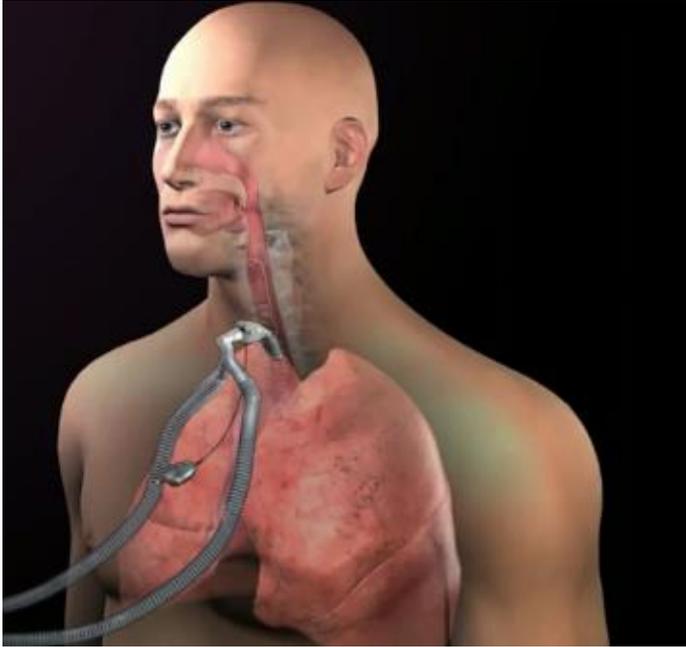


Conduatas que podem minimizar o impacto da traqueostomia

- Desinsuflar o *cuff* da cânula;
- Oclusão da cânula;
- Válvula de fala.



PRIGENT *et al.* 2006; BARROS *et al.* 2009



Obrigada pela atenção!


Fonovim

Fonoaudiologia Viviane Marques



**Viviane
Marques**

FONOAUDIOLÓGIA
NEUROFONOLOGIA