



Disfagia Neurogênica: Acidente Vascular Encefálico

M.Sc. Prof.^a Viviane Marques

**Fonoaudióloga, Neurofisiologista e Mestre em Fonoaudiologia
Coordenadora da Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar
Tutora da Residência de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Gafreé Guinle
Diretora da Empresa de FONOVIM Fonoaudiologia Neurológica LTDA
Presidente do Projeto Terceira Idade Saudável
<http://www.fonovim.com.br>**

Um estudo avaliou a deglutição de pacientes em UTI, destes 74% apresentaram disfagia orofaríngea, sendo que 61% tiveram como doença de base lesão neurológica, e 39% tiveram como doença de base acometimentos não neurológicos. Houve associação significativa entre a presença de disfagia e doença de base neurológica. Dos pacientes disfágicos, 45% apresentaram disfagia de grau leve, 22% disfagia de grau moderado e 33% disfagia de grau grave.

Relato de Caso

Case Report

Roberta Baldino Itaquy¹

Samara Regina Favero¹

Marlise de Castro Ribeiro²

Liselotte Menke Barea²

Sheila Tamanini de Almeida¹

Renata Mancopes³

Descritores

Transtornos de deglutição/etiologia

Acidente vascular cerebral/

complications

Exame neurológico

Avaliação

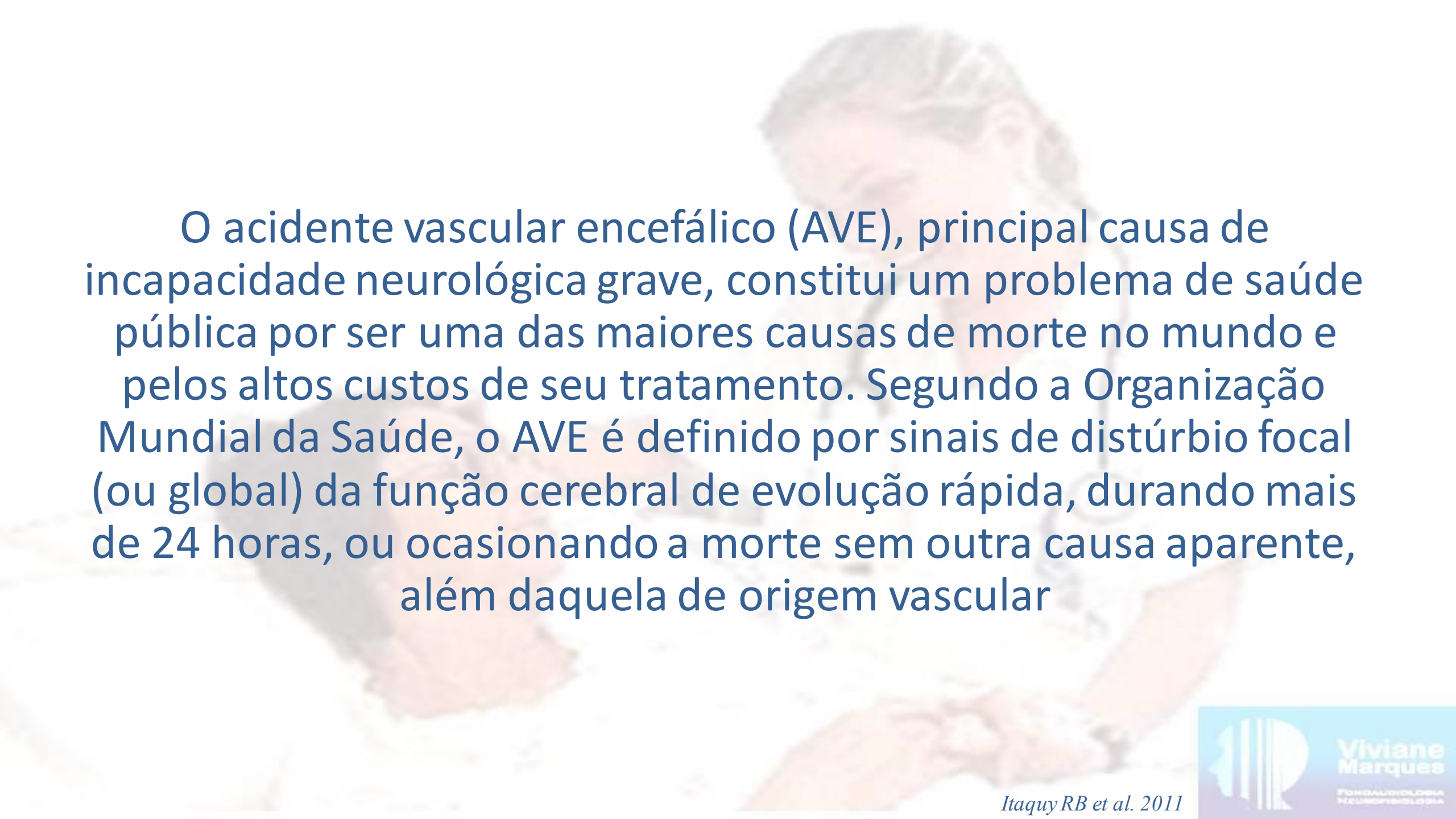
Avaliação rápida

Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico

Dysphagia and cerebrovascular accident: relationship between severity degree and level of neurological impairment

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a ocorrência de disfagia após acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo durante as primeiras 48 horas de aparecimento dos sintomas para o estabelecimento de uma possível relação entre o nível de comprometimento neurológico e o grau de severidade da disfagia. Após a admissão hospitalar de emergência, três pacientes passaram por avaliação clínica neurológica, composta por exame físico geral, exame neurológico e aplicação da *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS); e avaliação clínica da deglutição por meio do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Dos pacientes avaliados, um apresentou deglutição funcional, com NIHSS 11, e dois apresentaram disfagia orofaríngea leve e moderada, sendo o NIHSS 15 e 19, respectivamente. O fluxo do serviço e a procura tardia dos pacientes por auxílio médico determinaram o baixo número de amostra. Os resultados obtidos confirmam os dados da literatura em relação à gravidade do paciente neurológico e à manifestação de disfagia.



O acidente vascular encefálico (AVE), principal causa de incapacidade neurológica grave, constitui um problema de saúde pública por ser uma das maiores causas de morte no mundo e pelos altos custos de seu tratamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o AVE é definido por sinais de distúrbio focal (ou global) da função cerebral de evolução rápida, durando mais de 24 horas, ou ocasionando a morte sem outra causa aparente, além daquela de origem vascular

O termo acidente vascular encefálico refere-se aos déficits neurológicos decorrentes de alterações na circulação encefálica.

Pode advir de uma isquemia (80% dos casos), que consiste na oclusão de um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo de sangue para regiões específicas do cérebro e causando prejuízo nas funções neurológicas dependentes da região afetada, ou de uma hemorragia (cerca de 20% dos casos)



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012

Dispõe 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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a alta prevalência do Acidente Vascular Cerebral e sua importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.

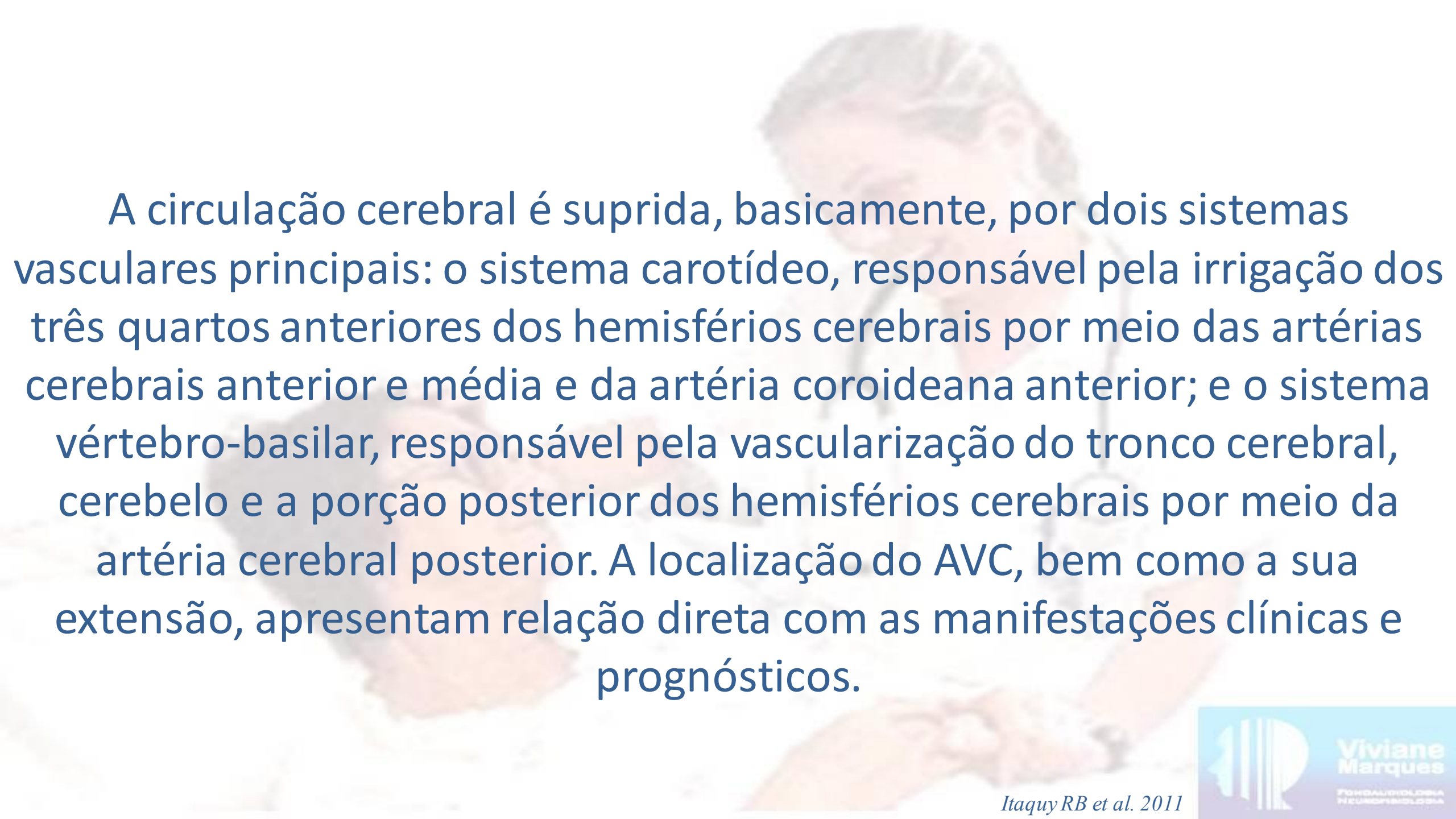
§ 1º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa.

§ 2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos:

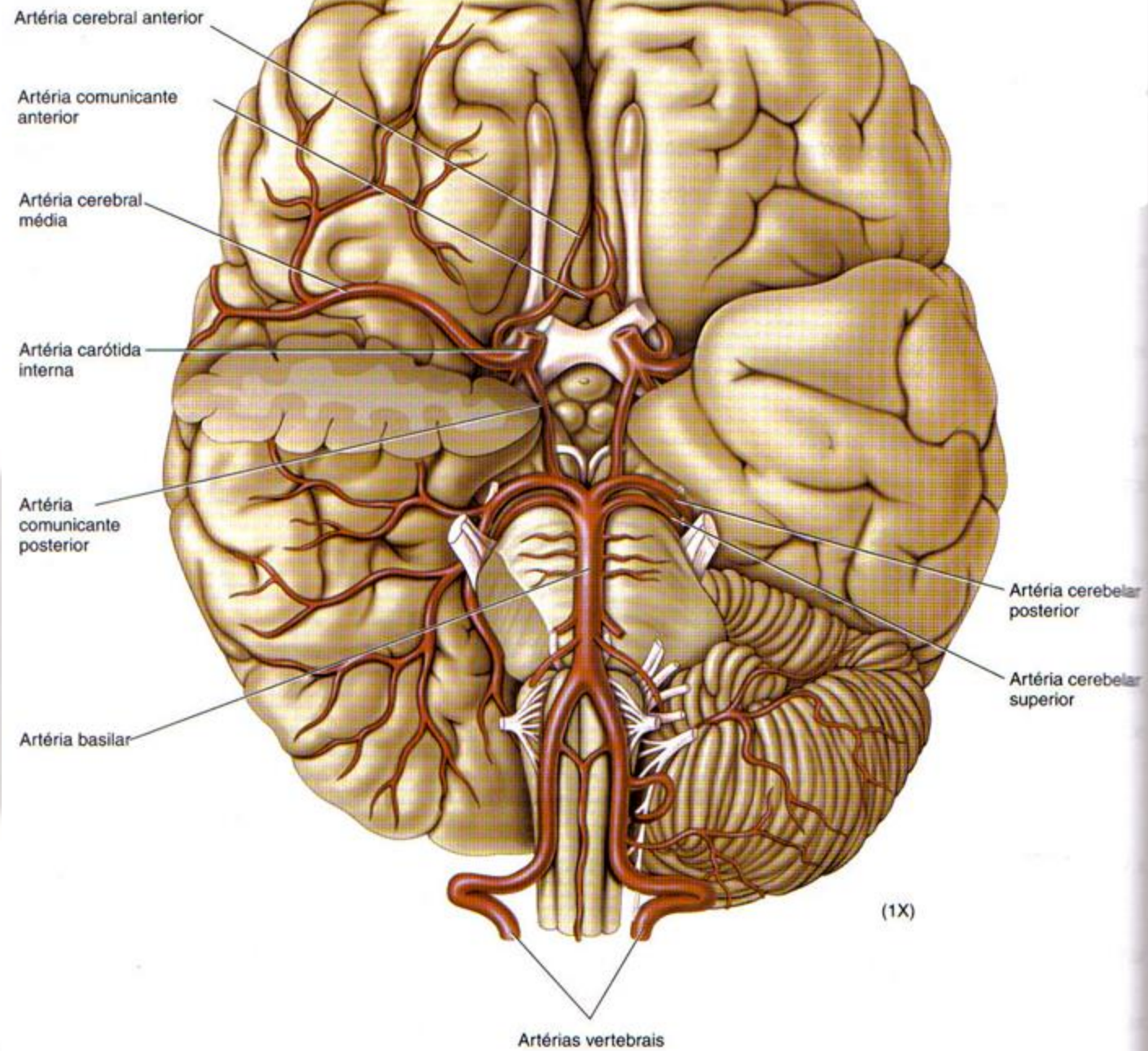
I - recursos humanos:

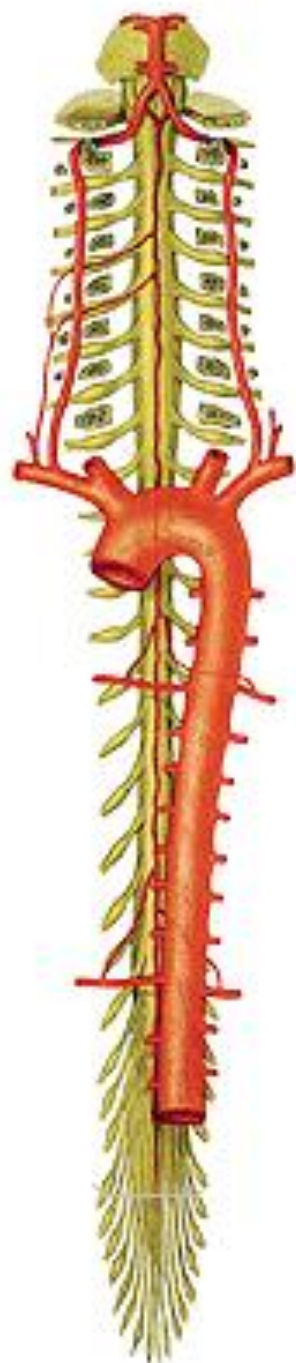
- a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;
- b) um médico, vinte e quatro horas por dia;
- c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;
- d) um enfermeiro exclusivo na unidade;
- e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;
- f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;

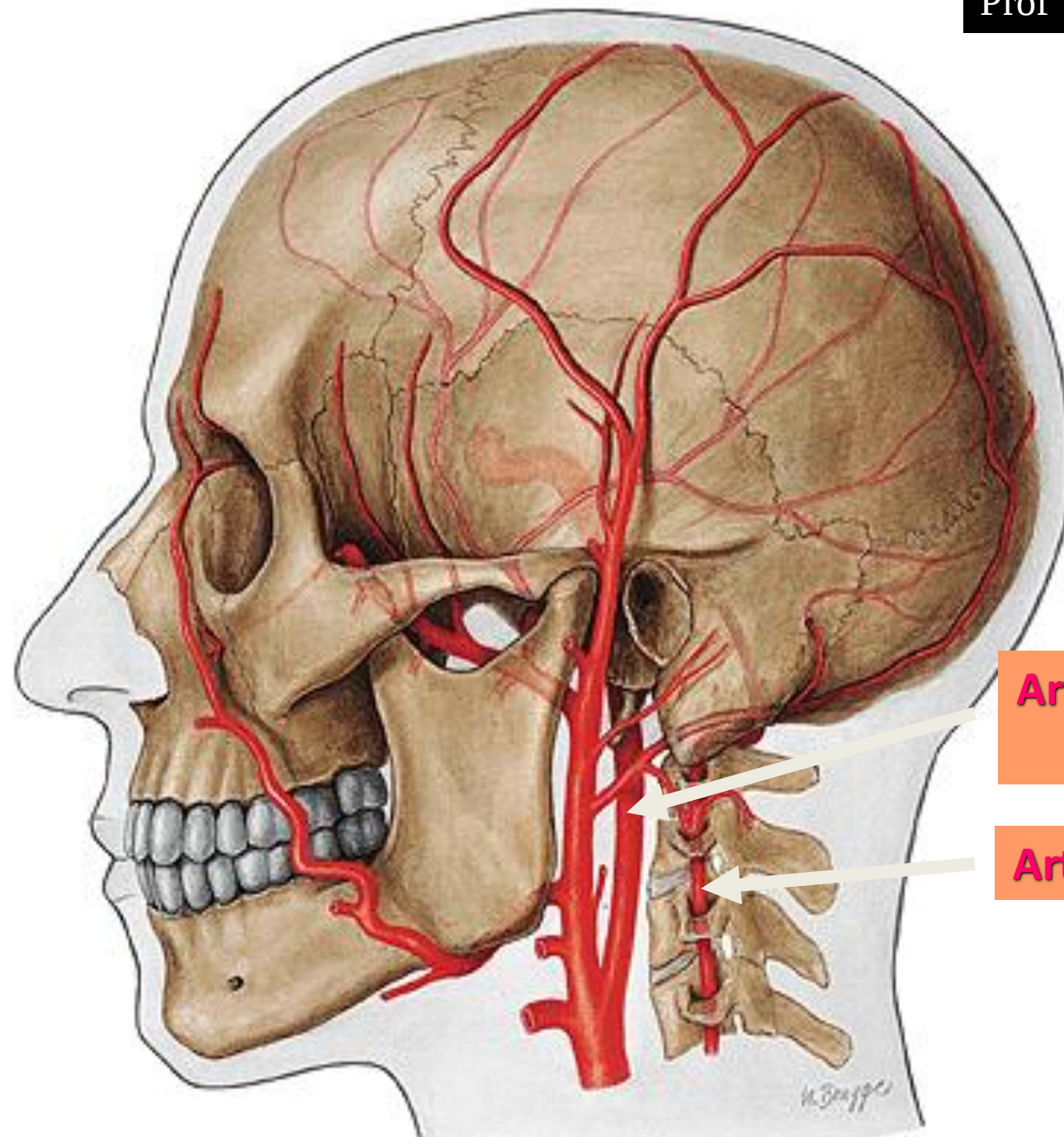
g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;



A circulação cerebral é suprida, basicamente, por dois sistemas vasculares principais: o sistema carotídeo, responsável pela irrigação dos três quartos anteriores dos hemisférios cerebrais por meio das artérias cerebrais anterior e média e da artéria coroideana anterior; e o sistema vértebro-basilar, responsável pela vascularização do tronco cerebral, cerebelo e a porção posterior dos hemisférios cerebrais por meio da artéria cerebral posterior. A localização do AVC, bem como a sua extensão, apresentam relação direta com as manifestações clínicas e prognósticos.



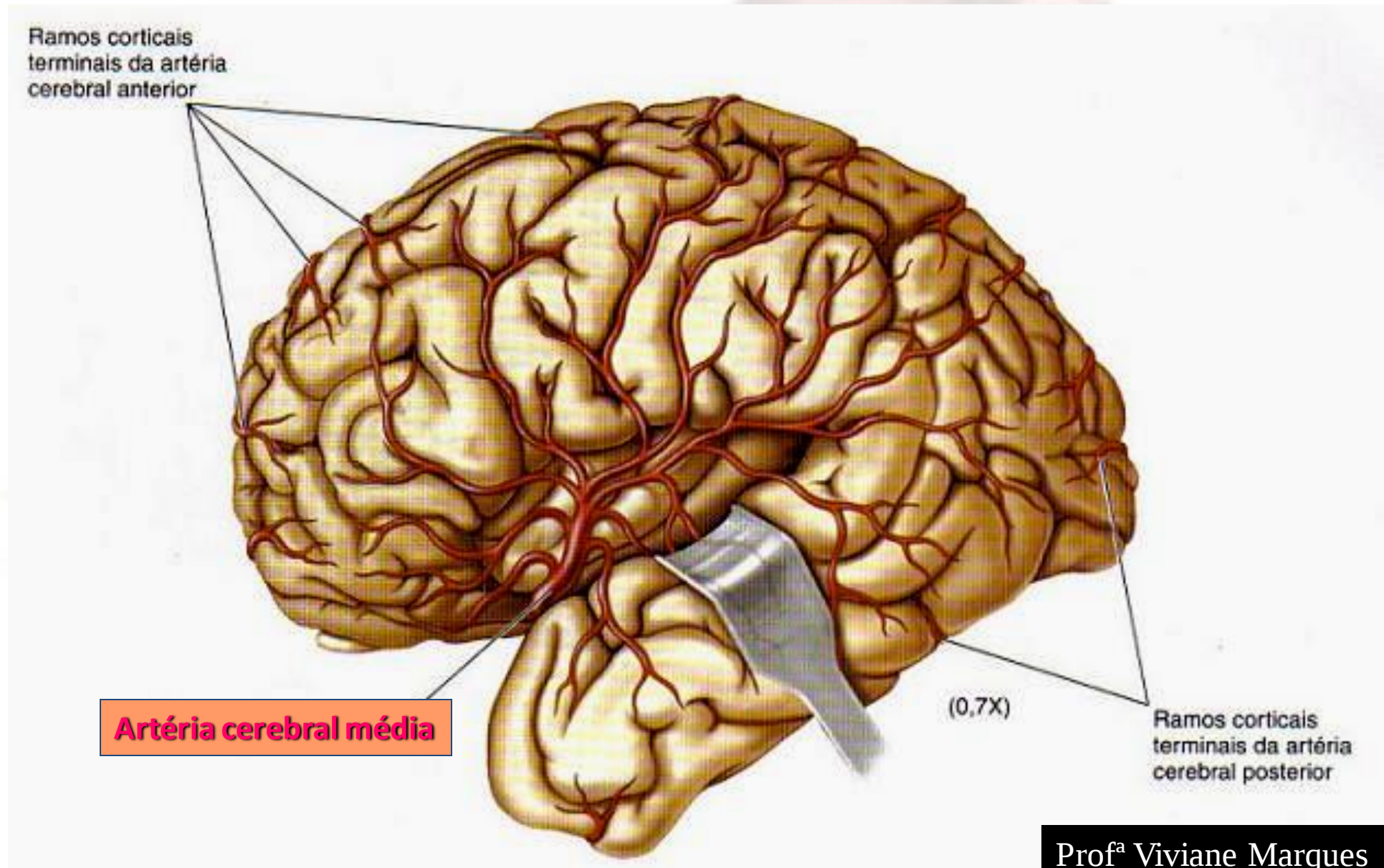




**Artéria carótida
interna**

Artéria vertebral

Território Cortical das Artérias



Artéria cerebral anterior

Artéria cerebral posterior

Artéria comunicante posterior

(0,7X)

As manifestações clínicas do AVC incluem dores de cabeça intensas acompanhadas de vômitos e vertigens; hemiplegia; hemianopsia; alterações na fala e na linguagem, como afasias, disartrias e fala escandida; apraxia; transtornos posturais e de marcha; distúrbio do sistema sensitivo e motor, ou comprometimento isolado de nervos cranianos. Como consequências do AVC, são citadas complicações como aspiração pulmonar e pneumonia, hemiparesia, depressão, labilidade emocional e disfagia

Correlation between brain injury and dysphagia in adult patients with stroke

Correlação entre a lesão encefálica e a disfagia em pacientes adultos com acidente vascular encefálico

Maria Cristina de Alencar Nunes¹, Ari Leon Jurkiewicz², Rosane Sampaio Santos³, Ana Maria Furkim⁴, Giselle Massi⁵, Gisele Sant'Ana Pinto⁶, Marcos Christiano Lange⁷.

RESUMO

Introdução: A incidência da disfagia orofaríngea, em pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), varia de 20% a 90% na literatura. Estudos correlacionam a localização do AVE com a presença de disfagia e outros não a correlacionam.

Objetivo: Correlacionar a lesão encefálica com a disfagia em pacientes com diagnóstico de AVE, considerando-se o tipo e a localização do AVE.

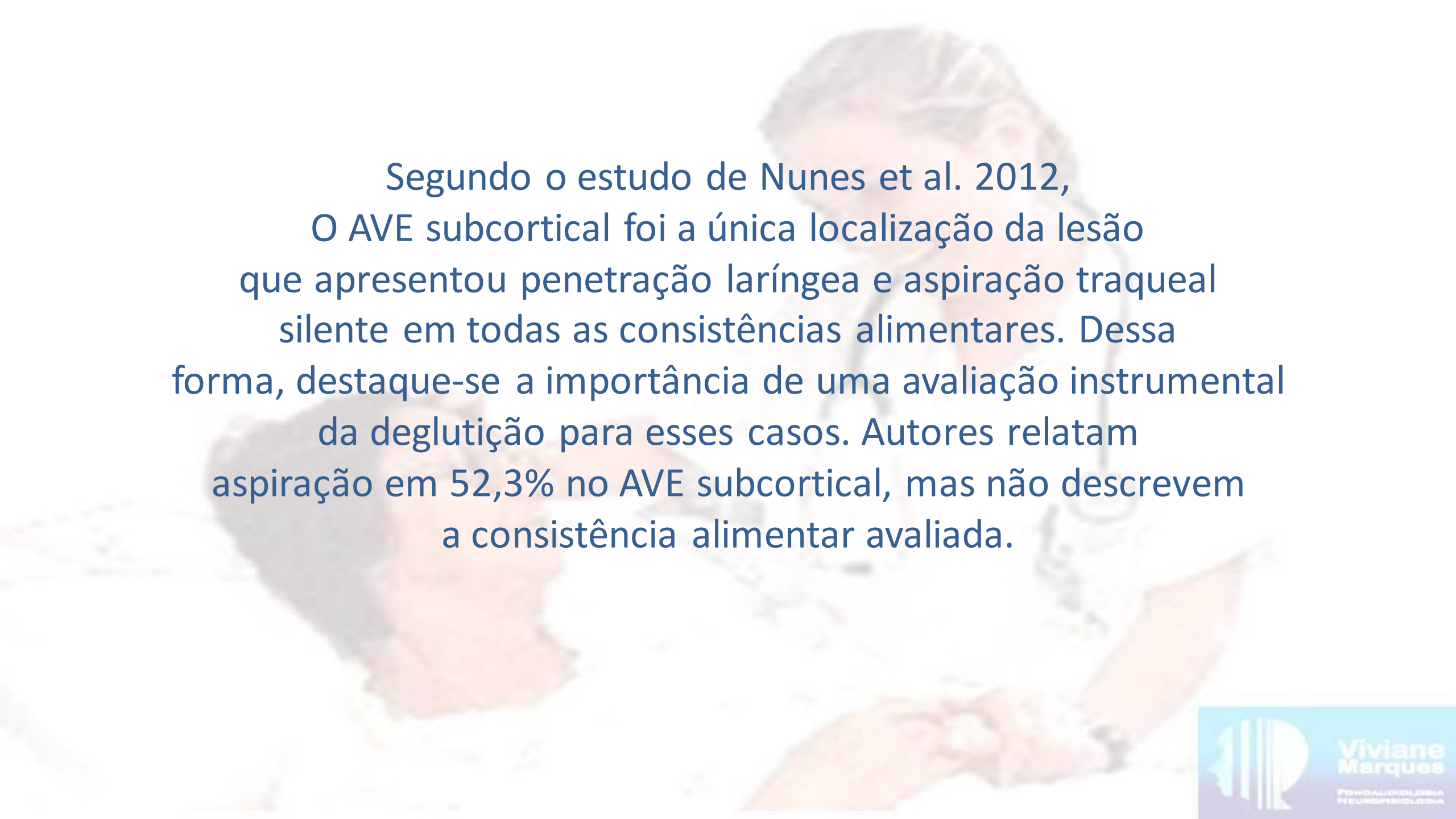
Método: Estudo prospectivo realizado no Hospital de Clínicas com 30 pacientes com AVE, sendo 18 do sexo feminino e 12 do masculino. Todos realizaram avaliações clínica e nasolaringofibroscópica da deglutição (FEES®) e divididos pela localização da lesão: córtex cerebral, córtex cerebelar e áreas subcorticais e tipo: hemorrágico, isquêmico ou transitório.

Resultados: Dos 30, 18 apresentaram AVE tipo isquêmico, dois hemorrágico e 10 transitório. Sobre a localização, 10 a apresentaram no córtex cerebral, três nos córtices cerebral e cerebelar, três no córtex cerebral e subcortical, um nos córtices cerebral, cerebelar e subcortical e três subcortical. Na avaliação clínica houve predomínio da disfagia oral em pacientes com lesão no córtex cerebral e subcortical do tipo isquêmico. No FEES® a diminuição da sensibilidade laríngea predominou no córtex cerebral e tipo isquêmico. Os resíduos faríngeos em valéculas epiglóticas associadas com recessos piriformes predominaram no córtex cerebral em todas as consistências e tipo isquêmico. Um paciente com lesão nos córtices cerebral e cerebelar apresentou penetração laríngea e aspiração traqueal nas consistências líquida e mel, do tipo isquêmico.

Conclusão: Houve predomínio da disfagia na localização da lesão no córtex cerebral e do tipo isquêmico.

Palavras-chave: acidente cerebral vascular, transtornos de deglutição, ataque isquêmico transitório.

Segundo o estudo de Nunes et al. 2012,
Houve um predomínio da diminuição da sensibilidade
laríngea no AVE localizado no córtex cerebral e
nos tipos isquêmico e transitório, assim como a ausência
da sensibilidade laríngea sem reflexo de tosse, isto é,
com aspiração silente, predominou na localização
subcortical. Independente da localização e do tipo de
lesão ocorreu uma predominância da diminuição da
sensibilidade laríngea sobre a normalidade e a ausência
da mesma



Segundo o estudo de Nunes et al. 2012,
O AVE subcortical foi a única localização da lesão
que apresentou penetração laríngea e aspiração traqueal
silente em todas as consistências alimentares. Dessa
forma, destaque-se a importância de uma avaliação instrumental
da deglutição para esses casos. Autores relatam
aspiração em 52,3% no AVE subcortical, mas não descrevem
a consistência alimentar avaliada.

ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFAGIA E O TOPODIAGNÓSTICO DA LESÃO ENCEFÁLICA PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Association between dysphagia and topodiagnosis of the encephalic lesion post stroke

Ana Elisa Ribeiro Bassi ⁽¹⁾, Edson Ibrahim Mitre ⁽²⁾, Magali Aparecida Orate Menezes da Silva ⁽³⁾,
Marta Alves da Silva Arroyo ⁽⁴⁾, Márcio Coimbra Pereira ⁽⁵⁾

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre os achados da avaliação da deglutição e o topodiagnóstico da lesão encefálica pós-acidente vascular encefálico. **Métodos:** foram revisados os prontuários de 25 pacientes adultos que, após a ocorrência de AVE, foram submetidos a avaliações neurológicas e videofluoroscópica da deglutição. **Resultados:** todos os pacientes apresentaram mais de uma alteração de deglutição. A alteração mais frequente foi atraso no reflexo de deglutição, seguida de resíduos em recessos faríngeos. **Conclusões:** resíduos em recessos faríngeos e aspiração foram encontrados com menor frequência em indivíduos que apresentaram AVE cortical e, com maior frequência em indivíduos que apresentaram AVE de tronco encefálico. Ausência do reflexo de deglutição foi encontrada apenas em AVE de tronco encefálico. Não foram encontradas associações significativas entre o hemisfério cerebral lesado e alterações de deglutição. Pacientes que sofreram o primeiro AVE e aqueles que tiveram história de AVE prévio não apresentaram diferenças significativas quanto às alterações de deglutição analisadas.

DESCRIPTORIOS: Acidente cerebrovascular; Transtornos de deglutição; Deglutição; Tronco encefálico; Córtex cerebral



Estudos mostram que as alterações de deglutição mais comumente encontradas após a ocorrência de AVE são disfunção motora da faringe e atraso na iniciação da deglutição. Alterações no mecanismo de fechamento laríngeo são encontradas principalmente em AVE de tronco encefálico

Em pesquisas realizadas utilizando-se videofluoroscopia, foram encontradas evidências de que cerca de 40-50% dos pacientes que sofreram acidente vascular encefálico apresentaram aspiração e que aspirações são mais prováveis de ocorrerem em pacientes que apresentaram múltiplos AVE (54,8%), lesões em tronco encefálico (53,6%) ou AVE subcortical (52,3%), além de envolvimento de várias áreas cerebrais.

CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS CLÍNICOS DA DEGLUTIÇÃO E OS ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO NA FASE AGUDA DA DOENÇA

Anna Flávia Ferraz Barros¹, Soraia Ramos Cabette Fábio², Ana Maria Furkim³

RESUMO - O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de lesões permanentes em adultos, podendo provocar seqüelas motoras globais, alterações de fala, linguagem e deglutição. Durante a fase aguda, a detecção do risco de aspiração é fundamental para prevenir complicações pulmonares e permitir apropriadas intervenções terapêuticas, possibilitando alimentação por via oral precoce e segura. Na literatura, as correlações entre o distúrbio da deglutição e a localização da lesão em pacientes com AVC são inespecíficas. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi determinar se existe correlação entre a localização das lesões vasculares encefálicas e a dificuldade de deglutição em pacientes com AVC isquêmico (AVCI). Foram incluídos 27 pacientes com AVCI que foram submetidos à avaliação clínica da deglutição no leito. Os resultados foram confrontados com resultados obtidos pela tomografia computadorizada do crânio, relacionados à localização das lesões. Na avaliação clínica, 48% dos pacientes apresentaram disfagia orofaríngea e 52% deglutição funcional. Em 84% dos pacientes disfágicos foram observadas alterações no território carotídeo, sendo 76% na artéria cerebral média (ACM). Nos pacientes com deglutição funcional 57% apresentaram alterações em ACM e 22% em artéria cerebral posterior. O hemisfério esquerdo foi afetado em 50% dos pacientes com deglutição funcional e em 46% dos disfágicos. Em conclusão, a localização hemisférica não está associada com a presença ou não de disfagia, porém a maioria dos pacientes disfágicos apresentou alterações no território carotídeo, notadamente na ACM.

PALAVRAS-CHAVE: deglutição, disfagia, acidente vascular cerebral.

Definição, prevalência e custo das disfagias orofaríngeas: um sério problema entre os idosos no mundo, e o impacto no prognóstico e nos recursos hospitalares

Cichero JA, Altman KW. 2012

School of Pharmacy, The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia.

Oropharyngeal dysphagia describes difficulty with eating and drinking. This benign statement does not reflect the personal, social, and economic costs of the condition. Dysphagia has an insidious nature in that it cannot be 'seen' like a hemiplegia or a broken limb. It is often a comorbid condition, most notably of stroke, and many other neurodegenerative disorders. Conservative estimates of annual hospital costs associated with dysphagia run to USD 547 million. Length of stay rises by 1.64 days. The true prevalence of dysphagia is difficult to determine as it has been reported as a function of care setting, disease state and country of investigation. However, extrapolating from the literature, **prevalence rises with admission to hospital and affects 55% of those in aged care settings. Consequences of dysphagia include malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia and potentially death. The mean cost for an aspiration pneumonia episode of care is USD 17,000, rising with the number of comorbid conditions. (O custo médio do atendimento de um episódio de pneumonia por aspiração é de US\$ 17.000 dólares, aumentando o número de comorbidades).** Whilst financial costs can be objectively counted, the despair, depression, and social isolation are more difficult to quantify. Both sufferers and their families bear the social and psychological burden of dysphagia. **There may be a cost-effective role for screening and early identification of dysphagia, particularly in high-risk populations. A avaliação e a identificação precoce de disfagia, podem apresentar uma redução efetiva nos custos, particularmente com o risco de aspiração dessa população**