

Willian Hote Scanferla

**Fatores de risco para disfagia em pacientes internados no centro de
terapia intensiva**

Trabalho apresentado à banca examinadora
para conclusão do Curso de Fonoaudiologia
da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Minas Gerais.

BELO HORIZONTE

2017

Willian Hote Scanferla

**Fatores de risco para disfagia em pacientes internados no centro de
terapia intensiva**

Trabalho apresentado à banca examinadora
para conclusão do Curso de Fonoaudiologia
da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Laélia Cristina Caseiro Vicente -
Doutora em Distúrbios da Comunicação

Parecerista: Kellen Cristine de Souza Borges

BELO HORIZONTE

2017

Resumo Expandido

Introdução: O Centro de Terapia Intensiva (CTI) é o local onde são alocados pacientes que estão em condições clínicas graves. Nesses pacientes, a disfagia é uma alteração frequente, representando 14% dos casos. A disfagia possui múltiplas etiologias e conhecer seus fatores de risco em paciente internados no CTI, possibilita o precoce diagnóstico e intervenção da disfagia, alimentação por via oral segura, redução dos custos hospitalares e a chance de reinternação. **Objetivo:** Verificar a frequência de disfagia em pacientes do centro de terapia intensiva de um hospital público universitário em Belo Horizonte e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da disfagia. **Métodos:** Trata-se de estudo analítico observacional transversal retrospectivo. A amostra foi composta por 201 pacientes, acima de 18 anos que realizaram avaliação fonoaudiológica durante a internação no CTI do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Os pacientes foram divididos em dois grupos – disfágicos (GD) e não disfágicos (GND) e foi verificada a associação entre as variáveis demográficas e clínicas no risco de desenvolver a disfagia. A análise estatística dos dados foi realizada pelos testes de Qui Quadrado de Pearson e Exato de Fisher para avaliar associação entre as variáveis categóricas. Foi considerado nível de significância de 5%. **Resultados:** Nesse estudo, 56,2% pacientes internados no CTI apresentaram disfagia, sendo mais prevalente no sexo masculino (64%) e em idosos (54%). Dos 113 participantes que tinham disfagia, 39,8% tinham a fase oral alterada e 63,7% a fase faríngea. Quanto à consistência, 30,9% tinham dificuldade de deglutir líquido, 61% pastoso e 11,5% sólido. Houve correlação entre presença da disfagia e as variáveis demográfica e clínicas em: nível de consciência, tempo de intubação maior que sete dias, qualidade vocal alterada e o tipo rouca soprosa, força e a mobilidade alteradas do sistema estomatognático simultaneamente, hipossalivação/xerostomia, reflexo de tosse ineficaz, deglutição de saliva esporádica e penetração/aspiração da saliva. As variáveis clínicas que correlacionaram com a fase alterada da deglutição nos pacientes disfágicos foram: nível de consciência em Glasgow 13-15 (54,2% fase oral nas consistências pastosa e 70% líquida) e Glasgow 9-12 (30,4% fase faríngea na consistência pastosa); tempo de IOT até 48 horas (11,8% fase oral na

consistência pastosa); qualidade vocal alterada (82,6% fase oral e 86,7% faringe na consistência pastosa); alteração de força e mobilidade do sistema estomatognático (26,1% fase faríngea nas consistências pastosa e 20% líquida); salivagem normal (70,8% fase oral na consistência pastosa) e acúmulo de saliva (20,8% fase oral e 15,2% faríngea na consistência pastosa); reflexo de tosse eficaz (70,8% fase oral na consistência pastosa) e ineficaz (19,6% fase faríngea na consistência pastosa); deglutição de saliva esporádica (41,3% fase faríngea na consistência pastosa) e ausente (8,3% fase oral na consistência pastosa); alteração da deglutição de saliva com acúmulo em hipofaringe (16,7% fase oral e 15,2% faríngea na consistência pastosa).

Conclusão: Neste estudo a frequência da disfagia no CTI foi alta. Houve correlação estatística entre a disfagia e algumas das variáveis clínicas pesquisadas nesse estudo, exceto as variáveis idade e sexo, sendo que o mesmo ocorreu quando comparados a fase alterada da deglutição.

Descritores: Deglutição, Transtornos de Deglutição, Disfagia, Unidade de Terapia Intensiva, Adulto, Idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Vieira JM, Matos KAP, Barbosa TLA, Gomes LMX. Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. Rev Cubana Enfermer. 2013; 29(1):18-28.
- 2- Rodrigues KA, Machado FR, Chiari BM, Rosseti HBR, Lorenzon P, Gonçalves MIR. Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(1):64-71. DOI: 10.5935/0103-507X.20150011.
- 3- Kunigk MRG, Chehter E. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(4): 287-91.
- 4- Werle RB, Steidl SEM, Mancopes R. Fatores relacionados a disfagia orofaríngea no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão sistemática. CoDAS, 2016;28(5):646-52. DOI:10.1590/2317-1782/20162015199.
- 5- Barker J, Martino R, Reichardt B, Hickey EJ, Edwards AR. Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery. Can J Surg. 2009;52(2):119–24.
- 6- Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A et al. Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. Critical Care.2011;15(5):R231. DOI: 10.1186/cc10472.
- 7- Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. CoDAS. 2013; 25(1):1-7.
- 8- Lee HW, Min J, Park J, Lee YJ, Kim SJ, Park JS et al. Clinical impact of early bronchoscopy in mechanically ventilated patients with aspiration pneumonia. Respirol. 2015;20(7): 1115–22. DOI: 10.1111/resp.12590.
- 9- Brodsky MB, González-Fernández M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM. Factors Associated with Swallowing Assessment after Oral Endotracheal Intubation and Mechanical Ventilation for Acute Lung

Injury. AnnalsATS. 2014;11(10):1545-52. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201406-274OC.

10. Moraes AMS, Jesus PCW, Castro G, Nemr K. Incidência de disfagia em uma unidade de terapia intensiva de adultos. Rev CEFAC. 2006; 8(1): 171-7.

11. Moraes DP, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CRF. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. Crit Care. 2013;17(5): R243. DOI: 10.1186/cc13069.

12- Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MSPH, Rolim MRP, Alencar MLA et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. CoDAS.2014;26(1):17-27. DOI:10.1590/S2317-17822014000100004.

13-Lanspa MJ, Peyrani P, Wiemken T, Wilson EL, Ramirez JA, Dean NC. Characteristics associated with clinician diagnosis of aspiration pneumonia: a descriptive study of afflicted patients and their outcomes. J Hosp Med. 2015; 10(2): 90-6. DOI:10.1002/jhm.2280.

14- Oliveira ACM, Friche AML, Salomão MS, Bougo GC, Vicente LCC. Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. Braz J Otorhinolaryngol. 2017; 1-7. DOI: 10.1016/j.bjorl.2017.08.010.

15- Medeiros GC, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein Z, Andrade CRF. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. Clinics. 2014; 69(1):8-14. DOI: 10.6061/clinics/2014(01)02.

16- Colonel P, Houzé MH, Vert H, Mateo J, Mégarbane, B; Goldgran-Tolédano D et al. Swallowing disorders as a predictor of unsuccessful extubation: a clinical evaluation. Am J Crit Care. 2008; 17(6): 504-10.

17- Kallesen M, Psirides A, Huckabee M. Recovery of cough after extubation after coronary artery bypass grafting: A prospective study. J Crit Care. 2015; 30(4):758-61.

18- Schallom M, Tricomi SM, Chang Y, Metheny NA. A pilot study of pepsin in tracheal and oral secretions. Am J Crit Care. 2013; 22(5): 408-11.

- 19- Cassiani RA, Santos CM, Parreira LC, Dantas RO. The relationship between the oral and pharyngeal phases of swallowing. *Clinics*. 2011 66(8):1385–8.
- 20- Gasparim AZ, Jurkiewicz AL, Marques JM, Santos RS; Marcelino PCO, Herrero Junior F. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. *Arq. int. otorrinolaringol*. 2011; 15(2):181-8.
- 21- Padovani AL, Moraes DP, Laura Davidson Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.
- 22- Chiappetta ALML, Oda AL, Zanoteli E, Guilherme A, Oliveira ASB. Disfagia orofaríngea na distrofia miotônica: avaliação fonoaudiológica e análise nasofibrolaringoscópica. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001; 59(2-B):394-400.
- 23- Alves ICF, Andrade CRF. Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. *CoDAS*. 2017;29(3):e20160088 DOI: 10.1590/23171782/20172016088.
- 24- Furmann N, Costa FM. Critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes adultos hospitalizados. *Rev. CEFAC*. 2015; 17(4):1278-87.
- 25- Bretan O. Quando suspeitar de aspiração silenciosa? *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2007; 53(4): ISSN 1806-9282 DOI: 10.1590/S0104-42302007000400006.
- 26- Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC, Teixeira AL. Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. *Rev CEFAC*. 2016; 18(2):417-25. DOI:10.1529/1982-0216201618212315.
- 27- Queiroz MAS , Haguette RCB , Haguette EF. Achados da videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(3):454-62.
- 29- Borges MSD, Mangilli LD, Ferreira MC, Celeste LC. Apresentação de um Protocolo Assistencial para Pacientes com Distúrbios da Deglutição. *CoDAS*. 2017; 29(5): ISSN 2317-1782. DOI:10.1590/2317-1782/20172016222.