



Evolução do Estado Nutricional num doente com

Disfagia no pós-AVC

Nutritional status evolution in a patient with dysphagia

after stroke

Autor

Maria da Conceição Garcez Clara

Orientado por:

Professora Doutora Teresa Amaral

Co-orientado por:

Dr.^a Filomena Gomes

Tipo de documento: Estudo de caso

**Quero dedicar este trabalho aos meus pais, ao Fábio, à Professora Doutora
Teresa Amaral, à Dr^a. Filomena Gomes, familiares da utente e a própria
utente que contribuíram para o encerramento e abertura de um novo
capítulo da minha vida.**

Índice

| | |
|--|-------------------------------------|
| Dedicatória | Erro! Marcador não definido. |
| Lista de Abreviaturas..... | iii |
| Resumo e palavras chave em português..... | iv |
| Resumo e palavras chave em inglês..... | v |
| Introdução..... | 1 |
| Objectivos..... | 15 |
| Intervenção Nutricional de um caso de Disfagia pós-AVC | 15 |
| Métodos..... | 16 |
| Evolução Clínica/Nutricional | 20 |
| Análise Crítica | 22 |
| Conclusão..... | 27 |
| Referencias Bibliográficas..... | 30 |
| Índice de Anexos | 36 |

Lista de Abreviaturas

AVC - Acidente vascular cerebral;

HAL - Hospital António Lopes

HSM - Hospital de São Marcos

IMC - Índice de Massa Corporal

MNA - Mini Avaliação Nutricional

MUST - *Malnutrition Universal Screening Tool*

PEG – Gastrostomia Percutânea;

SNG - Sonda Nasogástrica

RESUMO

A causa mais comum de disfagia no idoso é o acidente cardiovascular (AVC). A recuperação da disfagia pode ocorrer num período de 14 dias após o AVC ou pode persistir por períodos mais longos de tempo, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade devido a complicações respiratórias, desnutrição e desidratação. Uma das principais consequências da disfagia se não for tratada correctamente, é a desnutrição proteico-energética, a qual pode levar a complicações mais graves a partir do comprometimento do sistema imunitário e respiratório, podendo chegar até à morte.

Este trabalho é um estudo de caso que consistiu numa revisão da literatura sobre qual o melhor tratamento nutricional para disfagia após o AVC. Teve como objectivo mostrar a evolução do estado nutricional de um paciente com disfagia pós-AVC, através de uma alimentação adequada, procurando os gostos e preferências da doente com a textura e consistência adequada. No período de 29 dias verificou-se um aumento de 3.2kg da doente, mantendo-se os marcadores bioquímicos de desnutrição estáveis, permitindo assim, concluir que os idosos com disfagia podem beneficiar com uma dieta variada, sendo importante uma aparência e sabor agradável na modificação da textura dos alimentos.

Palavras-Chave:

Distúrbios da deglutição; disfagia; acidente cardiovascular; desnutrição; idoso.

ABSTRACT

The most common cause of dysphagia in the elderly is a cardiovascular accident. Recovery from dysphagia may occur over a period of 14 days after stroke and may persist for longer periods of time and it is the leading cause of morbidity and mortality due to respiratory complications, malnutrition and dehydration. One of the main consequences of dysphagia, if not treated properly, is the protein-calorie malnutrition, which can lead to more severe complications from the impairment of the immune and respiratory systems to death. This work is a case study that consisted of a literature review about the best nutritional treatment for dysphagia after stroke. It was intended to show the evolution of nutritional status in a post stroke dysphagic patients throughout an adequate oral diet, having in attention the food preferences of the patient and food quality (temperature, texture and consistency). There was an increase of 3.2 kg and the biochemical parameters for malnutrition remained steady during the 29 days that the patient remained at the Hospital, allowing to conclude that the elderly with dysphagia may benefit from a balanced diet, being important it's appearance and pleasant taste after the texture change.

Keywords:

Disorders of swallowing, dysphagia, stroke, malnutrition, elderly.

INTRODUÇÃO

Antes de discutir as diferentes estratégias para o tratamento da disfagia após o acidente vascular cerebral (AVC), vale a pena explorar os mecanismos de deglutição e o conceito de disfagia.

IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO

Um sabor e olfacto apelativos, são, naturalmente, importantes para motivar as pessoas a comer. As refeições são habitualmente organizadas para induzir a ingestão, seguindo uma ordem onde aparecem sabores com consistência e aparência diferentes^(1, 2). A alimentação para o ser humano não **envolve** apenas o aspecto de manutenção do aporte energético necessário para a sobrevivência mas é também uma fonte de prazer⁽¹⁻³⁾, caracterizando-se muitas vezes, como um acto social e facilitador da interacção entre pessoas⁽³⁾.

OS MECANISMOS DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é o acto de engolir, responsável por levar o alimento e/ou saliva desde a boca até ao estômago. Esse acto processa-se por uma complexa acção neuromuscular sinérgica iniciada voluntariamente, tendo a finalidade de fornecer os nutrientes essenciais ao indivíduo e proteger a via aérea com manutenção do prazer alimentar⁽⁴⁾.

A função primordial da deglutição é permitir uma nutrição e hidratação adequada aos indivíduos – aspectos indispensáveis à manutenção da vida⁽³⁾. No entanto, esse processo só ocorrerá de maneira segura e eficaz se houver integridade do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas com a

deglutição, o que inclui preservar a sensibilidade e vias motoras, de maneira que seja garantida a chegada do conteúdo oral até ao estômago, com protecção das vias aéreas⁽³⁾.

Deglutir é um processo complexo^(2, 3) que envolve muitos músculos faciais, nervos encefálicos, cavidade oral, faringe, laringe e esófago^(2, 3). Consiste no transporte de material da cavidade oral para o estômago que não permite a entrada de substâncias nas vias aéreas e que exige controlo neuromotor fino, com a participação do córtex cerebral, do tronco cerebral e dos nervos encefálicos, trigémio (V), facial (VIII), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII)^(2, 3, 5-7).

A deglutição é um processo que, didacticamente, pode ser dividido em quatro fases: oral preparatória, oral propriamente dita, faríngea e esofágica⁽³⁾. A fase oral preparatória é consciente e voluntária e inicia-se com a apreensão dos alimentos. Durante esta fase, o bolo alimentar é misturado com a saliva e transformado num bolo homogéneo, para que possa ser deglutido⁽³⁾. Assim que o alimento é colocado na boca, ele é reconhecido pelos receptores presentes, no que diz respeito à consistência, cheiro, gosto e volume. Este facto tem importância principalmente quando uma terapia é indicada ao doente, pois cada ser humano tem o seu modo de ingerir o alimento. Uns mastigam lentamente, outros vertem o líquido directamente na faringe e outros não mastigam⁽¹⁾. Pelo que, a duração desta fase depende do tempo de mastigação⁽³⁾. A fase oral propriamente dita, consciente e voluntária⁽³⁾ tem como objectivo mover o alimento da parte anterior da boca até aos arcos palatinos, onde o reflexo da deglutição é desencadeado^(1, 2). Inicia-se então a fase faríngea, que também é consciente, porém involuntária. O bolo alimentar desencadeia uma série de reflexos há a

occlusão da nasofaringe pelo palato mole, evitando a passagem do bolo alimentar para a cavidade nasal; a parede posterior da faringe anterioriza-se, comprimindo o bolo alimentar contra o dorso da língua e impedindo a sua passagem para a cavidade oral; a glote fecha pela acção da epiglote, protegendo a via aérea; a respiração é suspensa temporariamente; neste instante há a elevação do osso hióide pela acção dos músculos supra-hióideos e, por fim, a abertura do músculo cricofaríngeo, permitindo a passagem do bolo alimentar para o esófago. Essa fase dura um segundo, em média⁽³⁾. A fase esofágica é inconsciente e involuntária e consiste na transferência do bolo alimentar do esófago ao estômago por meio dos movimentos peristálticos⁽³⁾. O alimento necessita de três a nove segundos para passar pelo esófago até ao estômago⁽¹⁾.

A mastigação e a deglutição podem ocorrer quase concomitantemente, pois, dependendo do alimento, assim que entra na boca, migra para a parte posterior da cavidade oral e atinge os pilares anteriores da faringe, disparando o reflexo da deglutição. Desta maneira, uma lesão neurológica tal como o AVC, ao comprometer qualquer uma dessas estruturas, pode levar a um distúrbio da deglutição, denominado por disfagia⁽³⁾.

DISFAGIA E AVC – caracterização e epidemiologia

Os distúrbios da deglutição são definidos como disfagia orofaríngea quando apresentam sinais e sintomas específicos, caracterizados por alterações em qualquer fase e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição^(7, 8), por outras palavras é a dificuldade em passar o alimento da boca para o estômago⁽¹⁻³⁾. Os sinais e sintomas mais comuns são: engasgos, tosse, aspiração, dispneia, refluxo gastroesofágico e perda de peso⁽¹⁾.

Esta limitação na capacidade de ingerir quantidades seguras e adequadas de alimentos e líquidos coloca o paciente em risco clínico de desidratação, desnutrição, aspiração de saliva, de secreções ou de alimento para o pulmão^(4, 9) ou, de restos alimentares presentes no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição⁽³⁾, o que pode trazer problemas nos aspectos nutricionais, hidroelectrolíticos e no estado pulmonar do indivíduo⁽⁴⁾, que pode culminar em broncopneumonia aspirativa⁽¹⁰⁾, aumentando a morbidade e/ou mortalidade, principalmente em doentes hospitalizados⁽⁴⁾.

A disfagia é um problema comum em pacientes com doença neurológica⁽¹¹⁾, sendo principalmente comum em pacientes após AVC^(7, 11-13), podendo ser a principal causa de morbidade relacionada com as complicações respiratórias e desnutrição^(4, 10). Além disso, pode gerar consequências negativas no prazer alimentar, causando prejuízos sociais importantes, uma vez que a alimentação é, também, um acto social⁽³⁾.

O AVC é uma das principais causas de lesões permanentes (sequelas motoras globais, distúrbios da fala, linguagem e deglutição, e incapacidades) em adultos^(14, 15). A Organização Mundial de Saúde definiu o AVC como o desenvolvimento rápido de sintomas e/ou sinais focais e, algumas vezes, globais (nos pacientes em coma) de disfunção neurológica, com sintomas que perduram por um período superior a 24h podendo resultar na morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular^(14, 16, 17).

O AVC ocorre predominantemente em indivíduos idosos e o seu mecanismo etiológico está relacionado com alterações vasculares que levam^(4, 14) ao comprometimento da circulação cerebral, resultando num défice neurológico súbito motivado por isquémia ou hemorragia^(3, 18), podendo ser permanente ou

transitório decorrente da interrupção do suprimento sanguíneo com nutrientes, por obstrução ou rompimento dos vasos⁽³⁾. Existem, assim, dois tipos principais de AVC: o isquémico e o hemorrágico. O AVC do tipo isquémico tende a ter consequências menos severas que o AVC hemorrágico^(4, 19), sendo a disfagia mais frequente neste último por ser mais devastador⁽¹²⁾. Contudo, ambos merecem atenção⁽²⁰⁾.

De entre todas as causas de internamento, as doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar e são a principal causa de morbidade e/ou mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo distúrbios respiratórios motores e distúrbios de deglutição⁽¹⁹⁾. Em Portugal, o AVC é a primeira causa de morte e uma causa importante de internamento hospitalar⁽²¹⁾. A idade avançada é um dos maiores factores de risco^(3, 22).

Por ser um importante problema de saúde pública no mundo^(3, 23), as consequências do AVC podem ser de grande impacto, causando enormes procuras de recursos no diagnóstico, tratamento e na recuperação⁽²³⁾.

Verificou-se que entre 30 a 50% dos AVCs resultam em disfagia neurogénica orofaríngea, podendo aumentar para até 80% nos casos de AVC do tronco cerebral⁽⁴⁾. Quase 50% dos pacientes com AVC apresenta um grau de disfagia nas primeiras 72h após o AVC⁽²⁴⁾. No decurso das disfagias pós-AVC, os dados publicados pelo Hospital Albert Einstein demonstraram que a disfagia manifesta-se especialmente durante os primeiros dias, estando presente em cerca de 51% dos pacientes nos dois primeiros dias, reduzindo a sua incidência para 27% dos pacientes nos sete dias seguintes, e a maioria das dificuldades de deglutição estarão ultrapassadas após seis meses. Porém, nesta altura, cerca de

8% dos pacientes ainda mantém disfagia orofaríngea, com risco de broncoaspiração^(10, 19).

ESTADO NUTRICIONAL DO DOENTE

A disfagia orofaríngea traz ao paciente problemas de nutrição, de hidratação, do estado pulmonar, do prazer alimentar e social do indivíduo, tendo maior prevalência em idosos⁽³⁾. Da população idosa institucionalizada existe uma elevada prevalência de desnutrição, cerca de 76%, segundo Germain *et. al.* Frequentemente as consequências de desnutrição incluem: confusão, desidratação, úlceras de pressão, obstipação, infecções e diminuição da qualidade de vida⁽²⁵⁻²⁷⁾, afectando negativamente o resultado funcional da reabilitação⁽²⁷⁾.

Existem problemas no diagnóstico de desnutrição no idoso devido a alterações físicas e bioquímicas que podem ocorrer como parte dos processos de envelhecimento normal⁽²⁸⁾.

Em muitos casos o paciente disfágico não recebe um diagnóstico precoce, tornando-se aspiradores silenciosos sem manifestação clínica. Não possuem os reflexos de protecção, como reflexo do vômito, engasgo ou tosse e, com isto o bolo alimentar ou a saliva entram com frequência nas vias aéreas e, posteriormente nos pulmões^(1, 4, 5), o que aumenta ainda mais a taxa de morbidade e/ou mortalidade⁽⁴⁾.

O aumento do risco de morte, do tempo de internamento, da incapacidade e dos cuidados institucionais especializados estão associados à disfagia, portanto o seu diagnóstico é indispensável⁽²³⁾. Assim, uma identificação precoce da

disfagia permite encurtar a permanência hospitalar e a reduzir as suas complicações para a saúde^(24, 29).

TRATAMENTO NUTRICIONAL DO DOENTE DISFÁGICO PÓS-AVC

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR – a sua importância

Para que o paciente possa ter uma boa recuperação e melhorar a qualidade de vida⁽³⁰⁾, é necessário que a avaliação da disfagia seja sempre considerada um trabalho de equipa, uma vez que nenhuma área pode avaliar em detalhes por si só todas as fases de deglutição⁽⁵⁾. A equipa multidisciplinar é, então, responsável por avaliar, definir e/ou alterar as condutas terapêuticas na disfagia, ampliando ao máximo as possibilidades do paciente controlar funcionalmente a fase oral e faríngea da deglutição; é também responsável por devolver ao paciente o prazer de se alimentar junto à família conforme as suas condições⁽¹⁾. Esta equipa prioriza minimizar, o mais precocemente possível, riscos de complicação no período agudo pós-AVC, iniciando a preparação para a reabilitação de sequelas da doença através de procedimentos específicos⁽¹⁰⁾. Quanto mais precoce for a detecção da disfagia e intervenção estimuladora menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores são as hipóteses de um prognóstico positivo^(4, 10).

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO NUTRICIONISTA

O papel do nutricionista é de imensa importância dentro da equipa de tratamento devendo ser considerado uma ferramenta de auxílio na prevenção de problemas associados com a desnutrição através da identificação de factores de

predisposição, implementando estratégias apropriadas de prover os nutrientes necessários, bem como a monitorização e avaliação de todo o processo em questão⁽³¹⁾. O nutricionista para além de monitorizar o estado nutricional do paciente elaborando um programa de nutrição adequado, de acordo com as características do doente, também informa o doente e/ou o seu cuidador sobre o modo de preparação dos alimentos, em função da sua dieta e das suas características⁽⁶⁾.

A identificação de doentes que tenham algum tipo de sinal que aponte para problemas de deglutição também pode ser realizada pelo nutricionista. Suspeita-se de disfagia em pacientes cujas queixas comuns de alimentação incluem evitar alguns alimentos de consistência sólida ou líquida, como guisados e desfiados e preferir suplementos alimentares ou alimentos de consistência pastosa⁽³¹⁾. Outras características que podem ser observadas são a saída de material alimentar pelo nariz, desconforto no peito durante a deglutição⁽³¹⁾ que pode ser associada com refluxo ou regurgitação, quando o alimento retorna do estômago para o esófago, à faringe ou orofaringe⁽⁵⁾, irritação frequente na garganta com necessidade de “limpeza”, tosse e dor de garganta frequentes, tosse durante ou após a deglutição e pneumonia⁽³¹⁾. Sendo necessária a modificação da consistência da dieta para fluidos espessos e comidas macias e adopção de medidas posturais úteis⁽³²⁾.

Outro cuidado a ter em relação ao doente disfágico é o perigo de desidratação, cuja ocorrência pode estar ligada a uma menor ingestão de alimentos mais líquidos na dieta⁽³¹⁾. Sinais de desidratação incluem ausência de suor axilar, pele seca, com diminuição do turgor e mudanças no estado mental no caso de pacientes idosos⁽³¹⁾. Deve-se portanto tomar cuidado na monitorização das necessidades hídricas e nutricionais (risco de desidratação).

Assim, que for estabelecido o diagnóstico, tratamento e prognóstico do doente disfágico, o papel do nutricionista consistirá na orientação dietética baseada no tipo de disfagia encontrada e acompanhamento nutricional periódico⁽³¹⁾. O acompanhamento nutricional do doente disfágico é importante para verificar o seu estado nutricional e para determinar o suporte nutricional a ser instituído na dieta, bem como a via alimentar a ser utilizada neste paciente. Esta avaliação deve ser realizada através de parâmetros clínicos e dietéticos, exame físico, parâmetros bioquímicos e imunitários e medidas antropométricas.⁽³¹⁾

SUPORTE NUTRICIONAL – Como alimentar o doente com disfagia pós-AVC?

A alimentação oral deve ser a primeira opção sempre que possível⁽³²⁾. Se o paciente com disfagia é capaz de ingerir a dieta via oral com segurança e com o mínimo risco de aspiração, os alimentos sólidos e líquidos a serem oferecidos devem ter a finalidade de facilitar a sua deglutição⁽³¹⁾. Estes casos apenas necessitam de mudanças temporárias na dieta alimentar, propiciando facilidade e segurança⁽¹⁹⁾. Várias considerações podem ser feitas em relação à dieta para o doente com disfagia, como em relação à textura do alimento, o gosto, a temperatura, a consistência e o seu potencial estimulante para a produção de muco⁽³¹⁾, como por exemplo, a manutenção de uma dieta pastosa por alguns dias até retomar a mastigação eficiente, ou ainda a introdução de uma substância espessante para facilitar a ingestão de líquidos finos, por exemplo⁽¹⁹⁾.

Nos indivíduos após AVC o tempo de trânsito orofaríngeo é menor, quando o bolo alimentar com sabor azedo é deglutido. As vias neuronais do sabor, quando estimuladas com forte sabor, como o azedo, podem servir como estímulo

de alerta para o tronco cerebral e centros corticais de deglutição, explicando a mudança significativa nas medidas de tempo em relação às fases de deglutição⁽⁷⁾. Ainda nesta perspectiva a adição de ácido cítrico ao alimento⁽³²⁾ e a temperatura fria melhora o reflexo de deglutição^(7, 32) em indivíduos saudáveis e também nos indivíduos após o AVC⁽⁷⁾.

As sensações de pressão, tacto, de gosto, de textura, de temperatura são transmitidas da boca aos núcleos bulbares pelas fibras correspondentes. Estas informações estimulam por sua vez as glândulas salivares. Compreende-se, pois que a apresentação visual, o odor, o tempero agem igualmente sobre a salivação e facilitam a mastigação⁽¹⁾.

Em doentes com história prévia de AVC, testes com bolo alimentar mais viscosos (pudim *versus* líquidos) e com maior volume têm mostrado um atraso no tempo de fase faríngea nestes pacientes⁽³¹⁾. Um bolo alimentar que o doente com disfagia neurológica tolera, que aumenta tanto os aspectos orais como os faríngeos da deglutição, são os purés de maçã e gelatinas e os de sabor mais azedo⁽³¹⁾.

A dieta para o doente com disfagia orientada pelo nutricionista é designada para facilitar a progressão de acordo com a tolerância individual, otimizar a ingestão nutricional e diminuir o risco de aspiração^(5, 31). Muitos dos doentes disfágicos possuem uma alimentação por via oral com aspiração⁽⁵⁾ de saliva e/ou do bolo alimentar que corresponde à passagem dos mesmos abaixo das pregas vocais sem provocar tosse ou outro sinal externo ou ainda dificuldade respiratória inicial naquele instante, por deficiência do fechamento glótico protector⁽³³⁾, apresentando assim frequentemente infecções pulmonares de repetição, mantendo o seu estado clínico geral sempre debilitado e geralmente desnutrido⁽⁵⁾.

O acto de comer e respirar estão tão integrados, que um distúrbio em algum deles, pode levar a alteração no outro, sendo a pneumonia aspirativa uma consequência comum a ser considerada, principalmente devido à relevância da pneumonia aspirativa nos óbitos entre os doentes com disfagia por doença neurológica⁽¹⁹⁾. A aspiração silenciosa pode ocorrer em 40% de pacientes com disfagia que sofreram acidente vascular⁽³³⁾.

A presença de aspiração e penetração apresentadas pelos pacientes pode ter na sua origem lesões corticais, subcorticais e/ou no tronco cerebral, levando a fraqueza na musculatura orofaríngea, descoordenação dos movimentos e falha na sensibilidade das regiões oral e faríngea podendo provocar penetração e aspiração do alimento⁽¹⁰⁾. A disfagia pode persistir e talvez piorar durante o primeiro mês após o AVC⁽⁹⁾, mas alguns pacientes apresentam recuperação espontânea da disfagia alguns dias depois^(9, 10). Torna-se necessário detectar o risco de aspiração durante a fase aguda, para prevenir comprometimentos pulmonares e permitir intervenções terapêuticas específicas, possibilitando a alimentação por via oral precoce e segura⁽¹⁰⁾.

Quando o doente apresenta dificuldades de ingestão que o impeçam de atingir o valor energético necessário e/ou apresentar algum grau de desnutrição, quando a alimentação por via oral for inadequada ou insuficiente⁽³¹⁾, deve-se considerar a possibilidade de suporte nutricional alternativo^(31, 32) uma vez que este ajuda a evitar complicações da disfagia⁽¹¹⁾.

O suporte nutricional, por sonda, permite uma nutrição adequada e não é afectada pela redução do apetite, disfagia ou incapacidade do doente em auto alimentar-se⁽³⁴⁾. A determinação da via de acesso (sonda nasoentérica ou nasogástrica) para o suporte nutricional dependerá, tanto do tempo de utilização

da alternativa escolhida, quanto do risco para a aspiração pulmonar e indicações específicas⁽³¹⁾. A alimentação através da sonda nasogástrica (SNG) melhora a recuperação física e pode reduzir a incidência de problemas associados à disfagia⁽³⁴⁾. Por outro lado, outras complicações como problemas gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos), irritações mecânicas relacionadas com a inserção da sonda, problemas respiratórios (aspiração), problemas metabólicos (alterações electrolíticas e hiperglicemia)⁽³⁵⁾. A alimentação por gastrostomia percutânea (PEG) após o AVC, reduz a mortalidade e melhora o estado nutricional em comparação com a SNG⁽³²⁾.

O “Food Trial” é o maior e mais recente estudo multicêntrico que engloba três ensaios controlados e randomizados, sobre qual a melhor via de administração da alimentação num doente com disfagia após o AVC. Nos doentes alimentados com PEG verificou-se uma taxa de mortalidade de 49%, enquanto que no grupo alimentado por SNG, a taxa de mortalidade foi de 48%. Os investigadores puderam assim, concluir que não existe qualquer benefício na utilização da PEG para a sobrevivência dos doentes⁽³⁶⁾. Assim a SNG não parece estar associada a um risco aumentado de morte em comparação com a PEG. Este estudo diverge de outros dois estudos onde a SNG foi associada a um maior risco de morte e pior evolução clínica (desnutrição, interrupções na alimentação devido a falhas mecânicas), em comparação com a PEG⁽³⁶⁾.

Dziewas *et al.* acompanhou 100 doentes com AVC alimentados por SNG e encontrou uma taxa de 44% de pneumonia aspirativa⁽³⁷⁾. É normal que estes continuem a desenvolver pneumonia aspirativa devido à presença de agentes patogénicos, especialmente bactérias Gram negativas que aumenta o risco de aspiração⁽³⁸⁾. Fisiologicamente, a colonização de organismos patogénicos na

orofaringe é impedida pela acção mecânica da mastigação e deglutição. Existindo assim, uma elevada prevalência da colonização de bactérias Gram negativas nos pacientes com SNG e PEG em comparação com os doentes alimentados por via oral⁽³⁸⁾. A alimentação entérica deverá ser considerada quando a ingestão oral não é considerada suficiente⁽³⁹⁾.

TRATAMENTO

Os objectivos no tratamento da disfagia são a redução da morbilidade e mortalidade associada a infecções pulmonares, melhoria do estado nutricional, e o retorno ou aproximação de um padrão normal de deglutição com a consequente melhoria na sua qualidade de vida^(15, 39).

A terapia inclui um trabalho directo ou indirecto da deglutição. A terapia directa significa a introdução do alimento por via oral e reforço dos comportamentos apropriados durante a deglutição, através de técnicas activas. As técnicas activas são aquelas para o treino da deglutição com saliva e alimentos em diferentes consistências, volumes, temperaturas e sabores. Trabalha-se ainda as posturas compensatórias em doentes com perdas estruturais ou funcionais importantes^(2, 40). A terapia indirecta significa utilizar exercícios para melhorar o controlo motor que é um pré-requisito para uma deglutição normal, através de técnicas passivas. As técnicas passivas são utilizadas em pacientes com capacidade cognitiva reduzida ou não colaborantes; evitando o desenvolvimento de hipersensibilidade oral e reacções patológicas (reflexos patológicos), e ainda estimulando os reflexos de protecção (tosse e vómito) e deglutição, evitando a aspiração de saliva e preparando para o retorno da alimentação por via oral^(2, 40).

Várias estratégias têm sido propostas para prevenir a pneumonia aspirativa em pacientes com disfagia⁽⁴¹⁾, mas estudos sobre a sua eficácia clínica são raros⁽⁴¹⁾, surgindo assim a dúvida de qual a melhor via de administração.

O diagnóstico de disfagia não deve ficar restrito às fases agudas do AVC, pois há um aumento considerável da incidência se as avaliações forem repetidas à medida que o paciente apresenta recuperação do quadro clínico, permitindo a detecção de disfagia⁽⁴²⁾.

OBJECTIVO

Este estudo tem como principal objectivo mostrar a evolução do estado nutricional de um paciente com disfagia pós-AVC, através da acção de uma equipa multidisciplinar, realçando o papel de uma alimentação adequada.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NUM CASO DE DISFAGIA PÓS-AVC - Estudo de Caso

Para a realização deste estudo caso, foi solicitado um pedido de consentimento informado aos familiares da doente dado que este apresentava reduções de capacidades cognitivas.

DESCRIÇÃO DO CASO

Este estudo de caso descreve uma doente, do sexo feminino, com 87 anos de idade que no dia 8 de Abril de 2009 foi internada no Hospital de São Marcos (HSM) por apresentar afasia e hemiparésia direita. Fez um TAC cerebral evidenciando-se uma lesão hemorrágica frontal esquerda. Durante o seu internamento a doente manteve os seus défices neurológicos (afasia, hemiparésia), sem agravamento clínico. Esta utente permaneceu internada no HSM durante 19 dias sendo de seguida referenciada para a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) após melhoria clínica para continuar a recuperação e início da terapia de reabilitação funcional. Assim, no dia 27 de Abril de 2009 a doente deu entrada na Unidade de Convalescença do Hospital António Lopes para recuperar e dar início à terapia de reabilitação funcional após o AVC hemorrágico.

Durante o seu internamento no HAL, a doente foi acompanhada pela equipa multidisciplinar composta por: médico de clínica geral, terapeuta da fala, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e enfermeiros.

Numa avaliação inicial a utente apresentava afasia global, desvio da comissura labial para a esquerda e hemiparésia direita, estando a ser alimentada e hidratada por SNG.

MÉTODOS

Este estudo inicialmente foi delineado para mais utentes, sendo considerados determinados critérios de selecção:

- Idade superior a 65 anos;
- IMC inferior a 20;
- Sem antecedentes de disfagia e/ou nenhuma cirurgia que possa ter impacto na deglutição, assim como distúrbios neurológicos que estejam relacionados com a capacidade de deglutição;
- Perda de peso nos últimos 3 meses.

Embora nenhuma ferramenta específica tenha sido desenvolvida para avaliar o risco nutricional do doente após o AVC, a “ European Society for Clinical Nutrition and Metabolism” (ESPEN) refere a utilização do MUST para adultos hospitalizados e do Mini Avaliação Nutricional (MNA), mais adequado para doentes idosos. Para uma avaliação mais detalhada do estado nutricional recomenda o cruzamento dos dados anteriores com parâmetros laboratoriais, informações clínicas e ingestão alimentar do doente. O estado nutricional do doente deverá ser monitorizado com a regularidade adequada⁽⁴³⁾.

O MNA possui um grande potencial permite avaliar e monitorizar o risco nutricional, detectar a necessidade de medidas nutricionais preventivas, como o suporte nutricional precoce, e permite verificar o impacto da intervenção nutricional com uma melhora nos parâmetros nutricionais^(44, 45), sendo o melhor indicador das alterações nutricionais após o AVC⁽⁴⁵⁾.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Muitos métodos têm sido propostos para a avaliação do estado nutricional do idoso hospitalizado. Estes incluem a história clínica (com atenção à evolução ponderal) e o exame físico (com particular atenção à perda de gordura subcutânea e massa muscular), a avaliação da ingestão alimentar, a antropometria, o doseamento de proteínas séricas, nomeadamente a albumina (na ausência de doença hepática, retenção hídrica ou perdas excessivas) e os testes imunológicos são suficientes para a detecção de desnutrição no idoso⁽⁴⁶⁾. A avaliação nutricional do paciente idoso deve ser feita de maneira padronizada e criteriosa⁽⁴⁷⁾.

Antropometria

O indicador antropométrico é essencial na avaliação nutricional geriátrica⁽⁴⁸⁾; o envelhecimento causa alterações a nível do peso, altura e composição corporal que deverão ser tomadas em consideração quando se avaliam estes parâmetros^(46, 48).

A avaliação indirecta da estatura através da avaliação da altura calcânhar-joelho é um método alternativo para os doentes acamados ou para os que sofrem de alterações da estática da coluna vertebral⁽⁴⁶⁾. A posição utilizada para medir a

altura do joelho-calcanhar é a posição deitada, ficar com a perna flectida, formando um ângulo de 90° com o joelho⁽⁴⁸⁾. As equações para estimar a estatura de idosos a partir do comprimento da perna são as definidas por⁽⁴⁹⁾:

Homem - $(2,02 \times \text{altura do joelho calcanhar}_{(cm)}) - (0,04 \times \text{idade}_{(anos)}) + 64,19$

Mulher - $(1,83 \times \text{altura do joelho calcanhar}_{(cm)}) - (0,24 \times \text{idade}_{(anos)}) + 84,88$

A doente foi pesada numa balança própria para pesar doentes em cadeira de rodas.

Parâmetros laboratoriais

A avaliação das proteínas viscerais foi efectuada através do doseamento sérico da albumina⁽⁴⁶⁾. Embora dependente de vários factores, nomeadamente do estado de hidratação e da função hepática, a albumina sérica continua a ser o principal indicador do estado nutricional e do compartimento proteico visceral, a longo prazo, no idoso.

Parâmetros Imunológicos

A contagem de linfócitos totais continua a ser um indicador do estado nutricional muito utilizado no idoso⁽⁴⁶⁾.

Procedimentos da terapia da fala

Vários protocolos internacionais sugerem que a avaliação clínico-funcional seja realizada com líquido (água), enquanto os autores nacionais indicam, predominantemente, a utilização de consistência pastosa ou testes funcionais que conjuguem até três consistências: sólido, pastoso e líquido. É importante ressaltar que a aspiração de água tende a provocar problemas menores que alimentos⁽⁵⁰⁾.

O doente é observado desde a obtenção do alimento até após a deglutição completa do bolo. São testadas três consistências de alimento: líquido, pastoso (fino e grosso) e sólido. Durante esta avaliação observa-se a presença ou não de sinais clínicos de aspiração, controle do bolo na cavidade oral, mobilidade da laringe e qualidade vocal após a deglutição^(1, 2).

A orientação prática foi direccionada para o doente, cuidador e auxiliares e constou de:

- Manter o paciente em decúbito elevado durante a alimentação;
- Durante a oferta da dieta o cuidador ou auxiliar deve colocar-se na mesma altura do doente no lado do corpo que está comprometido;
- Oferecer os alimentos com uma consistência pastosa, com aparência, aroma e sabor agradáveis e que promovam o prazer;
- Oferecer pequenas quantidades na colher observando a aceitabilidade, preparação e deglutição do alimento;
- Durante a refeição manter um ambiente tranquilo, fazendo com que este não fale enquanto mastiga e deglute o alimento de forma a não dispersar a atenção;
- Oferecer os líquidos devidamente espessados em pequenas quantidades;
- Dissolver a medicação na sopa.

Devido à inexistência de uma classificação para o grau da disfagia, foi classificada a disfagia da utente de acordo com a versão adaptada da Escala de severidade da Disfagia (O'Neil) (**ver anexo 1**).

EVOLUÇÃO CLÍNICA/NUTRICIONAL

Dados da utente na admissão hospitalar:

Peso - 44,6 Kg

Altura - 1,57 m

IMC - 18 kg/m²

Problemas de mastigação

No momento da admissão hospitalar foi aplicado à doente o MUST e o MNA, apresentando ambos um índice global de desnutrição elevado. Fez-se também o cruzamento destes dados com parâmetros bioquímicos e imunológicos que vieram confirmar este facto.

A doente apresentou uma disfagia de nível 4 e uma capacidade cognitiva muito reduzida não compreendendo a actividade de emparceiramento de objectos do quotidiano. Sete dias após o internamento a utente não dormia durante a noite, apresentando-se sonolenta durante o dia faltando ou não colaborando nas sessões de terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia, o que pode ter inferido numa evolução mais lenta da doente durante o seu internamento.

A adequação nutricional da dieta foi avaliada periodicamente através de registos alimentares diários e da pesagem semanal da doente (ver tabela 1).

Para além da disfagia da utente, esta também apresentava problemas de mastigação, sendo-lhe oferecidas 6 refeições por dia com consistência pastosa. Intercaladamente, a doente tomava um suplemento nutricional a meio da manhã, substituindo a papa de bolacha Maria com leite meio-gordo. Alimentou-se sempre a gosto, excepto nos dias em que estava sonolenta, comendo apenas metade do que lhe era oferecido.

| Data | 27/4/2009 | 4/5/2009 | 11/5/2009 | 18/5/2009 | 25/5/2009 |
|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Peso (Kg) | 44,6 | 45,9 | 45,6 | 46,5 | 47,8 |

Tabela I – avaliação semanal do peso

Durante os 29 dias de internamento verificou-se um aumento de 3.2 kg do seu peso; na semana de 4 a 11 de Maio, a doente apresentava-se muito sonolenta comendo apenas metade da refeição que lhe era oferecida, razão pela qual poderá ter mantido o seu peso durante esta semana. Cinco dias antes da alta foram realizadas novas análises, podendo-se verificar que não houve a melhoria que se esperava principalmente na albumina, mantendo os valores iniciais.

A utente no momento da alta apresentava um aumento da força muscular nos membros direitos, manteve a afasia com uma ligeira melhoria do equilíbrio, embora necessitasse de terceiros para realizar marcha e para a realização de tarefas, por exemplo necessita de ajuda na alimentação mas já consegue levar a colher à boca. Apesar de a doente se mostrar mais colaborante continua com défices a todos os níveis, o que interfere na capacidade da doente voltar a ter uma deglutição normal.

Durante o internamento foram dadas algumas instruções/orientações aos cuidadores sobre os procedimentos necessários para se cuidar da doente, uma vez que estes iriam ser os seus responsáveis após a alta do hospital.

ANÁLISE CRÍTICA

Após o AVC, os indivíduos podem ter as suas capacidades cognitivas reduzidas, demência avançada e reduzida capacidade de deglutição ou podem não reconhecer o objectivo dos alimentos o que afecta a sua capacidade de comer e beber em segurança⁽²⁴⁾.

O desenvolvimento de pesquisas na área da disfagia tem contribuído intensamente para o avanço do conhecimento neste campo de actuação multidisciplinar. Embora os profissionais de saúde tenham muitas informações à sua disposição, diversos são também os problemas encontrados⁽⁵⁰⁾.

Têm sido descritas para doentes disfágicos várias dietas e estratégias alimentares, mas são raros estudos da sua eficácia clínica⁽²⁵⁾. Os representantes dos vários cuidados de saúde, incluindo nutricionistas, terapeutas da fala e médico do doente devem trabalhar juntos para o diagnóstico da disfagia orofaríngea e fornecer um tratamento nutricional adequado⁽⁵¹⁾. Uma das finalidades deste trabalho foi mostrar a importância da intervenção de um nutricionista na evolução do estado nutricional num doente com disfagia pós-AVC no âmbito de uma equipa multidisciplinar. Se tivermos uma equipa multidisciplinar durante o tratamento e reabilitação do doente com disfagia é possível fornecer um tratamento adequado para os distúrbios da deglutição, mantendo ou melhorando o estado nutricional do doente⁽⁵¹⁾.

A caracterização precoce do estado nutricional e a subsequente intervenção em idosos disfágicos podem atenuar os efeitos devastadores da desnutrição. É assim importante realizar a avaliação nutricional no momento da admissão hospitalar nos doentes com AVC, de forma a prevenir eventuais

complicações que possam surgir. A avaliação do estado nutricional consiste na adequação nutricional diária da ingestão alimentar, mudanças no peso corporal e análises clínicas⁽⁵²⁾. No momento da admissão hospitalar e cinco dias antes do momento da alta foram realizadas análises clínicas. Verificou-se que não ocorreu a melhoria que se esperava principalmente nos valores da albumina. Contudo pode-se considerar uns bons resultados, uma vez que, a albumina manteve-se durante o seu internamento, sem descer. A albumina é um marcador negativo da fase aguda e tem uma semi-vida longa (aproximadamente 20 dias). Isto faz com que a concentração plasmática de albumina aumente lentamente em pacientes que recuperam de um stress e naqueles que recebem intervenção nutricional⁽²²⁾. Nos exames bioquímicos é essencial a atenção na interpretação desses exames, pois, apesar de permitir detectar problemas nutricionais precocemente, os indicadores bioquímicos podem ter sido influenciados por doenças/complicações, uso de drogas ou stress, condições estas bastante frequentes no individuo idoso⁽⁴⁸⁾.

Muitos pacientes podem engolir com segurança se forem correctamente posicionados e se os alimentos sólidos e líquidos possuírem uma consistência adequada, utilizando uma variedade de estratégias compensatórias⁽²⁶⁾. Assim, o tratamento para a disfagia orofaríngea inclui alterações na consistência e textura dos alimentos, exercícios compensatórios como posturas da cabeça, exercícios nos músculos orofaríngeos e estimulação da sensibilidade da faringe⁽⁵³⁾.

A modificação da dieta é o componente essencial do tratamento em disfagia e muitos programas alimentares têm sido sugeridos. No entanto estes programas são muito diferentes⁽⁵²⁾. Se o doente com disfagia é capaz de ingerir a dieta via oral com segurança e com o mínimo risco de aspiração, os alimentos

sólidos e líquidos a serem oferecidos de forma a facilitar a deglutição⁽³¹⁾. A textura dos alimentos líquidos e sólidos são muito importantes num doente com disfagia pois a componente emocional, sensorial e psíquica estão envolvidas no acto de comer⁽⁵²⁾. O nutricionista deve assegurar uma dieta com um bom paladar e nutricionalmente adequada, recomendando mudanças de consistência alimentar para consistência mole ou de puré a fim de preservar o valor energético da alimentação⁽²²⁾. Tornando-se fundamental encontrar a qualidade sensorial do alimento (gosto, temperatura, textura e a consistência)⁽⁵⁴⁾ que são mais estimulantes para o paciente⁽¹⁾, através de soluções dietéticas nutritivas⁽²²⁾, variadas e apelativas. Tornando-se desta forma possível alimentar oralmente os doentes disfágicos, satisfazendo as suas necessidades nutricionais^(25, 55). As dietas para doentes disfágicos devem excluir alimentos crocantes ou com grumos, como tostas, sementes, cereais, bolos ou amêndoas, uma vez que se despedaçam facilmente na cavidade oral, dificultando a deglutição⁽⁵⁶⁾; produtos à base de leite e achocolatados, também são desaconselhados, pois estes, tendem a produzir muco em quantidade excessiva e, além disso ainda podem ser difíceis de deglutir⁽⁵⁴⁾.

A ingestão inadequada de água é uma característica importante nos pacientes com AVC, que apresentam dificuldades na deglutição⁽²²⁾. Neste grupo de pacientes e, de um modo mais geral, no idoso com doença aguda, a desidratação como resultado da ingestão insuficiente de água pode não ser percebida, devido ao limiar diminuído para a sede e ao comprometimento cognitivo⁽²²⁾, que muitas vezes é subvalorizado, particularmente naqueles alimentados apenas por via oral. A incidência de aspiração é aumentada quando os doentes com disfagia ingerem líquidos de baixa viscosidade⁽⁵⁷⁾. Assim, a

ingestão de fluidos, por via oral, em doentes disfágicos deve contemplar a adição de substâncias espessantes ou líquidos pré-espessados, uma vez que a sua utilização diminui o tempo do trânsito orofaríngeo, criando um bolo mais coeso e fácil de controlar. Líquidos mais viscosos podem promover uma deglutição mais segura, minimizando a possibilidade de aspiração⁽²⁹⁾. Contudo a utilização de espessantes (constituídos por amido) aumentam a ingestão glucídica da dieta, devendo por isso ser considerada na elaboração do plano alimentar, sobretudo em doentes diabéticos ou que apresentem hiperglicemia após o AVC^(29, 52, 57). Sendo importante que o plano alimentar em doentes disfágicos seja individualizado.

O controlo da viscosidade na modificação da consistência dos alimentos também é importante nos doentes com disfagia porque pode influenciar o risco de aspiração pulmonar e retenção na faringe após a deglutição⁽⁵²⁾. Alimentos de diferentes viscosidades geralmente são testados, e uma determinada viscosidade do alimento que é considerado seguro é então escolhido⁽⁵²⁾.

Os problemas associados com uma hidratação adequada para pacientes hospitalizados é muito semelhante ao fornecimento de uma alimentação adequada⁽⁵⁷⁾.

As refeições devem ser pequenas, mas frequentes, em horário regular e ambiente tranquilo^(22, 53, 58, 59). Depois de alimentar-se, o paciente deve permanecer sentado por pelo menos de 15 a 30 minutos para prevenir o risco de aspiração ou pneumonia, principalmente em casos de reinício da alimentação por via oral^(1, 31). Sendo importante ressaltar, que a fadiga durante a alimentação, acontece normalmente após os 10 minutos consumidos, e é na fadiga que pode ocorrer aspiração⁽¹⁾.

O uso de sondas, como via alternativa para alimentação, será recomendado sempre que houver uma limitação importante para o transporte do bolo alimentar e quando houver risco de aspiração, decorrente da falta de segurança nesse transporte, causando infecções respiratórias^(3, 39). Nestas situações, a nutrição entérica dever-se-á manter até à normalização da deglutição ou uma ingestão oral adequada^(58, 60).

A hemiplegia também pode afectar a ingestão alimentar de várias maneiras, por exemplo se o lado dominante do doente é afectado, o doente terá que usar a outra mão para se alimentar, tornando-se assim mais difícil comer⁽²⁸⁾.

A idade é certamente um factor significativo na readaptação mental e social dos doentes, sendo que um doente mais jovem terá uma melhor readaptação⁽⁶¹⁾. A cognição e a função mental são factores importantes que afectam o grau e a taxa de recuperação, especialmente nas funções motoras mais complexas⁽⁶¹⁾.

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea depende da elaboração de um programa terapêutico de reabilitação que eleja um grupo de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, reflectindo-se de maneira satisfatória no quadro geral do individuo⁽⁶²⁾. Assim, a reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente se alimenta eficientemente por via oral ou ganha peso, ou com a redução na ocorrência de pneumonia aspirativa⁽⁶²⁾.

A doente no momento da alta, apesar de não ter recuperado totalmente a sua habilidade de deglutição, pode alimentar-se eficientemente por via oral sem riscos elevados de pneumonia aspirativa, recuperando durante o seu internamento 3.2 kg.

De acordo com McLellan *et al.* é possível afirmar que a terapia da fala e a terapia nutricional podem ser eficazes na reabilitação de cada doente e possibilitam uma intervenção mais adequada e apropriada para cada um deles⁽¹⁵⁾. Salienta-se a importância da formação das equipas de enfermagem e auxiliares da acção médica ou outros intervenientes na alimentação de doentes disfágicos, havendo assim um maior respeito pelas recomendações nutricionais, contribuindo desta forma para um melhor estado nutricional destes doentes⁽²⁹⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A compreensão ou comunicação prejudicada ou ausente devido a uma lesão adquirida do hemisfério cerebral dominante é diferente nos doentes com AVC pelo que os resultados deste estudo de caso não podem ser generalizados a todos os idosos com disfagia após o AVC, assim como também, pelo facto de ser apenas um único estudo de caso.

CONCLUSÃO

Muitos pacientes com disfagia têm uma capacidade limitada de seguir com segurança as recomendações da deglutição, por exemplo, devido a um défice cognitivo os pacientes com disfagia após o AVC raramente percebem que têm um problema de deglutição, o que significa que os cuidadores têm a responsabilidade de seguir as recomendações nutricionais dadas pelo nutricionista. O não cumprimento associa-se desta forma a resultados adversos, elevadas taxas de mortalidade e pneumonia como causa de morte⁽²⁹⁾. Proporcionar um aporte nutricional adequado em idosos com disfagia torna-se um desafio⁽²⁵⁾, pelo que se procurou durante o internamento desta doente encontrar a qualidade sensorial do

alimento (gosto, temperatura, textura e consistência) que são as mais estimulantes para o doente, tornando desta forma mais fácil a sua ingestão. O aumento da ingestão energética pode estar relacionado com uma dieta adaptada aos gostos, capacidade de engolir e densidade de energia dos alimentos consumidos. Idosos com disfagia podem beneficiar com uma dieta variada, sendo importante uma aparência e sabor agradável na modificação da textura dos alimentos⁽²⁵⁾. Também é importante lembrar o elevado risco de desidratação nestes doentes, principalmente nos que possuem capacidades cognitivas reduzidas, sendo uma responsabilidade não só do pessoal do hospital como também dos seus familiares e/ou cuidadores.

No momento da alta a utente não recuperou a sua habilidade antiga de deglutição, mas é possível continuar a alimentar-se por via oral. Nem sempre é possível devolver ao paciente a sua habilidade anterior de deglutição, mas sim possibilitar-lhe, uma deglutição eficiente e sem riscos para a saúde e para a sua vida⁽¹⁰⁾.

Pode-se pensar numa terapia eficaz quando o doente se alimenta em pequenas quantidades por via oral, com alimentos adequados em termos de consistência e com sabores que lhe são agradáveis⁽³⁾.

Pode concluir-se que esta doente, apesar de não ter recuperado totalmente uma deglutição normal, teve uma eficiente reabilitação: alimentando-se eficientemente por via oral, aumento 3.2Kg e não possui riscos elevados de pneumonia aspirativa.

A prática de deglutir outras consistências excepto liquido, pelo risco de aspiração, com certeza auxiliou no desenvolvimento de maior eficácia na deglutição, já que o melhor exercício para deglutir é deglutir⁽¹²⁾.

É fundamental uma intervenção nutricional periódica com a finalidade de solucionar ou amenizar os sintomas apresentados pelos pacientes e, conseqüentemente, evitar que possam piorar ou não haja progressão do seu estado nutricional⁽¹⁵⁾.

Estes resultados só foram possíveis através do trabalho de uma equipa multidisciplinar, durante a avaliação e tratamento do doente com disfagia fornecendo um tratamento adequado para os distúrbios da deglutição, mantendo ou melhorando o estado nutricional do doente⁽⁵¹⁾. É importante que todo o pessoal do hospital desde o médico ao auxiliar de acção médica, receba formação sobre os cuidados nutricionais a ter com um doente disfágico e que tenha uma especial atenção ao risco de desidratação nos doentes que são dependentes.

Cabendo por fim ressaltar que o processo terapêutico é único para cada paciente, apoiado na sua avaliação individual e na evolução que este paciente vai apresentando⁽¹⁾.

Referências Bibliográficas

1. de Castro SM. O Envelhecimento Natural da Laringe: Disfagia Uma abordagem multidisciplinar [trabalho de conclusão de curso]. 2008.
2. Escoura JB. Exercícios e Manobras Facilitadoras no Tratamento de Disfagias. 1998;
3. Silva LM. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2006; 9
4. Gonçalves RI. A Prevalência de Sintomas Sugestivos de Disfagia nos Pacientes Hospitalizados, em Atendimento Fitoterapêutico num Hospital Geral.
5. Cavalcanti HG. Disfagia Orofaríngea de Origem Neurológica em Adulto [Monografia]. 1999;
6. Rangel FB. Disfagia no Adulto: O papel do fonoaudiólogo e nutricionista. 1998;
7. Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Schelp AO, Henry MACA. Reabilitação em Disfagia Orofaríngea Neurogênica: Sabor Azedo e Temperatura Fria. Revista CEFAC. 2008; 10(2):200-05.
8. Marchesan IQ, Furkim AM. Manobras Utilizadas na Reabilitação da Deglutição Medsi. 2003:375-84
9. Gordon C, Hower RL, Wade DT. Dysphagia in Acute Stroke. Br Med J. 1987; 295:411-14.
10. Abdulmassib EMS, Filho EDM, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolution of Patients with Oropharyngeal Dysphasia in Hospital Environment. Intl Arch otorhinolaryngol. 2009; 13(1):55-62.
11. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause Alimentos, nutrição e dietoterapia. Terapia Clínica Nutricional nos Distúrbios Neurológicos. 10.^a ed. São Paulo. Editora Roca. 2002:904-14.
12. Moschetti MB. Disfagia Pós-Acidente Vascular Cerebral. Estudo de um caso. Revista CEFAC. 2001; 3:133-41.
13. Barros AFF, Fábio SRC, Furkim AM. Correlação entre os Achados CClínicos da Deglutição e os Achados da Tomografia Computadorizada de Crânio em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico na Fase Aguda da Doença. Arq Neuropsiquiátrico. 2006; 64(4):1009-14.
14. McLellan KCP, Donato CS, Adabo M, Panhoca I. Perfil Nutricional de Pacientes com Afasia Atendidos em uma Clínica e Fonoaudiologia. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro. 2008; 16(1):99-114.

15. Ferreira C, Pita F, Ferreira I, Rodrigues M, Cruz VT. Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais. 2006;
16. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. World Health Organization. 2000;
17. Cunha EC, Rochelle SLA, Oliveira MRM. Desnutrição em pacientes hospitalizados e institucionalizados com AVC.[citado em: 12 de Junho de 2009]:
18. Diretrizes Assistenciais - Protocolo de Acidente Vascular Cerebral. Fonoterapia. Albert Einstein Hospital Isrealita. Março de 2009;
19. Pereira S, Coelho FB, Barros H. Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. Acta Med Port 2004; 17:187-92.
20. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause Alimentos, nutrição e dietoterapia. Terapia Clínica Nutricional nos Distúrbios Neurológicos. 10.^a ed. São Paulo. Editora Roca. 2002:904-14.
21. Perfil Nutricional de Pacientes Hospitalizados e Institucionalizados com AVC.
22. Management of Dysphagia in Acute Stroke. An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional. 2006;
23. Germain I, Dufresne T, Gray-donald K. A Novel Dysphagia Diet Improves the Nutriente Intake of Institutionalized Elders. J Am Diet Assoc. 2006; 106(10):1614-23.
24. Dennis M. Nutrition after Stroke. Oxford Journal. 2000; 56(2):466-75
25. Hillel M, Finestone MD, Greene-Finestone LS, MSc, R.D., Wilson ES, et al. Malnutrition in Stroke Patients on the Rehabilitation Service and at Follow-Up: Prevalence and Predictors. Arch Phys Med Rehabil. abril de 1995; 76:310-16.
26. Gariballa SE, Sinclair AJ, Assessment and Treatment of Nutritional Status in Stroke Patients. Postgard Med J. 1998; 74:395-99;
27. Rosenvinge SK, Stark ID. Improving care for patients with dysphagia. Age Ageing. 2005; 34(6):587-93.
28. Mcllellan KCP, Donato CS, Adabo M, Panhoca I. Perfil Nutricional de Pacientes com Afasia Atendidos em uma Clinica e Fonoaudiologia. Cad Saúde Colet, Rio de Janeiro. 2008; 16(1):99-114;
29. Jacobi JS, Levy DS, Correa LM. Disfagia - Avaliação e Tratamento. 1^a ed, Revinter, 2003;

30. Malagelada JR, Bazzoli F, Elewaut, Fried M, Krabshuis JH, Lindberg G, et al. World Gastroenterology Organisation Practise Guidelines: Disfagia. Janeiro de 2004;
31. Bretan O. Quando Suspeitar de Aspiração Silenciosa? Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(4):283-92.
32. James R, Gines D, Menlove A, Horn SD, Gassaway J, J. Sr. Nutrition support (tube feeding) as a rehabilitation intervention. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 86 (12 SUPPL)
33. Oh H, Suh Y, Hwang S, W. S. Effects of nasogastric tube feeding on serum sodium, potassium, and glucose levels. Journal of Nursing Scholarship. 2005; 37 (2):141-47.
34. Foley N, Teasell R, Salter K, Kruger E, Martino R. Dysphagia Treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials. Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. 2008; 37:258-64.
35. Dziewas R, Ritter M, al. e. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube Journal Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75:852-56.
36. Mamun K, Lim J. Role of Nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. Singapore Med J. 2005; 46(11):627-31.
37. Singh S, Hamdy S. Dysphagia in Stroke Patients. Postgrad Med J. 2006; 82:383-91.
38. Rangel FB. Disfagia no Adulto: O papel do fonoaudiologo e nutricionista. 1998;
39. Schelp AO, Cola PC, GAtto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. Arquivo Neuropsiquiatrico. 2004; 62:503-06.
40. Espean Guidelines an artificial enteral nutrition - Percutaneous Endoscopic gastrastomy (PEG). Clinical Nutrition. 2005; 24(5):848-61.
41. Maciel JRV, Oliveira CJR, Tada CMP. Associação entre o grau do risco de disfagia e o risco nutricional dos pacientes idosos internados na clinica médica do Hospital Universitário de Brasília. Ver. nutr. 2008; 21(4): 411-421;
42. Crary MA, Carnaby-Mann GD, Miller L, Antonios N, Silliman S. Dysphagia and Nutritional Status at the Time of Hospital Admission for Ischemic Stroke. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2006; 15(4):164-71.
43. Aragão A, Verissimo T, de Oliveira MHS. Alimentação Enteral no Idoso. Medicina Interna. 1997; 4(2):96-106.

44. Marchini JS, Ferriolli E, Moriguti JC. Suporte Nutricional no Paciente Idoso: Definição, Diagnóstico, Avaliação e Intervenção. Medicina, Ribeirão Preto. 1998; 31:54-61.
45. Sampaio LR. Avaliação Nutricional e Envelhecimento. Rev Nutr, Campinas. 2004; 14(4):507-14.
46. Lee RD, Nieman DC. Nutritional Assessment. Fourth Edition ed. New York; McGraw-Hill; 2007.
47. Marques CHDM, Charles A, Rosso ALZ. Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. Acta Fisiatrica. 2008; 15(2):106-10.
48. O'Gara JD, M.A.M.S., R.D. Dietary Adjustments and Nutritional Theraphy during treatment for Oral-Pharyngeal Dysphagia. Dysphagia. 1990; 4:209-12.
49. Paik NJ, Han TR, Park JW, Lee EK, Park MS, Hwang IK. Categorization of dysphagia diets with the line spread test. Arch Phys Med Rehabil. Maio 2004; 85(5):857-61.
50. Schindler A, Grosso E, Tiddia C, Cavalot AL, Ricca G, Ottaviani F, et al. Swallowing disorders:management data. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2003; 23:180-84.
51. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (SIGN). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edinburg (Scotland): Scottish intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2004.
Disponível em: <http://www.sign.ac.uk//pdf/sign78.pdf>
52. Martino R, Masciteill A, Knutson P, Powell-Vinden. B. Meanagement of Dysphagia in Acute Stroke. An Educational Manual for the Dysphagia Sreening Professionals. 2007;
53. Whelan K. Inadequate fluid intakes in dysphagic acute stroke. Clin Nutr. 2001; 20(5):423-28.
54. Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. Can Med Assoc J. 169(10):1041-44.
55. National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery.
56. Adams AP, Adams R, Brott T, Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. 2003:1056-83.

57. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. Journal of the American Heart Association. 1989; 20:1407-31.

58. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-Fono Revista de actualização científica. 2007; 19(1)

Anexo 1

a2

Anexo 2