



A importância do Fonoaudiólogo no protocolo de prevenção de Pneumonia aspirativa na Unidade de Terapia Intensiva



pelelo Fonoaudiólogo **José Ribamar do Nascimento**

- » Diretor do Instituto de Gerenciamento em Deglutição (IGD);
- » Aprimoramento no gerenciamento de pacientes críticos disfágicos pelo CEFAC;
- » Mestre em ciências pela Fundação Antônio Prudente - AC Camargo Center Câncer;
- » Membro do depto. de Fonoaudiologia da AMIB.

APOIO:

A disfagia é o resultado de uma variedade de doenças de base incluindo o Acidente vascular Cerebral (AVC), Traumatismo cranioencefálico (TCE), Doenças neuromusculares, Câncer de cabeça e pescoço dentre outras e pode levar a várias complicações em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (gravemente doentes) incluindo desidratação/desnutrição, necessidade de introdução de via alternativa de alimentação (nutrição enteral), aumento da incidência de pneumonia aspirativa, redução da proteção das vias aéreas, ventilação mecânica prolongada, aumento do uso de recursos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), impacto na sobrevida, tempo de internação prolongado em UTI e hospitalar (Perren et al 2019).

A estimativa da disfagia na unidade de Terapia Intensiva muitas vezes é subestimada, uma vez que, algumas variáveis interferem diretamente para seu diagnóstico, como a falta de avaliações específicas para identificação da alteração com precisão, variação no tempo da avaliação da biomecânica da deglutição, sendo este um dos fatores mais comumente encontrados, dentro das unidades hospitalares, no nosso País, influenciando assim a determinação precisa da prevalência dessa alteração (Macht et al 2014). Vale complementar que **pacientes criticamente doentes podem apresentar declínio funcional até 5 anos após a alta hospitalar, e as alterações de deglutição não ficam fora dessa estimativa, devido a fraqueza muscular, alterações sensoriais e distúrbios cognitivos associados à doença crítica, traumas laringeos devido a necessidade de intubação orotraqueal, muitas vezes de forma prolongada** (Snippenburg et al 2018).

É sabível em estudos que 51% (N=264) dos pacientes cirúrgicos que receberam ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva, acima de 48 horas de intubação, apresentaram alterações da deglutição quando realizaram avaliação fonoaudiológica pós extubação para detecção. Quando verificado, a partir da avaliação endoscópica da deglutição (VEED) em pacientes pós extubação prolongada, foram observadas alterações da fase faríngea da deglutição em 44% dos pacientes (Macht et al 2014).

Em estudo com um grupo de 446 pacientes que necessitaram de suporte ventilatório prolongado (Ventilação mecânica), na UTI, observou-se **a presença de disfagia em 84% dos pacientes com grau de severidade variando de moderada a grave em 67% dos casos** (Macht et al 2011).

Os indivíduos que apresentam a disfagia estão relacionados a dois tipos de complicações, uma devido ao grau de insegurança para realização de uma deglutição segura, podendo originar quadros de penetrações e/ou aspirações, que por muitas vezes pode ter ligação com quadros de pneumonia. Outra complicação, relacionada com a incapacidade do paciente em desempenhar a função da deglutição (ato de levar o alimento da boca ao estômago) de forma eficiente, podendo levar aos quadros de desnutrição e desidratação. Estima-se que a disfagia está presente em 6,7% dos pacientes hospitalizados americanos com um custo anual atribuível de até \$547 milhões de Dólares (Steele et al 2019).

Para evitar resultados adversos na saúde, a detecção precoce da disfagia se faz necessária e de grande

importância principalmente para minimização das sequelas, redução do risco de pneumonias aspirativas, diminuição do tempo de internação nas unidades, bem como no tempo de internação hospitalar, garantir boas práticas de segurança ao paciente permitindo assim melhores condições de desfecho clínico e qualidade de vida (O'Horo et al 2014).

O ritmo da inovação nos cuidados de saúde nunca foi tão crescente, e essa inovação é constante e apresenta um amplo e complexo grupo de intervenções e sistemas de atenção à saúde. A partir dos dados descritos, vale ressaltar a importância da criação de protocolos clínicos gerenciados, a fim de sistematizar o serviço prestado e garantir melhores condições de tratamento e assistência aos doentes dentro dos serviços de saúde.



O Protocolo de Prevenção de Pneumonia Aspirativa, ou cotidianamente intitulado de Protocolo de Broncoaspiração, é de grande importância dentro das unidades hospitalares a fim de criar uma linha de cuidado e de seguimento multiprofissional, garantindo melhor suporte as possíveis sequelas da deglutição bem como desempenhar boas práticas do cuidado.

No nosso País esse protocolo Multidisciplinar ainda não é uma realidade em todos os serviços públicos e privados e requer uma grande interação de todos os profissionais inseridos no contexto do cuidado, para que se possa ter um bom êxito na sua aplicação e na condução das ferramentas utilizadas.

A estruturação do protocolo deve ser de forma multiprofissional, desde a admissão do doente, até a sua alta hospitalar, favorecendo assim o cuidado integrado e a segurança do serviço, além de melhores resultados em saúde. Protocolos baseados em diretrizes trazem benefícios também na redução de morbimortalidade e melhora da qualidade de vida.

O diagnóstico da disfagia começa com a suspeita da presença desse sintoma clínico e, em seguida, os pacientes com alto risco devem ser selecionados e devem ser aplicados testes de triagem simples, os quais podem ser realizados por toda a equipe multiprofissional. A sinalização desse sintoma é primordial para dar início aos cuidados para prevenção, bem como a realização do acionamento de uma equipe de Fonoaudiologia. O objetivo é de se realizar a triagem fonoaudiológica, importante na redução dos riscos e serve também de alerta para toda a equipe.

Essa triagem deve ser realizada antes da oferta de alimento, sendo recomendada por diretrizes clínicas.

E conseqüentemente também é necessário realizar a avaliação fonoaudiológica específica da biodinâmica

da deglutição (clínica) e avaliação objetiva, de forma a complementar o diagnóstico, para traçar o planejamento terapêutico específico de reabilitação (HORIGUCHI e SUZUKI 2011; Palli et al 2017).



Concluindo, as equipes assistenciais são essenciais na organização dos processos e na implementação das linhas de cuidado, garantindo que as estratégias do percurso assistencial forneçam o cuidado integral (Furkim e Nascimento Junior 2014). O protocolo de triagem/rastreamento está associado a uma maior taxa de adesão de medidas preventivas, e uma diminuição importante do risco da pneumonia aspirativa em todos os pacientes inseridos dentro desse processo de cuidado em saúde (Hinchev et al 2005).

Esse protocolo de triagem deve ser seguido entre os pacientes de risco, anteriormente à primeira alimentação via oral do paciente, visando a redução do risco de aspiração, uma vez que a introdução de consistências alimentares (viscosidade do alimento) influencia diretamente no desempenho e na segurança da deglutição (Newman et al 2016).



Referências

1. Furkim AM, Nascimento Junior JR. Gestão e Gerenciamento em disfagia Orofaringea In Marchesan IQ, Silva HJ, Tome MC. Tratado de especialidades em Fonoaudiologia. 1ªed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p58.
2. Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S; Stroke Practice Improvement Network Investigators. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke 2005; 36(9): 1972-6.
3. Horiguchi S, Suzuki Y. Screening Tests in Evaluating Swallowing Function. JMAJ 2011;54(1):31-4.
4. Macht M, White D, Moss M. Swallowing dysfunction after critical illness. Chest 2014; 146(6): 1681-89.
5. Macht M, Wimbish T, Clark B, Benson AB, Burnham EL, William A, et al.
6. Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. Crit Care 2011; 15(5): R231.
7. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). Dysphagia 2016; 31(2): 232-49.
8. O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arguello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diagnosis of dysphagia: a systematic review. J Hosp Med. 2015; 10(4):256-65.
9. Palli C, Fandler S, Doppelhofer K, Niederkorn K, Enzinger C, Vetta C, Trampusch E, Schmidt R, Fazekas F, Gattringer T. Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. Stroke 2017; 48(9):2583-85.
10. Perren A, Zürcher P, Schefold JC. Clinical Approaches to Assess Post-extubation Dysphagia (PED) in the Critically Ill. Dysphagia 2019; <https://doi.org/10.1007/s00455-019-09977-w>.
11. Steele CM, Mukherjee R, Kortelainen JM, Pölönen H, Jedwab M, Brady SL, Theimer KB, Langmore S, Riquelme LF, Swigert NB, Bath PM, Goldstein LB, Hughes RL, Leifer D, Lees KR, Meretoja A, Muehleemann N. Development of a Non-invasive Device for Swallow Screening in Patients at Risk of Oropharyngeal Dysphagia: Results from a Prospective Exploratory Study. Dysphagia 2019; <https://doi.org/10.1007/s00455-018-09974-5>.
12. Van Snippenburg W, Kröner A, Flim M, Hofhuis J, Buise M, Hemler R, Spronk P. Awareness and Management of Dysphagia in Dutch Intensive Care Units: A Nationwide Survey. Dysphagia 2018; <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9930-7>.

APOIO:



Competência no gerenciamento
nutricional da disfagia

Para saber mais, acesse:

fresenius-kabi.com.br