

**Distúrbios da Deglutição**  
**Disfagia**  
**e**  
**Doença do Refluxo**  
**Gastroesofágico**



**Thales Marcelo P.**  
**Gonçalves**

# A Deglutição

- Condução do alimento da boca para o estômago → nutrir e hidratar
- Proteção das vias aéreas
  - Elevação e anteriorização da laringe
  - Fechamento da glote
  - Direcionamento do alimento para o esôfago pelo aumento da pressão intrafaríngea ocasionado pelo fechamento da nasofaringe
- Fases
  - Oral; faríngea e esofagogástrica

Furkim AM. 1999

# Fase Oral da Deglutição

## Estágios

### 1. Estágio de preparação

- Trituração e umidificação
- Xerostomia; problemas de oclusão, prótese ou conservação dentária
- Incoordenação e lateralização da língua
- Apraxia da deglutição

### 2. Estágio de qualificação

- Análise do volume, consistência, densidade, grau de umidificação e característica físico-químicas
- Alteração sensibilidade na mucosa bucal e faríngea e/ou gustativa lingual

Costa, MMB. 1998

# Fase Oral da Deglutição

## Estágios

### 3. Estágio de organização

- Divisão p/ propulsão
- Paresia muscular lingual ou bucal; incoordenação lingual e escapes nasais vestibulares

### 4. Estágio de ejeção oral

- Coordenação da boca, língua e faringe p/ formar uma câmara propulsiva aboral
- incoordenação muscular lingual e escapes nasais vestibulares
- Incoordenação da glote com broncoaspiração

# Disfagia

## Definição

- Desordem do mecanismo de deglutição orofaríngea ou esofágica decorrente de problemas anatômicos ou fisiológicos
- Pode levar à broncoaspiração, pneumonia aspirativa, desnutrição, seqüelas e óbito, além de aumentar o tempo de hospitalização, aumenta morbidade e custo, quando não diagnosticada.

Tanaka SC. Nutrição e disfagia, 1999

Brody RA.. Role of registered dietitians in dysphagia screening.

JADA, 2000

# Disfagia

## Classificação

- Disfagia Orofaríngea
  - Disfagia de transferência
  - Inabilidade propulsão bolo alimentar da faringe para o esôfago pela transição faringoesofágica
  - Prevalência 16 a 22% na população > 50 anos e 60% nos pacientes domiciliares

Bloem, B.R.; Br Med J., 1990  
Lindgren, S.; Dysphagia, 1991

- Disfagia Esofágica
  - Deficiência passagem bolo alimentar do esôfago para o estômago

# Disfagia Orofaríngea

## Causas

- Iatrogênica
  - Drogas pós-operatório; radiação; corrosiva
- Nível consciência alterado
  - Alcoolismo, Sedativos e Anestesia
  - Acidente Vascular Cerebral (Isquêmico/Hemorragico)
  - Meningoencefalites (Viral, Bacteriana, BK e Fungo)
  - Neoplasias do SNC
  - Encefalopatia Anóxica, Hepática, Urêmica e Hipoglicemia; Choque
- Infeciosa
  - Sífilis, Mucosite (viral, fungo), botulismo

# Disfagia Orofaringea

## Causas

- Sondas Nasogástricas e enterais

Kirby DF. Gastroenterology, 1999

- Tubos Orotraqueais e Traqueostomias

Elpern EH. Chest, 1994

- Doenças Neuromusculares

- Doença de Parkinson; ELA, Síndrome Guillain-Barré; Miastenia gravis; Paralisia cordas vocais; Esclerose Múltipla; Poliomielite, Polimiosite; síndromes paraneoplásicas

- Doenças Estruturais

- Barra cricofaríngea; Divertículo de Zencker; Neoplasias orofaringolaringe

# Disfagia Orofaríngea

## Avaliação

- Anamnese

Gastroenterology, 1999

- Videofluoroscopia

- Avaliar a dinâmica da deglutição
- Vários ângulos
- Em todas fases
- Baixa exposição à radiação

Cook IJ. Gastroenterology, 1999

Costa MMB. Radiol Bras, 1992

# Disfagia Esofágica

## Causas

- Iatrogênica
  - Drogas pós-operatório; radiação, corrosiva
- Infeciosa
  - Oportunistas em imunodeprimidos (candida, NSV, CMV, M. Tuberculosis)

Hood SV. CID 1999 / Baher PH. Gastroenterology, 1994

- Doenças Motoras
  - Espasmo difuso; acalásia; chagásica; esclerodermia; miastenia gravis; dermatomiosite
- Estrutural
  - Neoplasias benignas e malignas, membranas, osteófitos

# Disfagia Esofágica

## Avaliação

- Anamnese
- Alterações anatômicas
  - Endoscopia digestiva alta
- Alterações funcionais
  - Manometria

Kahrilas P.J. Gastroenterology, 1994

# Manometria Esofágica

- Análise funcional de 3 regiões
  - Esfíncter superior
  - Corpo esofágico
  - Esfíncter inferior
- Esfíncteres
  - Tônus basal, grau e sincronia do relaxamento
- Corpo
  - Contração e propagação peristáltica

# Doença do Refluxo Gastroesofágico

## Definição

- Passagem do conteúdo gastroduodenal para o esôfago ou órgãos adjacentes
- Pirose, regurgitação ácida e disfagia
- 40% mensais; 20% semanais e 10% diários
- Episódios de relaxamento do esfíncter esofágico inferior
- Adaptação inadequada do tônus esfíncteriano às alterações na pressão abdominal

Wo JM. Clín Cir Am Norte, 1997

Shaker L. Am J Med, 1997

Nebel OT. Am Digest J, 1976

Gallup organization, 1988

Worldsland SI. J Ped, 1980

# Doença do Refluxo Gastroesofágico

## Complicações

- Esofagite de refluxo
  - Esôfago de Barret
    - 5 a 15% DRGE de longa evolução
    - Risco *á* de 30 a 125 vezes adenocarcinoma
  - Úlceras esofágicas
  - Estenose esofágica

DeVault KR. Am J Gastr, 1999

Shaheen N. JAMA, 2002

# Doença do Refluxo Gastroesofágico

## Complicações

- Otorrinolaringológicas
  - Rinite e sinusite crônicas, otalgia
  - Laringite, tosse, rouquidão e estridor
  - Disfagia, odinofagia e globus faríngeo
  - Estenose subglótica, Laringomalácia

Rudolph CD. J Ped Gastr Nutr, 2001

Brouhard S. J Ped Surg, 1999

Contencin P. J Ped Otorhinolaryngol, 1991

- Pulmonares
  - Asma, tosse crônica e broncoaspiração

Silk DBA. Clin Nutr, 1990

Goodwin RS. Crit Care, 1996

# DRGE

## Avaliação

- pHmetria de 24h (padrão ouro)
- Endoscopia Digestiva Alta e biópsia
- Manometria esofágica

McDougall N.I. IJMS, 1996

Nasi A. 1996

Consensos de Gastroenterologia Americano (1999) e Brasileiro (2000)

Castell JÁ, 1999

# DRGE

## Tratamento Clínico não farmacológico

- Perda de peso (obesos)
- Evitar
  - Gordura\*; doces\*; café; refrigerante; tomate; cebola; chocolate; goma de mascar; pimentão; condimentos\*; bebida alcoólica; cigarro
- Reduzir volume das refeições
- Não deitar logo após as refeições; elevar a cabeceira da cama (15 cm)
- Evitar agonistas  $\beta$  adrenérgicos; anticolinérgicos; bloq. Canal cálcio e teofilina
- \* evidência científica fraca (Meining A, 2000)

Disfagia

DRGE

ê

Broncoaspiração

Pneumonia aspirativa

# Broncoaspiração

## Causas

- Disfagias – Orofaríngea e Esofágica
- Esvaziamento gástrico retardado
  - Gastroparesia, Íleo paralítico
- Aumento pressão intra-abdominal
  - Ascite, obesidade, neoplasia e obstrução
- Perda do tônus do esfíncter esofageano inferior
  - SNG. SNE e DRGE

Miller FR. Am J Otolaryngol, 1994  
Tiejen PA. Chest Med, 1994

# Broncoaspiração

- Pneumonia aspirativa é a complicação de maior gravidade em TNE (Bernard e Forlaw, 1994) e sua incidência varia de 21 a 95% (Winterbauer, 1986)



# Broncoaspiração

## Consequências

- Interrupção da Terapia Nutricional
  - Desnutrição
- Obstrução vias aéreas
- Infecção Pleuropulmonar
  - Pneumonia Aspirativa
  - Abscesso pulmonar
  - Empiema pleural
- Pneumonite química
  - Lesão Pulmonar aguda
  - Síndrome Disfunção Respiratória do Adulto

Russin SJ. Postgrad Med, 1989

Cook, 1999

# Broncoaspiração

## Consequências

- A Terapia Nutrição Enteral é a melhor opção para o suporte nutricional do paciente grave

ASPEN. JPEN 2002

- As complicações gastrointestinais são o fator mais importante que limita o uso da TNE e contribuem p/ a desnutrição hospitalar, prolonga estadia e aumenta mortalidade

Montejo JC. Critical Care, 1999

# Broncoaspiração

## Consequências

- Desnutrição
  - Aumento da morbimortalidade e tempo de internamento em UTI

Montejo JC. Critical Care Medicine, 1999

Norton JA. J. Neurosurgical, 1988

- Mortalidade
  - Geral
    - Imediata 16%
    - Tardia 24%
  - Pneumonite química – 55 a 70%

# Disfagia Conduta

- A identificação precoce da disfagia orofaríngea e o tratamento do distúrbio devem ser iniciadas ainda na UTI.
- A equipe multidisciplinar é a forma mais indicada p/ o desmame da TNE

Helenice MC. Mara ORL. Rev. Bras. Nutr. Clín. 2003

# Disfagia Conduta

- A interdisciplinariedade no atendimento do paciente disfágico se processa tanto durante a avaliação como durante no tratamento.

(Groher, 1994)

- O paciente disfágico necessita de um diagnóstico preciso que exige a avaliação e acompanhamento da equipe multidisciplinar

Randon Macias ME. Indian J Pediatr, 1999

Furkim AM. SBNPE, 2001

Fucile S. J Pediatr, 2002

Caetano LC. Rev Lat Am Enferm

# Disfagias

## Conduta

- Suspensão da via oral
- Passagem de SNE
- Decúbito elevado (  $> 45^\circ$  graus)
- SNE posicionada após o ângulo de Treitz
- Dieta em BIC (Bomba de Infusão Contínua)
- Reavaliação da posição da SNE e resíduo gástrico rotineiramente ( $> 50\%$  do infundido nas últimas 2h)
- Avaliação e identificação da causa
- Técnicas de reabilitação
- Avaliar Gastrostomia

Heyland DK. Critical Care, 2001  
Van der Voort. Critical Care, 2001

# Disfagia

## Condutas - SNE

- Média duração ( > 7 dias e < 4 – 6 semanas)
- Vantagens
  - Permite alimentação precoce
  - Íleo gástrico 72 h
  - Íleo intestinal 4 a 6 h
  - Baixo risco aspiração
  - Acesso fácil, pouco invasivo e baixo custo
- Desvantagens
  - Confirmação necessita Rx
  - Manutenção difícil (deslocamento)
  - Não suporta osmolaridade elevada - BIC
  - Desconfortável e traumática em VAS e faringe

# Disfagia

## Conduta - Gastrostomia

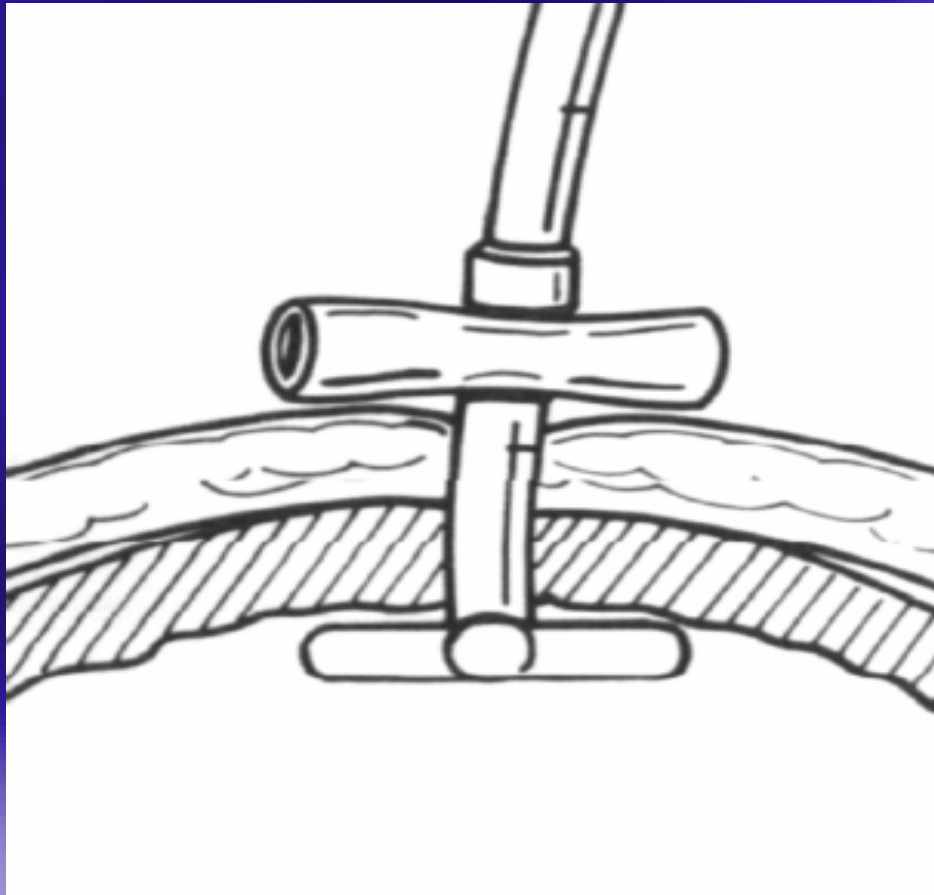
- NE longa duração ( > 4 – 6 semanas)
- Pacientes c/ ê risco broncoaspiração
  - Reflexo tosse mantido / vigil / sem RGE
  - Motilidade gastroduodenal adequada
- Vantagens
  - Sondas mais calibrosas (menos obstrução)
  - Sem complicações do trauma passagem e manutenção
  - Visualização direta
  - Duração de até 1 ano

# Disfagia

## Conduta - Gastrostomia

- Desvantagens
  - Risco aspiração
  - Invasivo e de custo maior
  - Complicações (vazamento, fístulas, migração, hemorragia)
- Contra-indicações
  - Coagulopatia
  - Carcinoma Peritoneal, Peritonite e aderências
  - Hipertensão Porta
  - Íleo Paralítico
  - Complicações D. Crohn e RCU

# Gastrostomia



# Disfagia Conduta

- Agentes pró-cinéticos
  - Metoclopramida (Plasil)
  - Bromoprida (Plamet)
  - Eritromicina
  - Cisaprida (Prepulsid)
  - Motilium
  - Prostigmine

Pinilla JC. JPEN, 2001

Davies AR. Critical Care, 2002

- Acompanhamento da Fonoaudiologia

Groher, 1994

Randon Macias ME. Indian J Pediatr, 1999

Fucile S. J Pediatr, 2002

Caetano LC. Rev Lat Am Enferm, 2003

# Disfagia Conduta

- Manobras facilitadoras
  - Programa de exercícios p/ fortalecer a musculatura e coordenar os movimentos, além de mudanças posturais que auxiliam a deglutição
- Manobras compensatórias
  - Medidas que visam modificar a consistência, paladar, temperatura dos alimentos, além de orientar o controle do tempo

Portner e Coleman, 1998

# Conclusão

Tratar a disfagia e a DRGE como medidas preventivas p/ a broncoaspiração provavelmente beneficiam o paciente no sentido de maior tolerância da Terapia Nutricional Enteral e redução das complicações da aspiração pulmonar

ASPEN, Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. 2001

# Obrigado

CI 1.13-17

IMAGE BANK  
IMAGE BANK