

PROGRAMA MULTICÊNTRICO DE QUALIFICAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR A DISTÂNCIA



MÓDULO INTERCORRÊNCIAS AGUDAS NO DOMICÍLIO

AVALIAÇÃO E MANEJO DE CASOS DE DISFAGIA



**GUILHERME EMANUEL BRUNING
MAURO BINZ KALIL
SATI JABER MAHMUD**

UNIDADE 4
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DISFAGIA

**São Luís
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de
Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2011.

Todos os direitos reservados à Universidade Federal do Maranhão.

Créditos:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias, Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA) da

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Designer instrucional: Cácia Samira de Sousa Campos.

Normalização: Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região, Nº de Registro – 453.

Revisão de conteúdo: Leonardo Cançado Monteiro Savassi, Mariana Borges Dias.

Revisão ortográfica: João Carlos Raposo Moreira.

Revisão técnica: Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Edinalva Neves Nascimento,

Eurides Florindo de Castro Júnior, Renata Ribeiro Sousa.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Intercorrências agudas no domicílio: disfazia/Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís, 2013.

19f. : il.

1. Atenção à saúde. 2. Atenção domiciliar. 3. Cuidados domiciliares. 4. Tratamento. 5. UNASUS/UFMA. I. Savassi, Leonardo Cançado Monteiro. II. Dias, Mariana Borges. III. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DISFAGIA: sintoma bastante comum em pacientes acamados	12
2.1 Como diagnosticar	13
2.2 Como manejar	17
2.3 Quando referenciar	17
REFERÊNCIAS	19

Avaliação e manejo de casos de disfagia

APRESENTAÇÃO

Caro (a) aluno (a),

Nesta unidade, abordaremos a disfagia, compreendida como dificuldade de deglutição. Perpassaremos por aspectos referentes à sua identificação e reconhecimento, tendo em vista a melhor forma de tratar o paciente. Lembrando que os casos de disfagia são mais comuns em pacientes acamados, que necessitam de cuidados domiciliares.

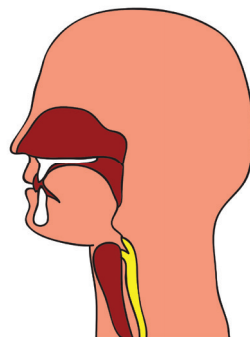
O objetivo deste estudo é caracterizar o padrão de deglutição do paciente e suas alterações a fim de intervir de maneira eficaz neste manejo.

Esperamos que você aproveite ao máximo este assunto e as reflexões aqui propostas!



1 INTRODUÇÃO

O termo disfagia refere-se à sensação subjetiva de dificuldade na deglutição de líquidos e/ou sólidos. Diferencia-se da odinofagia, que se refere à deglutição dolorosa (GUSSO e LOPES, 2012). Não há estudos populacionais de qualidade que apontem a prevalência da disfagia. Sabe-se que este sintoma é bastante comum em população acamada e em cuidados domiciliares (FASS, 2013).



Fonte: Ribamar Martins

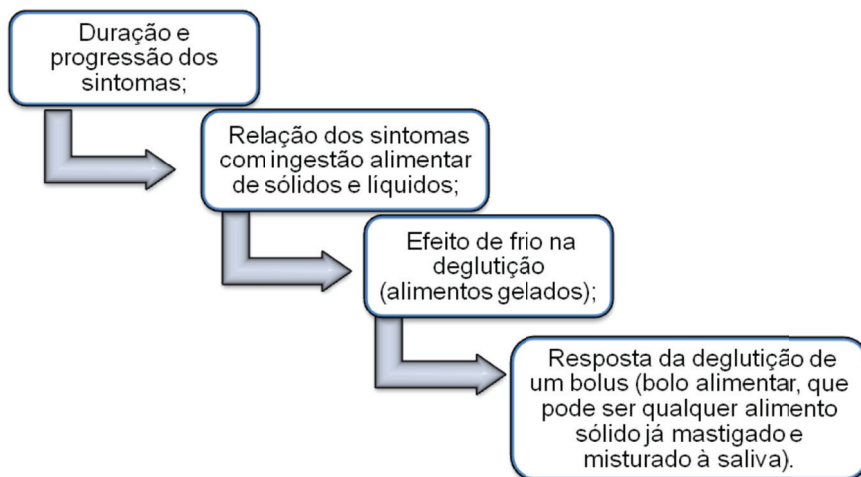
2 DISFAGIA: sintoma bastante comum em pacientes acamados

* Como avaliar?

A disfagia pode ser classificada em orofaríngea ou esofagiana:

- A **DISFAGIA OROFARÍNGEA**, também chamada de disfagia de transferência, ocorre por desordens na função da orofaringe, laringe e esfíncter esofágico superior. As causas mais comuns deste tipo de disfagia são as doenças neurológicas e neuromusculares (D. Parkinson, D. Demenciais, Acidente Vascular Cerebral, Esclerose Múltipla, Miastenia Gravis, Distrofias Musculares).
- A **DISFAGIA ESOFAGIANA** é originada no corpo do esôfago, no esfíncter esofágico inferior ou cárdia, e ocorre mais comumente por causas mecânicas ou distúrbios de motilidade (câncer de esôfago, estenose péptica, aneurisma de aorta, massa mediastinal, aumento do átrio esquerdo, espasmo esofágico).

Na disfagia de origem orofaríngea, ocorre dificuldade para iniciar a deglutição, associada com tosse, sufocamento e regurgitação nasal. Em disfagias esofagianas, segundo Goroll e Mulley (2006), os achados mais importantes e que podem diferenciar entre causas motoras e causas obstrutivas incluem:



Diferencie causas motoras e causas mecânicas de disfagia esofagiana:

Doença motora é sugerida por início gradual, progressão lenta, curso crônico, dificuldade igual em deglutir sólidos e líquidos, agravamento dos sintomas ao engolir substâncias geladas e passagem de um bolus através de deglutições repetidas, com auxílio de líquidos, manobra de Valsalva ou posicionando ombros e cabeça para trás.

Obstrução mecânica é caracterizada por início mais rápido e progressão acelerada, mais dificuldade com sólidos do que com líquidos, não se agrava com alimentos gelados e ocorre regurgitação ao tentar forçadamente deglutir um bolus.

A localização do desconforto, apontada pelo paciente, pode ser útil na identificação da possível localização da lesão ou disfunção. Esta manobra é útil, sobretudo, em casos em que a causa está localizada muito alta ou muito baixa no esôfago. Outras localizações são mais imprecisas.



Outros achados que auxiliam o diagnóstico:

- Dor associada à disfagia: sugere espasmo ou acalasia. Dor ao engolir saliva sugere inflamação de mucosa.
- História de refluxo gastroesofágico: sugere estreitamento por doença de refluxo gastroesofágico.
- Disfagia que ocorre após atividade muscular, associada à afasia, diplopia ou distonia é indicativa de miastenia (FASS, 2013).

2.1 Como diagnosticar

Na maioria dos casos, o diagnóstico poderá ser feito com uma boa história clínica. Um estudo britânico demonstrou que a anamnese sozinha pode diagnosticar com precisão até 80% dos casos.

O exame físico geral deve atentar para presença de palidez, emagrecimento, lesões inflamatórias em cavidade oral, linfonodos aumentados, aumento de tireoide, massas abdominais, dor abdominal, organomegalias e alterações neurológicas sugestivas da doença de base (Parkinson, Alzheimer, AVC etc.).

Exames complementares devem ser realizados direcionados para a causa suspeitada pela anamnese e exame físico. Exames

como hemograma e pesquisa de sangue oculto nas fezes podem ser úteis na triagem para possíveis neoplasias. Sorologias para Chagas e HIV podem ser realizadas se a história direcionar para estas causas (BRASIL, 2006; GOROLL e MULLEY, 2006).

Exames que podem ser utilizados incluem:

- **Endoscopia digestiva alta e biópsia:** é o exame de escolha na avaliação inicial de disfagia, especialmente para avaliação de suspeita de neoplasia. Pode ser útil também na avaliação de causas inflamatórias e infecciosas;

- **Raio x contrastado com bário:** é o teste de escolha na avaliação da disfagia orofaríngea e determinação de localização de lesão em massa ou estenose. Pode ser utilizada para estudo funcional do esôfago (acalasia, p. ex.), porém, com menor sensibilidade;

- **Manometria:** utilizada para auxílio no diagnóstico de disfunções motoras, se outros testes não forem conclusivos e a suspeita clínica persistir.

2.2 Como manejar

Em Atenção Domiciliar, pode ser importante, inicialmente, auxiliar o paciente e sua família a promover a manutenção de uma fonte de hidratação, alimentação e administração de medicamentos, tão logo se instale a disfagia.

Dessa forma, deve-se considerar, de forma compartilhada entre equipe, paciente e seus familiares a instalação de dispositivo auxiliar para alimentação e hidratação, como sondas nasoentéricas. A sonda nasoentérica tem a vantagem de poder ser instalada em domicílio, sem necessidade de referenciamento (como ocorre com

gastrostomias), e poder ser facilmente manejada pela família/cuidadores dos pacientes (GUSSO e LOPES, 2012).

Os dispositivos auxiliares poderão ser mantidos até que uma causa de disfagia seja estabelecida e, se o tratamento for possível, poderão ser removidos. Alguns pacientes necessitarão de alimentação enteral exclusiva por toda a vida, devido a disfunções permanentes de deglutição. É o caso de pacientes com disfunção neurológica ocasionada por AVCs e problemas neurológicos permanentes. Em casos assim, pode-se pensar em instalação de uma solução definitiva para alimentação enteral: jejunostomias ou gastrostomias.

Pacientes com disfunção motora leve podem ser manejados conservadoramente por meio de algumas orientações: comer devagar, beber pequenas quantias de líquido de cada vez, evitar alimentos gelados. Nestes casos, além destas orientações, nitratos sublinguais e antagonistas de canal de cálcio podem ser testados.

Terapia com inibidores de bomba de prótons (omeprazol, pantoprazol ou esomeprazol) deve ser utilizada em casos de sintomas associados a refluxo gastroesofágico. Disfunções causadas por infecções, como candidíase esofágica, devem ser tratadas com terapia medicamentosa específica (antifúngicos).

Lesões obstrutivas podem necessitar de avaliação cirúrgica, sempre levando em consideração riscos e benefícios de uma possível cirurgia, idade do paciente, cuidados familiares e possibilidade de referenciamento (FASS, 2013).

2.3 Quando referenciar

O referenciamento deverá ser imediato em casos de instalação aguda, onde há o risco de broncoaspiração, e quando

não houver possibilidade de suporte em domicílio. Pacientes que serão usuários de alimentação enteral por longa data podem ser referenciados a um cirurgião, com a intenção de realização de gastrostomia ou jejunostomia.

LEMBRE-SE:

Pacientes que serão usuários de alimentação enteral por longa data:

- Podem ser referenciados a um cirurgião, com a intenção de realização de gastrostomia ou jejunostomia.

Casos que necessitem de atenção especializada, como casos oncológicos e cirúrgicos:

- Podem ser avaliados eletivamente, em caráter de prioridade. Enquadram-se neste critério pacientes com dismotilidades graves, lesões mecânicas e neoplasias.

Casos que necessitem atenção especializada, como casos oncológicos e cirúrgicos, podem ser avaliados eletivamente, em caráter de prioridade. Enquadram-se neste critério pacientes com dismotilidades graves, lesões mecânicas e neoplasias (FASS, 2013; DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI, 2004).

Resumo do Conteúdo

Nesta unidade, exploramos conceitos relacionados à disfagia, tais como estágios e processo da deglutição, identificação, classificação, causas mais comuns, sintomas e tipos de exames que auxiliam no diagnóstico, além de estratégias de manejo, tendo em vista auxiliar o paciente e sua família.

Lembre-se que a disfagia não é uma patologia específica, mas sim parte da sintomatologia clínica de diversas doenças, tanto da orofaringe quanto sistêmicas. Portanto, o referenciamento deverá ser imediato quando não houver possibilidade de suporte em domicílio, sobretudo nos casos críticos, já que podem acarretar diversos problemas, como desnutrição, desidratação, pneumonia e até broncoaspiração.

Deste modo, é essencial ter fundamentação para atuar em sua área profissional, pois muitas pessoas que têm essa debilitação precisam de sua ajuda!



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 2.v. 101p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 9 de julho de 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FASS, R. **Evaluation of dysphagia in adults**. UpToDate online. Atualização em: 22 de fevereiro de 2013. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-dysphagia-in-adults?source=search_result&search=dysphagia&selectedTitle=1~150. Acesso em 4 de abril de 2013.

GOROLL, A.H.; MULLEY, AG. **Primary care medicine**: Office evaluation and management of the adult patient. 5th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

