

Análise de variáveis demográficas

Análise de variáveis demográficas, clínicas e para-clínicas e sua relação com a aspiração em sujeitos acometidos por acidente vascular encefálico recente

Trabalhos apresentados no V Colóquio Multidisciplinar - Deglutição & Disfagia - Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro maio de 2003

Trabalho ganhador do Prêmio Professor Humberto Barreto

GEDD- Grupo de Estudos das Disfunções da Deglutição – HC-FMUSP

Introdução

A incidência da disfagia orofaríngea e esofágica da deglutição é de 50% na fase recente do acidente vascular encefálico, como mostraram Bath et al. (2001). A pior consequência dessa disfagia é a aspiração, definida por Logemann (1998) como a passagem de alimento, de saliva, ou de conteúdos gástricos para a via aérea, abaixo do nível das pregas vocais, sem haver expectoração subsequente.

No atendimento do paciente disfágico, aproximadamente 40% das avaliações clínicas não identificam o paciente que aspira, segundo Splaingard (1988). É somente com o recurso da avaliação instrumental que se podem alcançar maior segurança na detecção e esclarecimento dos possíveis mecanismos determinantes da aspiração.

Objetivos

Identificar, por meio da vídeofluoroscopia, o comportamento dos pacientes na fase aguda do acidente vascular encefálico no que diz respeito à aspiração e sua relação com o tempo dos trânsitos oral e faríngeo, exame clínico e variáveis relacionadas ao paciente e à lesão.

Casuística

Foram estudados 19 pacientes (10 do sexo feminino e nove do sexo masculino) compreendidos na faixa etária de 30 a 86 anos (média de 63 anos) que apresentaram acidente vascular encefálico recente.

Foram selecionados durante a visita da equipe médica do Serviço de Emergência de Neurologia Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de agosto de 1999 a outubro de 2001, segundo os seguintes critérios:

- ✓ Apresentar lesão neurológica recente, ou seja, acidente vascular encefálico - AVE - caracterizada de acordo com a sua natureza - isquêmica, hemorrágica ou isquêmica de transformação hemorrágica; de acordo com o volume da lesão - extenso, intermediário ou lacunar; e de acordo com a localização - hemisfério direito, hemisfério esquerdo ou tronco cerebral;
- ✓ Início súbito;
- ✓ Apresentar escore igual ou maior que 13 na escala de coma de Glasgow;
- ✓ Exame físico neurológico e exame de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética), comprovando a lesão.

Foram excluídos todos os pacientes com nível de atenção que impossibilitava o contato, sonolência excessiva, afasia global, lesão neoplásica encefálica, obesidade mórbida (por impossibilidade de posicionamento na sala do RX para a realização da videofluoroscopia da deglutição (VFD), submetidos a cirurgias prévias de cabeça e pescoço, radioterapia, traumas cervicais e múltiplos acidentes vasculares encefálicos.

Procedimentos

Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição à beira do leito, que incluía triagem cognitiva e comunicativa, triagem respiratória, pesquisa de reflexos orais, avaliação sensório-motora oral e da deglutição propriamente dita. Foram observadas, ainda, alterações motoras relacionadas à fala. O rastreamento para verificação do estado cognitivo, incluiu a execução de tarefas que permitiram identificação de afasias, apraxias, agnosias.

Após a avaliação clínica os pacientes foram submetidos à VFD, num intervalo que variou de dois a 45 dias após a internação. A videofluoroscopia foi realizada por radiologista no Serviço de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As imagens obtidas foram regravadas com o gerador de tempo Panasonic W 1810.

Os pacientes foram posicionados em perfil e foi oferecido contraste baritado (diluído em água na proporção de 1/1) nas consistências líquida, pastosa e sólida com variação de volume de 5ml, 10ml e goles livres.

Análise qualitativa

Foi realizada análise qualitativa considerando-se: a) a sequência dos eventos da deglutição; b) a passagem do contraste para a via aérea, diferenciando penetração laríngea de aspiração e precisando o momento de ocorrência; c) a presença de resíduos em vestíbulo oral, língua, nasofaringe, parede posterior da faringe, valéculas, seios piriformes e vias aéreas.

Análise quantitativa

Os grupos foram considerados por: faixa etária (maior e menor do que 65 anos); presença/ausência de aspiração; e presença/ausência de broncopneumonia.

No tratamento estatístico, para a comparação dos dados qualitativos (não paramétricos) utilizou-se o teste de Mann-Whitney e na dos dados quantitativos (paramétricos) foi utilizado o teste t – Student.

Realizou-se a comparação entre os grupos de pacientes que aspiraram durante a videofluoroscopia e os que não aspiraram, considerando-se as variáveis: índice de Glasgow, avaliação clínica, desenvolvimento de broncopneumonia, local e extensão do AVE e os tempos oral e faríngeo. Foram considerados os pontos para os Tempos de Trânsito Oral (TTO) e de Trânsito Faríngeo (TTF) sugeridos por Logemann (1998) e incluído o Tempo de Trânsito Orofaríngeo (TOF).

Foram analisadas as consistências líquida, pastosa e sólida e os volumes de 5ml, de 10ml e de goles livres. Regravou-se a imagem com um gerador de tempo e um numerador de quadros.

Resultados

A média de idade do grupo de pacientes que aspiraram foi significativamente maior do que a média dos que não aspiraram. O mesmo não ocorreu com a variável sexo.

O índice de Glasgow não se mostrou significativo na comparação dos grupos, assim como as características da lesão: localização, natureza e extensão também não se mostraram.

Também não foram observadas significâncias estatísticas para os achados clínicos nesta comparação entre os pacientes que aspiraram e os que não aspiraram.

Verificou-se que o aumento do tempo de trânsito faríngeo para os volumes de 5ml, 10ml e goles livres da consistência líquida teve relação direta com o desenvolvimento de broncopneumonia.

Confirmou-se a hipótese de aumento do trânsito oral com o aumento da idade e uma relação estatística significativa direta da idade com a aspiração.

Neste trabalho não houve condições de se comprovar a natureza do que se preferiu denominar "broncopneumonia", pois não foi realizada investigação da etiologia desta afecção. Na comparação dos resultados deste estudo com aqueles registrados na literatura verificou-se que há concordância com Johnson et al. (1993) que observaram a relação direta entre broncopneumonia e aumento do tempo de trânsito faríngeo, assim como foi verificado na presente investigação, independente do volume do bolo alimentar oferecido.

No que diz respeito às características da lesão concorda-se também com Kidd et al. (1993) com relação à extensão da lesão - quanto mais extensa maior associação com broncopneumonia. A localização da lesão não teve relação significativa, do ponto de vista estatístico, com aspiração ou com o desenvolvimento de broncopneumonia em nesta casuística. Este resultado contrasta com o de Robbins et al. (1993) que estudaram unicamente lesões de artéria cerebral média e observaram tempo de trânsito faríngeo aumentado e maiores incidências de penetração laríngea e aspiração nas lesões de hemisfério direito. Uma explicação possível para esta diferença pode ser atribuída ao fato de, neste trabalho, terem sido consideradas lesões do sistema como um todo, de circulação anterior e posterior, incluindo as lesões de tronco cerebral.

A competência da deglutição depende da musculatura esquelética e, como tal, está sujeita à debilidade associada aos estados de alerta rebaixados conforme as observações de Schindler e Kelly (2002). Os resultados deste trabalho não mostraram uma relação direta do índice de Glasgow com aspiração ou com broncopneumonia. É possível que a realização de uma avaliação mais detalhada do estado atencional, que inclua condições de alerta do paciente na fase recente do acidente vascular encefálico, detecte sua interferência na deglutição.

Com relação aos indicadores da avaliação clínica fonoaudiológica não foram observadas relações diretas com a aspiração e nem com o desenvolvimento de broncopneumonia.

Apesar de a videofluoroscopia da deglutição refletir a função durante somente um pequeno período e não ser representativa das capacidades reais do paciente permite a busca da precisão de detalhes e elucida aspectos funcionais relacionados à aspiração, condição de grande risco para o indivíduo, principalmente em se tratando do idoso.

Permite estabelecer parâmetros significantes entre estas disfunções e o aumento da idade, aspiração e desenvolvimento de broncopneumonia. É um método sensível na detecção das disfunções da deglutição apresentadas na fase recente do acidente vascular encefálico e também mostra-se útil na confirmação dos achados clínicos.

Referências bibliográficas

Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG. Interventions for dysphagia in acute stroke (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. Oxford: Update Software. Disponível em: URL: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah-cochrane...iah-cochrane/fulltext.xis,ID=527,DB=2,user=bire,lang=P>.

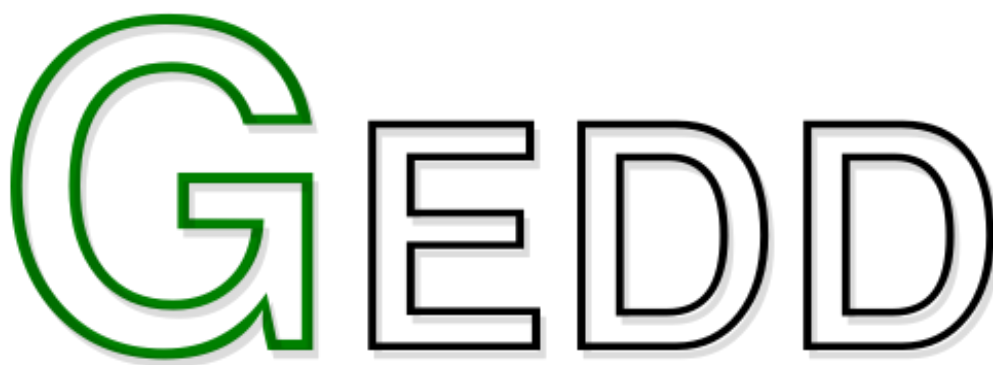
Logemann JA. Disorders of deglutition In: Evaluation and treatment of swallowing disorders 2nd ed Austin, Texas:Pro Ed, Inc.1998.

Splaingard ML, Hutchins B, Sulton LD, Chadhuri G. Aspiration in rehabilitation patients: Videofluoroscopy vs bedside clinical assessment. Arch Phys Med Rehabil 1988; 69:637-640.

Kidd D, Lawson J, Nesbitt R, MacMahon J Aspiration in acute stroke: a clinical study with videofluoroscopy. Q J of Medicine 1993;86:825-829.

Robbins J, Levine RL, Maser A, Rosenbek JC, Kempster GB. Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex. Arch Phys Med Rehabil 1993;74:1295-1300.

Schindler JS, Kelly JH Swallowing disorders in the elderly. Laryngoscope 2002; 112:589-602.



GEDD