



Protocolos de Avaliação Clínica nas Disfagias Orofaríngeas

Módulo 6

Fga. Ms. Patrícia Massucatto Milanello

patricia.milanello@accamargo.org.br

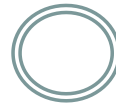
ROTEIRO – Módulo 6



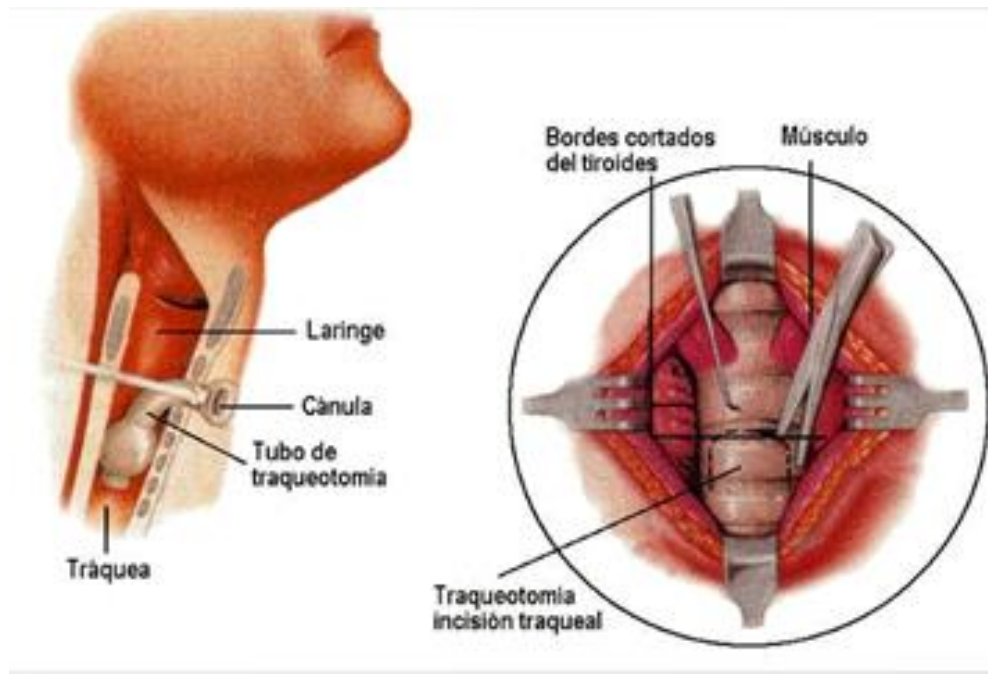
PRIMEIRA PARTE

1. Avaliação no Paciente Traqueostomizado
2. Avaliação Videofluoroscópica *versus* Nasofibroscopia

1 – Avaliação no paciente traqueostomizado



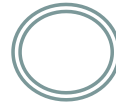
TQT → Abertura na porção anterior da traquéia, entre o terceiro e o quarto anel, com introdução de uma cânula



INDICAÇÕES

- ❖ Obstrução das Vias Aéreas
- ❖ Limpeza das Vias Aéreas à aspiração endotraqueal
- ❖ Suporte Ventilatório prolongado (IOT maior que 14 dias)

Mudanças na fisiologia



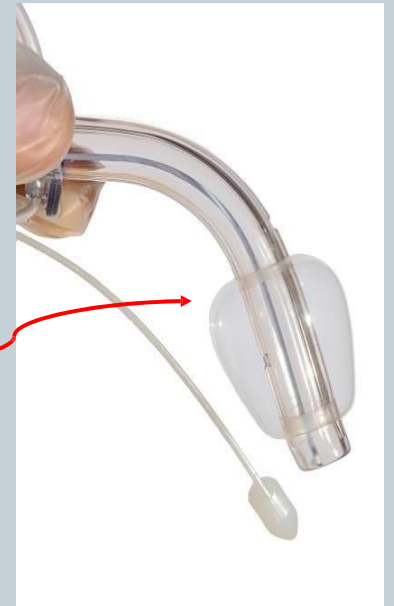
1. Perda ou alteração na pressão das vias aéreas
2. Incapacidade de gerar pressão subglótica durante deglutição
3. Redução da tosse eficaz
4. Perda do olfato
5. Perda da fala
6. Redução da sensibilidade da mucosa
7. Redução da coordenação no fechamento PPVV
8. Incoordenação respiração/deglutição
9. Efeito de corpo estranho
10. Redução da elevação laríngea durante deglutição

Tipos de Cânula de TQT



O que é *cuff* ?

- Pequeno balão na extremidade distal da cânula
- Insuflado e desinsuflado
- Indicado
 - Ventilação mecânica
 - Aspiração crônica
- Pressão ideal: ~25cmH₂O
- ** mínimo para que não haja escape de ar durante VM



Cânula plástica com *cuff*

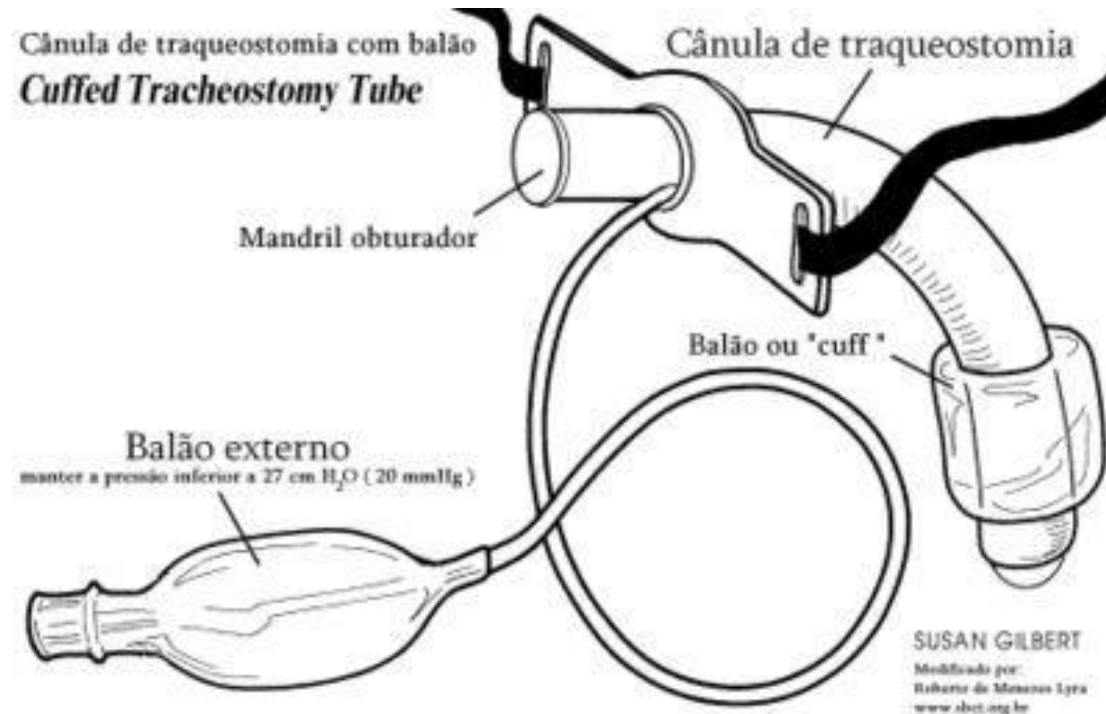


CÂNULA PLÁSTICA COM BALÃO (COM CUFF)

Possui duas peças (que ficam no paciente) e um guia.



Cânula Plástica com *cuff*



Cânula Plástica com *cuff*



Portex

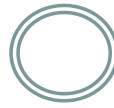


Portex



Shilley

Cânula plástica sem *cuff*



Cânula plástica com supra *cuff*

- Reduz o volume de secreções que podem vazar ao redor do *cuff* e para os pulmões
- Reduz o risco de pneumonia associada à ventilação

Sistema aspiração
supra-*cuff*/subglótica

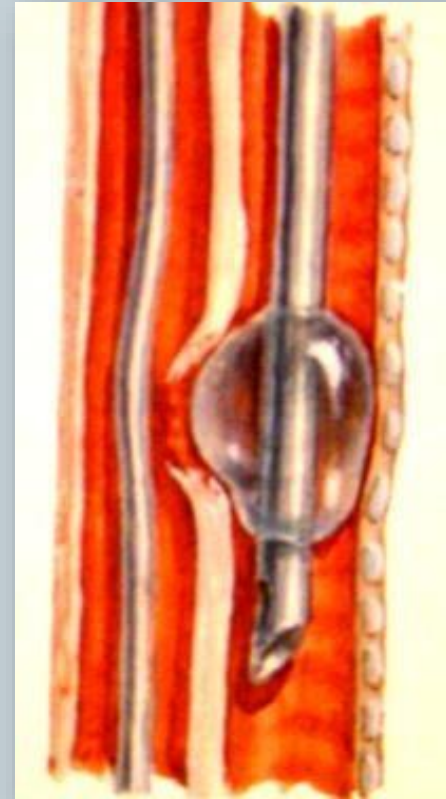


Papazian LK et al, 2020; Pozuelo-Carrascoso, D. et al, 2020

Complicações do uso do cuff



- Cânulas com *cuff* apresentam mais complicações
 - Infecção
 - Estenose traqueal
 - Fístula esofagotraqueal



Disfagia X TQT



Diminuição da elevação laríngea

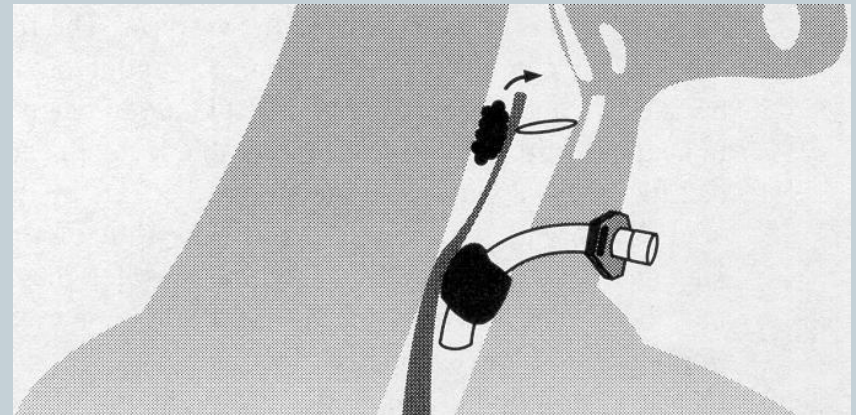
- Mecanismo fisiológico de elevação da laringe é de extrema importância para a proteção das vias aéreas
- Fixação da traquéia na pele anterior do pescoço pela presença da cânula
- Grau de fixação depende: incisão, tipo de cânula

Disfagia X TQT



Obstrução esofageana

- ✓ Situado posteriormente em íntimo contato traqueia
- ✓ Esôfago comprimido pelo cuff insuflado
- ✓ Acúmulo de restos alimentares – propicia aspiração



Disfagia X TQT



Fluxo aéreo

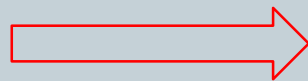
- ✓ Ar expirado é desviado através da cânula de TQT e não passa pelas ppvv
- ✓ Redução da pressão subglótica
- ✓ Acúmulo de secreção

Disfagia X TQT



Dessensibilização da laringe

- Ar não passa pelas pregas vocais – sensibilidade da laringe é diminuída
- O ar é um constante estímulo para os mecanismos protetivos das Vias Aéreas
- Cânula de TQT ocluída – melhora sensibilidade da laringe, restaura reflexo de proteção

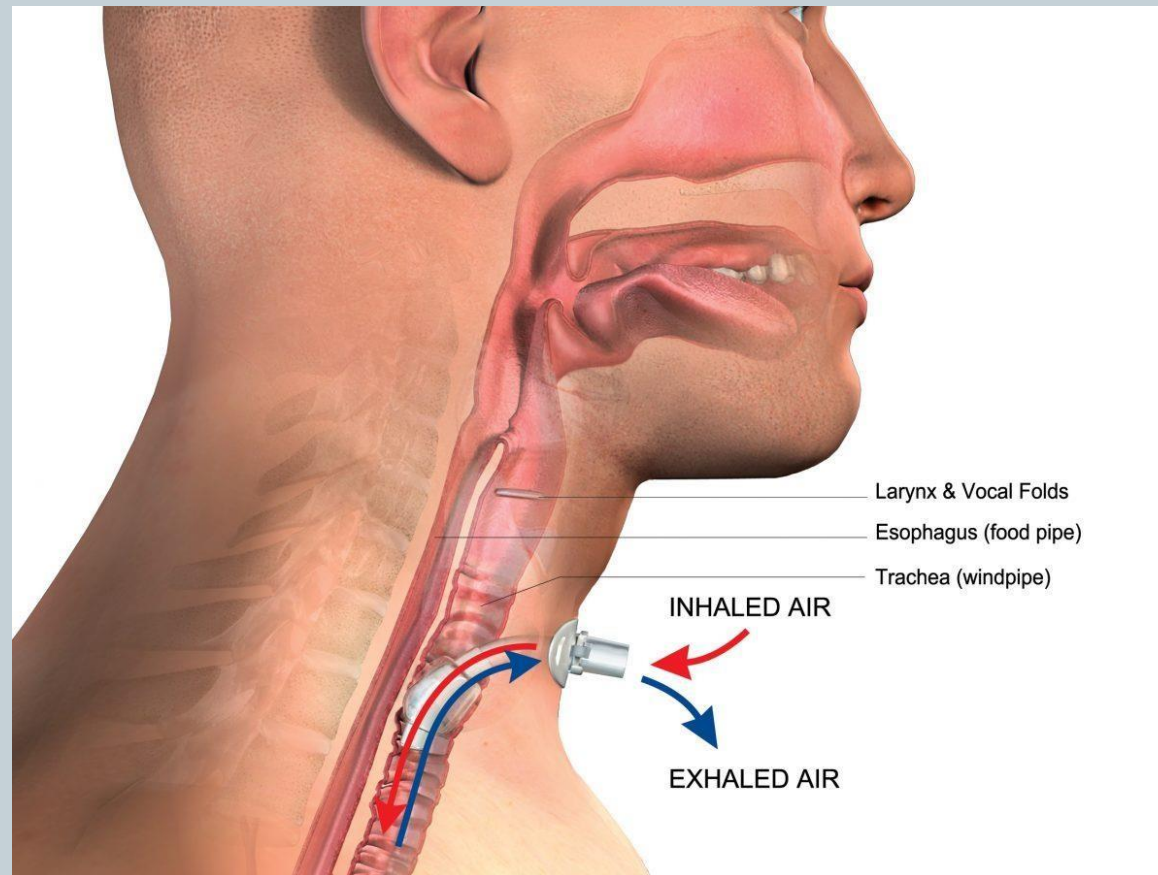


Favorece redução de aspiração

Disfagia X TQT



Dessensibilização da laringe



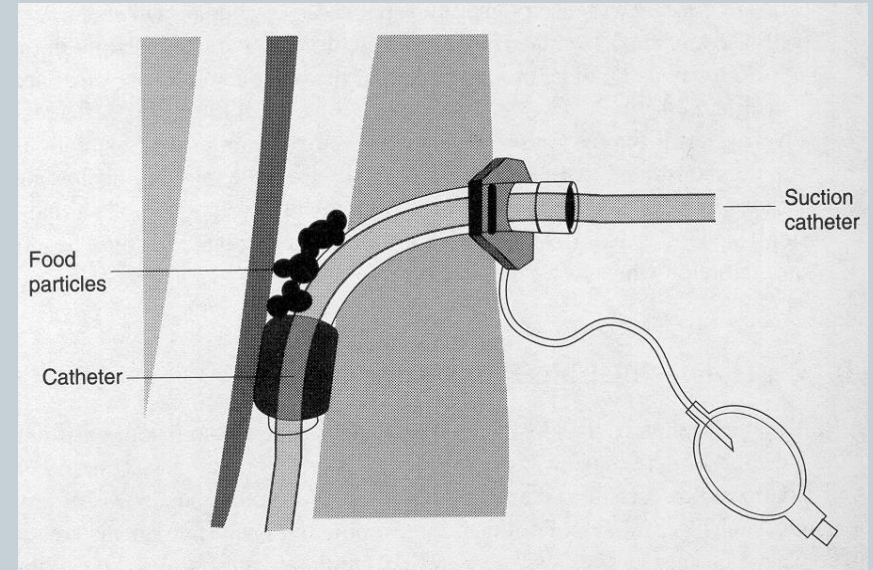
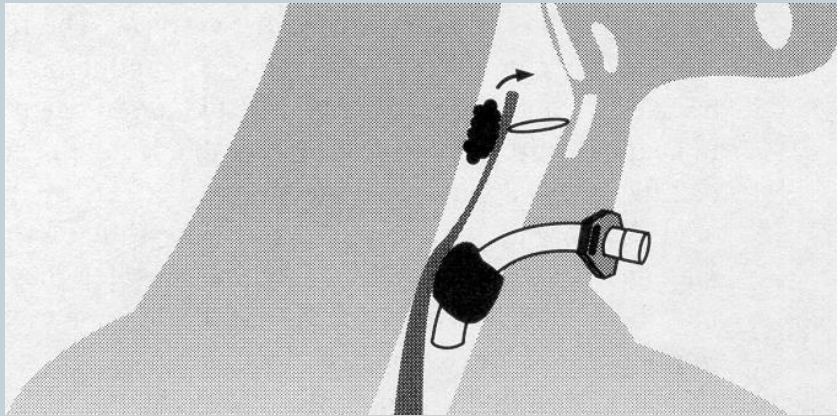
Disfagia X TQT



Fechamento incoordenado da laringe

- Fechamento glótico → proteção de via aérea inferior
- Durante deglutição → breve apnéia
- TQT → fechamento das ppvv durante a deglutição é menor

Cânula com cuff X alimentação VO



Cânulas com *cuff*

- ✓ alteração da voz esofágica
- ✓ estase em EES → aspiração após / silente (?)
- ✓ infecção
- ✓ estenose traqueal

Manipulação de *cuff*

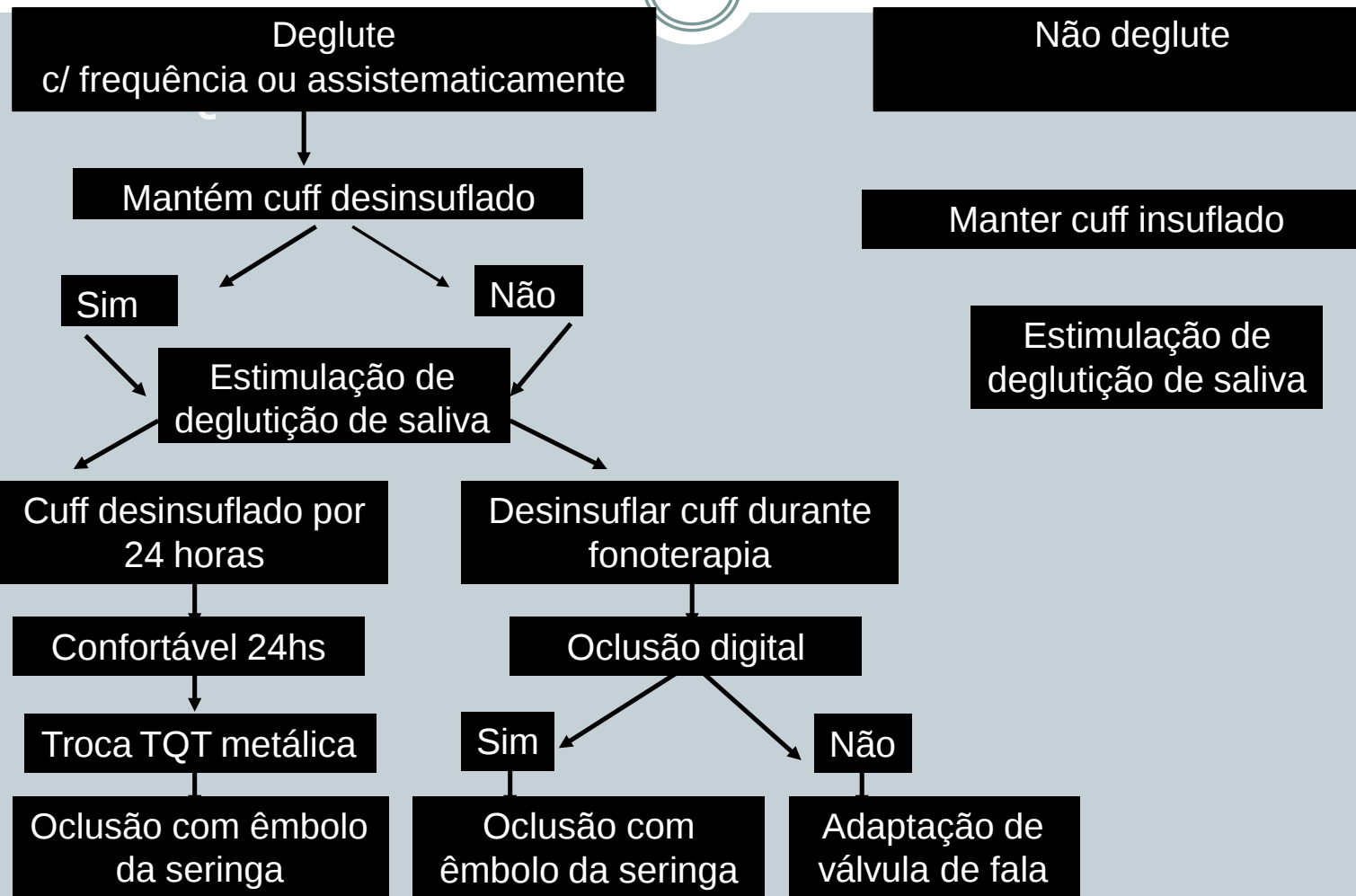


Benefícios da normalização do fluxo aéreo

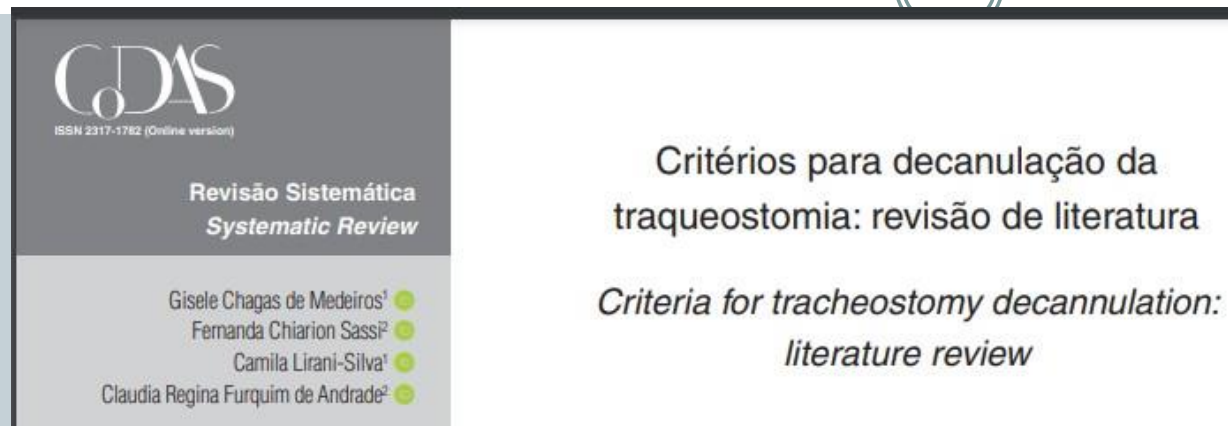
- ❖ Melhora do olfato e do paladar
- ❖ Redução da secreção
- ❖ Melhora da proteção de vias aéreas
- ❖ “Melhora” da disfagia

- ❖ “FORMAS DE OCLUIR”
- ❖ Digital (inicialmente)
- ❖ Borracha êmbolo da seringa
- ❖ Gaze
- ❖ Válvula de fala

DEGLUTIÇÃO DE SALIVA



Critérios para decanulação



2019

- Profissionais presentes: Médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e enfermeiros
- Critérios: estabilidade clínica e hemodinâmica, nível de consciência alerta e paciente colaborativo, não necessidade de ventilação mecânica, não dependência de umidificação, bom gerenciamento das secreções e ausência de broncoaspiração
- desinsuflação do cuff; permeabilidade de vias aéreas, avaliação da deglutição, gerenciamento das secreções e treino de oclusão da traqueostomia
- a avaliação da deglutição foi a etapa do processo de decanulação mais citada nos artigos analisados, evidenciando a importância do profissional fonoaudiólogo nesse processo

Traqueostomia X Deglutição X Aspiração



CA de Cabeça e Pescoço

Cintra, Vale-Prodromo, Carrara-Angelis (2002)

Traqueostomia ABERTA x OCLUÍDA

- 03 pacientes CCP (02 boca e 01 laringe)
- Efeito da oclusão da traqueostomia na deglutição orofaríngea
- VF

- Traqueostomia ocluída
 - Redução no grau de aspiração laríngea
 - Redução no grau das estases
 - Aumento no grau de elevação laríngea

Investigating Swallowing and Tracheostomy Following Critical Illness: A Scoping Review

Stacey A Skoretz ^{1 2 3 4}, Stephanie J Riopelle ¹, Leslie Wellman ^{4 5}, Camilla Dawson ^{1 6}

Affiliations + expand

PMID: 31939813 DOI: 10.1097/CCM.0000000000004098

- ❖ Objetivo: descrever e explorar a literatura em torno da deglutição e traqueostomia no ambiente de cuidado agudo
- ❖ Busca de artigos em bases de dados
- ❖ N = 10
- ❖ Incluídos estudos cujos participantes receberam TQT durante o cuidado agudo
- ❖ Excluído ca de cp
- ❖ Frequência da disfagia variou de 11-93%
- ❖ Desenho do estudo, população, métodos de avaliação

Válvula de Fala

TQT X Comunicação

Fluxo aéreo → Vibração ppvv



Perda de comunicação verbal

Condição
psicológica

Cuidado global

Interação Social do
paciente

Válvula de Fala

- Inventor – David Muir
- Distrofia muscular – quadriplégico
- 1985 – traqueostomia/dependente de ventilador
- Impossibilitando comunicação
- Desenvolveu a Válvula de fala (patenteada)
- Faleceu 1990 – 28 anos



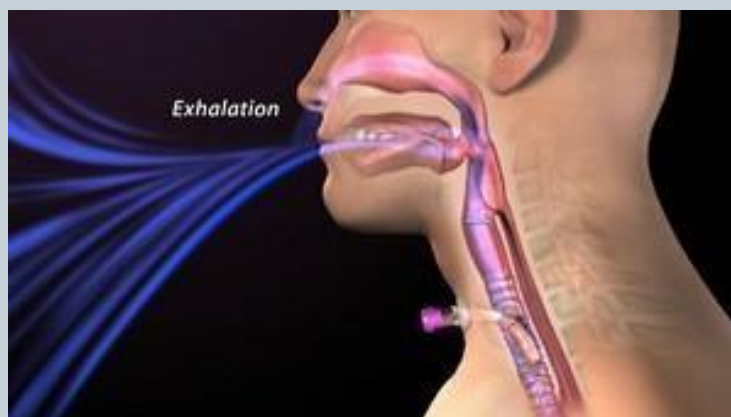
Válvula de Fala



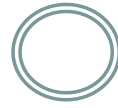
Válvula de fala



- Possui um diafragma de silicone (adaptador)
- Encaixa-se ao final do tubo da TQT ou no tubo T da VM
- Via-única, posição fechada, sem escape
sistema respiratório fechado
- Abre durante a inspiração
- Fecha durante a expiração → desvia o ar para VAS



Válvula de Fala



Adaptação da válvula de fala

Funcionamento da válvula de fala

Condições de uso



CUFF **DESINSUFLADO**

Via aérea superior sem alterações

- exalar o ar de forma eficiente em direção as VAS

Avaliação da tolerância fisiológica → Air Trapping?

- Manômetro durante a exalação passiva

- Avaliação da Pressão Intratraqueal (PIT)

<10 cmH₂O associado a tolerância do uso da
VF

<6 cm H₂O – ótima tolerância PIT >10 cm H₂O –
intolerância

Benefícios do uso da válvula de fala



- ❖ Estabelecimento da comunicação oral
- ❖ Eliminação da oclusão digital → mais fisiológico e higiênico
- ❖ Redução da secreção e necessidade de aspiração endotraqueal
- ❖ Redução risco de aspiração
- ❖ Melhora do olfato e do paladar
- ❖ Melhora da proteção de vias aéreas
- ❖ Desmame TQT e decanulação
- ❖ Melhora deglutição
- ❖ Restaura o PEEP fisiológico (Pressão Expiratória Final Positiva)
- ❖ Melhora oxigenação

Qualidade de vida

Contra indicações



- Obstruções das vias aéreas
- Incapacidade de tolerar o *cuff* desinsuflado
- Instabilidade pulmonar
- Aspiração importante
- Função motora oral inadequada
- Elasticidade pulmonar severamente reduzida
- Laringectomia total
- Paralisia bilateral de prega vocal
- Demência em grau avançado
- Afasia global

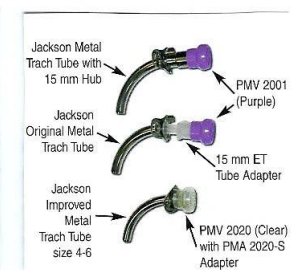
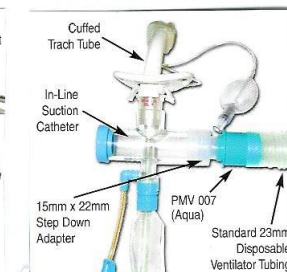
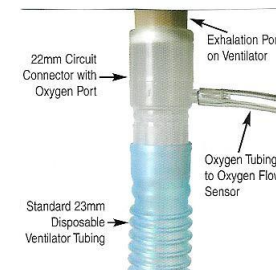
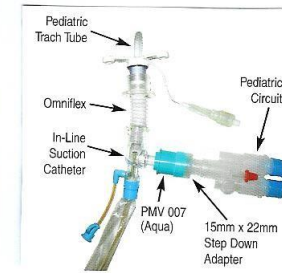
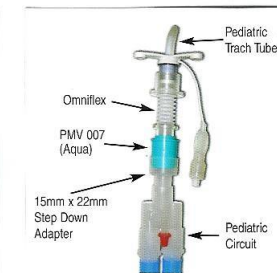
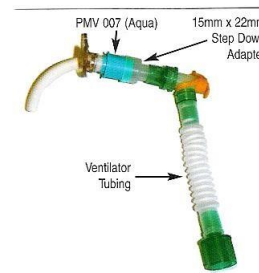
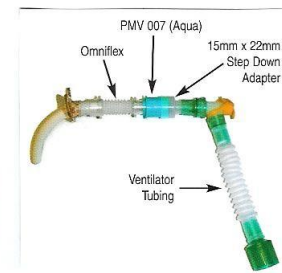
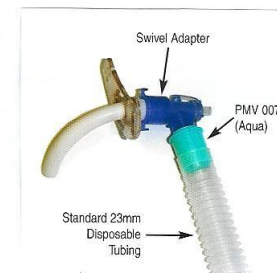
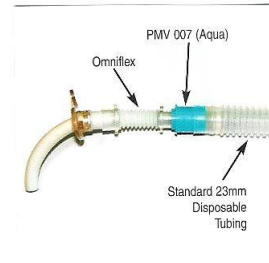
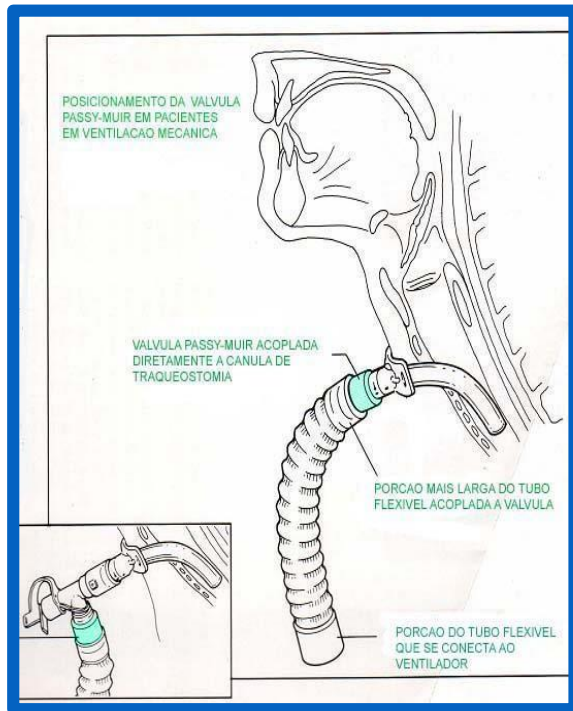
Adaptando a Válvula de Fala



- Aspire com cuff insuflado/ **desinsufle** e aspire novamente
- **Densinsuflar** o cuff completamente vagarosamente
- Instrua o paciente inspirar pelo tubo de TQT
- Manualmente, oclua com o dedo a TQT, exalar ar pela boca/nariz → VF
- Solicitar ao paciente que respire normalmente
- Solicitar emissão de vogais /plosivos
- Se necessário, solicitar pigarro e deglutição de saliva para eliminar voz molhada
- Na presença de sinais de desconforto respiratório (FC, FR, oximetria digital e secreção traqueal), retirar a VF
- Após estabilidade, tentar novamente

- FC: < 60bpm – bradicardia
- > 80 bpm - taquicardia
- FR: 18 a 25 normalidade

Válvula de Fala na Ventilação Mecânica



Válvula de Fala na Ventilação Mecânica



- Encaminhamento médico
- Apoio/suporte/parceria da fisioterapia
- EPAP = Pressão positiva das vias aéreas oferecida pelos aparelhos BIPAP → mantém o pulmão aberto
- IPAP = Pressão positiva inspiratória nas vias respiratórias → pressão administrada para auxiliar o paciente durante a inalação. Corresponde ao volume corrente)
 - Volume corrente diminui, aumenta-se o IPAP
- Ajuste no ventilador pode ser necessário (ar inspirado pode estar escapando pelas VAS)

Válvula de Fala na Ventilação Mecânica



- RISCO
- Barotrauma
- Válvula → direciona o fluxo de ar para VAS
- A vazão do fluxo aéreo por VAS =
quantidade de ar inspirado X aprisionamento de ar dentro dos pulmões

Válvula de Fala - Precaução



- Colocar sempre que possível a válvula próxima ao tubo de traqueostomia, e não mais para baixo do tubo do ventilador

Previnindo aumento no espaço morto e a
obstrução da VF por
condensação de água no tubo do ventilador

Observar



- Inabilidade em tolerar a colocação da válvula
- Tosse intensa com a colocação da válvula
- Dificuldade de adaptação à expiração natural
- Medo do paciente em relação a possíveis modificações do ventilador com o uso da válvula

Retirando a válvula de fala

- Desconectar a VF da cânula de traqueostomia com cuidado para não deslocar a cânula
- Aspirar a TQT e, se necessário, reinsuflar gradativamente o *cuff* e aspirar novamente a TQT



Cuffômetro

IMPORTANTE



- ❖ Saturação do oxigênio
- ❖ Sinais vitais (frequência cardíaca/ respiratória)
- ❖ Ruídos na respiração
- ❖ Alteração na cor e comportamento do paciente
- ❖ Esforço da respiração
- ❖ Secreção oral e traqueal
- ❖ Reações do paciente

Avaliação Blue Dye Test



Teste útil
Tem limitações



CAUSA DA ASPIRAÇÃO????

Blue Dye Test



- Condição *sine qua non*: TQT*
- Alguns autores questionam sua acurácia → *falso negativo*
- É preciso cuidado e critério para o uso do teste

O'Neil-Pirozzi et al. 2003

Blue Dye Test



- Outros autores acreditam ser teste de alta sensibilidade na detecção de aspiração
82%
- Principalmente em paciente em uso de ventilação mecânica (sensibilidade de 100%)

Belafsky et al. 2003

Blue Dye Test



- Procedimento recomendado na avaliação de deglutição de pacientes traqueostomizados
- Misturar o *blue dye* em água ou alimentos semi-sólidos
- Presença do azul peri ou na TQT → aspiração
- Quantidade???

Deutsch et al. 2012

Blue Dye Test



Aspiração Peri-TQT



Blue Dye Test



Aspiração Peri-TQT



Blue Dye Test



Avaliação

- Aplicação de 4 gotas
- Anilina azul sobre a língua do paciente (dorso)
- Solução à 1%
- A cada 4 horas
- 48 horas
- Monitora secreção → aspiração endotraqueal

Blue Dye Test



Avaliação

- Aplicação de 3 a 4 gotas – anilina azul sobre a língua do paciente (dorso)
- A cada 3 horas
- 48 a 72 horas
- Mistura com a saliva
- Aspira-se imediatamente após a deglutição
- 15 a 30 min em um período de 2 hs
- Presença ou não de secreção corada

The Accuracy of the Modified Evans Blue Dye Test in Predicting Aspiration



- Objetivo: avaliar a acurácia da técnica MEBDT como prevenção da aspiração em paciente com TQT

- Técnica:

- desinsuflar o cuff e aspirar a TQT e boca
- se o cuff não estiver sendo usado, essa etapa não é necessária
- Impregnar 45ml de gelo raspado com 0,5ml de corante azul
- Oferecer uma colher de sobremesa (15ml) ao paciente. Oferecer 3x
- Aspirar a TQT imediatamente após a terceira oferta, 30 e 60 min após
- Repetir o procedimento por 3x com intervalos de 1h



Presença de corante azul

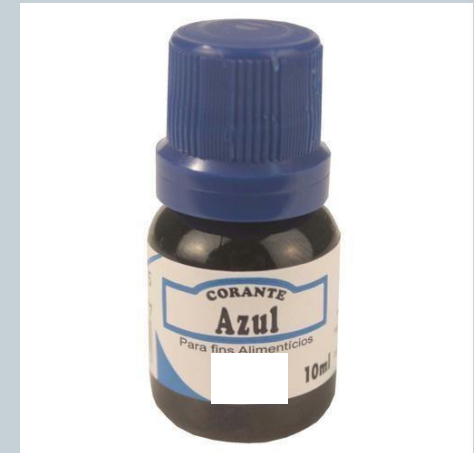


Ausência de corante azul

Blue Dye Test



- Corante alimentício azul
 - Uso alimentício → pirulitos, cupcakes
 - Corante artificial
- *** Há corantes naturais: beterraba, urucum, abóbora
- Precaução: alergias



Contra indicações



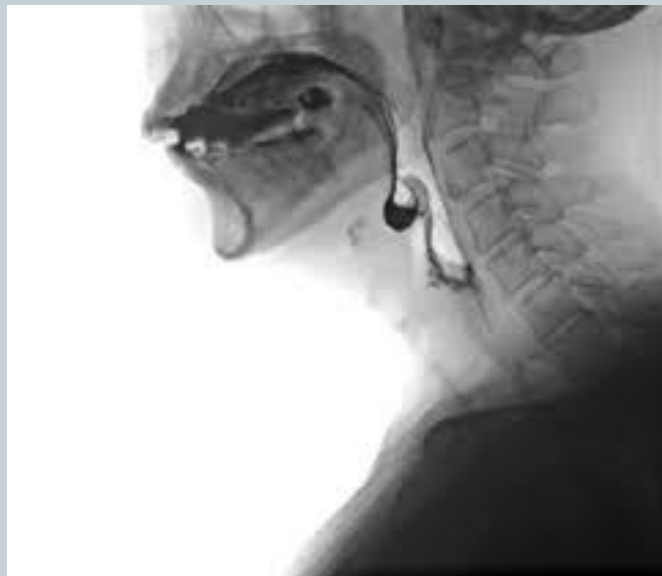
- Aumento da permeabilidade gastrointestinal
 - pacientes com sepse
 - queimaduras
 - trauma
 - choque
 - intervenções cirúrgicas
 - insuficiência renal
 - doença celíaca ou doença inflamatória intestinal

Blue Dye Test/modificado



- Substância utilizada para colorir alimentos/saliva a fim de identificar aspiração em indivíduos traqueostomizados
- Procedimento simples, barato, que pode ser utilizado em hospitais, à beira do leito ou consulta de rotina

2 -Avaliação Videofluoroscópica *versus* Nasofibroscopia



Avaliação das disfagias



- Clínica
- Videofluoroscópica
- Nasofibroscópica
- **Objetivos:**
 - Definir presença e etiologia da disfagia
 - Risco de aspiração e complicações respiratórias
 - Diagnóstico preliminar, seleção de testes e condutas
 - Definir melhor forma de entrada nutricional, tipo de consistência dos alimentos e o tipo de terapia

Avaliação instrumental (tradicional)



- Múltiplas medidas
- Tempo
- Eficiência
- Pressão
- *Clearance*
- Atividade muscular
- Sensação
- Fluxo do bolo
- Análise biomecânica

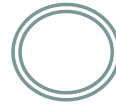
Seleção do teste



- 1. status do paciente
 - Físico
 - médico
- 2. objetivo
 - Identificação da alteração
 - Estimativa da gravidade
 - Recomendações de dieta/efeitos do tratamento
 - *Feedback* visual
- 3. local
 - Radiologia/leito
 - Materiais usados durante o exame

VF

FEES

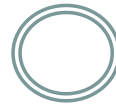


- Avaliação direta dos componentes fisiológicos da deglutição
- Avaliação indireta das estruturas orais, laríngeas, faríngeas e esofágicas através da deglutição

- Avaliação inferida da fisiologia baseada em resíduos e estases
- Visão direta das estruturas laríngeas e faríngeas antes e após a deglutição

VF

- Relata o movimento estrutural para movimento do bolo ao longo do tempo durante a deglutição
- Avalia a presença, tempo e gravidade aproximada da aspiração durante a deglutição

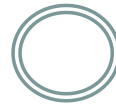


FEES

- Relata o fluxo do bolo para o início da deglutição, movimento antes e após a deglutição
- Avalia a presença de aspiração antes e após a deglutição, infere aspiração durante deglutição

VF

- Fechamento labial
- Mastigação
- Mobilidade de língua
- Início da fase faríngea
- Elevação e retração do palato mole
- Excursão hioídea
- Fechamento de vestíbulo laríngeo



FEES

- Dinâmica laríngea e faríngea durante voz e fala
- Mobilidade ppvvs
- Penetração/aspiração
- Extensão e duração abertura SFE

VF e FEES



- Múltiplos *trials*
- Fator fadiga
- Avalia efeito das posturas compensatórias e manobras antes, durante a após a deglutição
- Interrelação da função orofaríngea e esofágica

VF logística/riscos

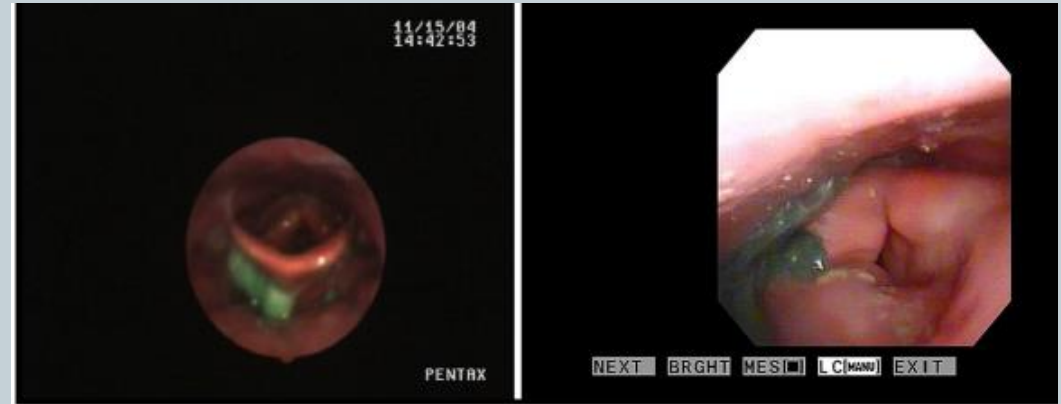


- Transporte
- Cooperação do paciente
- Líquidos e comidas “simulados”
- Exposição à radiação (TEMPO!!)
- Aspiração
- Alergia ao bário

FEES logística / riscos



- Agitados; defesa tátil
- Reflexos de gag hiperativos
- Obstrução passagem nasal
- Desconforto, reflexo de náusea, vômitos
- Sangramento nasal
- Alergia/hipersensibilidade à anestesia tópica ou spray nasal
- Laringoespasmo
- Resposta vasovagal
- aspiração



ASHA - Objetivos da avaliação instrumental



- Visualizar as estruturas das VAS e trato digestivo
- Avaliar o funcionamento fisiológico dos mms e estruturas envolvidos na deglutição e fazer observações, medidas e inferências de simetria, sensação, força, pressão, tônus, amplitude, velocidade e coordenação/tempo de movimentos
- Avaliar a coordenação e efetividade dos movs durante a deglutição

ASHA - Objetivos da avaliação instrumental



- Determinar presença, causa, gravidade e tempo da aspiração visualizando-se o controle, fluxo e timing do bolo, além da resposta à aspiração
- Visualizar a presença, localização e quantidade de secreções na hipofaringe e laringe, a sensibilidade do P. e habilidade espontânea ou esforços facilitados para limpá-las
- Triar anatomia e função esofágica para evidências de disfagia
- Assistir na determinação da via mais segura e eficiente de nutrição e hidratação

ASHA - Objetivos da avaliação instrumental



- Determinar com especificidade a segurança e efetividade relativa de vários consistências e volumes de bolo
- Determinar a taxa ou método de entrada oral
- Determinar as posturas, posicionamento, manobras e/ou gerenciamento/tratamento que melhoram segurança e eficiência de alimentação

ASHA - Indicação da avaliação instrumental



1. Sinais e sintomas são inconsistentes com achados da avaliação clínica
2. Há a necessidade de confirmar uma HD médica ou ajudar na determinação de diagnóstico diferencial
3. Confirmação e/ou diagnóstico diferencial da disfagia
4. Há comprometimento nutricional ou pulmonar e a questão de a disfagia orofaríngea está contribuindo para estas condições
5. A segurança e eficiência da deglutição são uma preocupação
6. Paciente é identificado como candidato para reabilitação e são necessárias informações específicas para guiar o gerenciamento/tratamento

ASHA - Avaliação instrumental PODE ser indicada



1. Paciente tem uma condição médica ou diagnóstico associado com alto risco de disfagia
2. P tem diagnóstico prévio de disfagia e suspeita-se que houve mudança na deglutição
3. P tem uma condição como déficit cognitivo ou de comunicação que impede a realização completa da avaliação clínica
4. P. tem doença crônica degenerativa ou doença com uma progressão conhecida, ou está numa condição estável ou de recuperação para qual a função OF pode requerer maiores definições para gerenciamento

ASHA - Avaliação instrumental NÃO está indicada



1. P muito instável clinicamente para tolerar o procedimento
2. P incapaz de cooperar ou participar
3. No julgamento do fgo, avaliação instrumental não mudaria o gerenciamento clínico do paciente



Protocolo de avaliação videofluoroscópica

ROTEIRO – Módulo 6



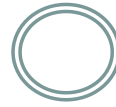
SEGUNDA PARTE

1. Screenings *versus* Protocolos de Prevenção de Aspiração
2. Protocolos de Qualidade de Vida

3. Screenings *versus* Protocolos de Prevenção de Aspiração



Screenings – Palavras chave



01

IDENTIFY

Esses protocolos são planejados para identificar uma determinada doença na população.

02

EARLIER INTERVENTION

Ponto forte - providenciar atendimento precoce. Reduzir mortalidade e complicações clínicas

03

NOT DESIGNED TO BE DIAGNOSTIC

As triagens são e não devem ser projetadas para definir diagnóstico

Screening em Disfagia



DESENVOLVIDOS PARA IDENTIFICAR PACIENTES
COM RISCO PARA UM PROBLEMA ESPECÍFICO E
DIRECIONAR PARA UM PROCEDIMENTO
DIAGNÓSTICO

1. Confiabilidade intraexaminador
2. Confiabilidade interexaminador

Superior a 70%



Critérios de seleção para a triagem



Tempo

15 - 20 MINUTOS

Protocolo rápido para
atender uma grande
demanada



Não Invasivo

**SIMPLES
TREINAMENTO**



Risco controlado

**BAIXO OU NENHUM RISCO
PARA O PACINETE**

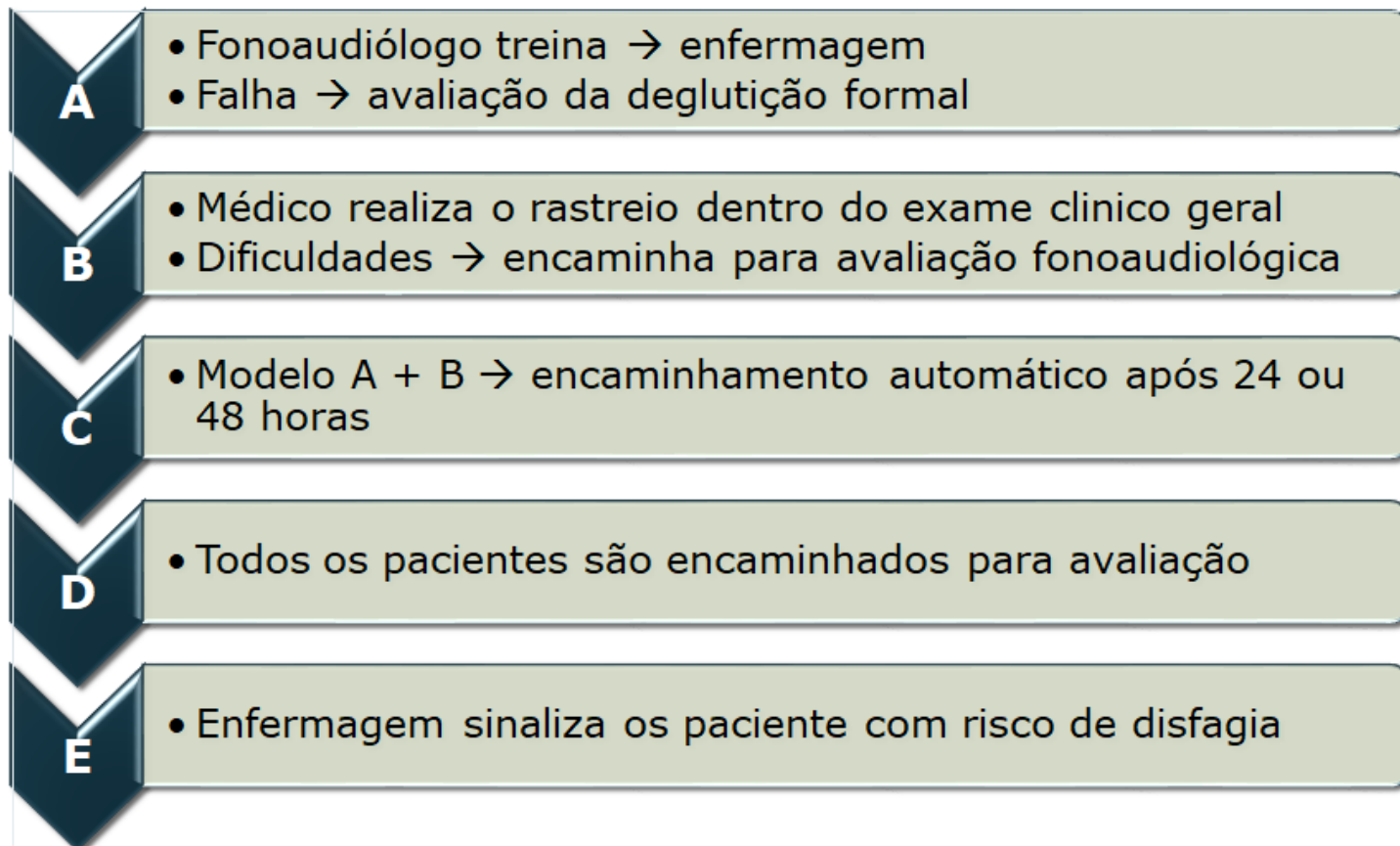
**1 - TRIAGENS ESPECÍFICAS
PARA AUMENTAR A
CONFIABILIDADE**

Screening em disfagia



- ❖ Reduzir o risco de pneumonias
- ❖ Equipe multiprofissional
- ❖ Avaliação precoce pelo fonoaudiólogo
- ❖ Reabilitação - restaurar a deglutição o quanto antes
- ❖ Nutrição - desnutrição e desidratação
- ❖ Financeira - limitar gastos com saúde

Modelos de protocolos



Critérios que definem falha



- ❖ Tosse
- ❖ Aspiração silente
- ❖ Voz molhada
- ❖ Ausculta cervical
- ❖ Mudança na oximetria de pulso



Tem um instrumento definido?



- ❖ TRIAR A DEGLUTIÇÃO COM ÁGUA
- ❖ TRIAR A DEGLUTIÇÃO COM OUTRAS CONSISTÊNCIAS
- ❖ DESSATURAÇÃO
- ❖ TRIAR DEGLUTIÇÃO X DESATURAÇÃO
- ❖ TRIAGEM BASEADO EM CRITÉRIOS DE RISCO



O que esperar do protocolo



SENSIBILIDADE:
DISCRIMINAR QUEM
EFETIVAMENTE ESTÁ DOENTE

ESPECIFICIDADE:
DISCRIMINAR QUEM NÃO
TEM DOENÇA

VALOR PREDITIVO POSITIVO (VPP): É A
PROBABILIDADE DE UM INDIVÍDUO
AVALIADO E COM RESULTADO POSITIVO SER
REALMENTE DOENTE

VALOR PREDITIVO NEGATIVO (VPN): É A
PROBABILIDADE DE UM INDIVÍDUO
AVALIADO E COM RESULTADO NEGATIVO SER
REALMENTE NORMAL

	DOENTE 	SAUDÁVEL 
TESTE POSITIVO 	(VP) 	(FP) 
TESTE NEGATIVO 	(FN) 	(VN) 

O que esperar do protocolo



1

DEFINIR A NOTA DE CORTE

- **ALTA ESPECIFICIDADE** - REDUÇÃO DE FALSOS POSITIVOS
- PERDEMOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA DOENÇA
- **ALTA SENSIBILIDADE** - AUMENTO A INCIDENCIA DE FALSOS POSITIVOS OS VERDADEIROS POSITIVOS TÃO SÃO MAIS DIAGNÓSTICADOS
- **SENSIBILIDADE - 70%**
- **ESPECIFICIDADE - 60%**

Falhou tem risco - Avaliação



AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL

AVALIAÇÃO NÃO INSTRUMENTAL

- ❖ Identificar causas da disfagia
- ❖ Estimar a segurança
- ❖ Validar a aspiração
- ❖ Decisões sobre alimentação por VO

Definição de conduta sobre ingestão de via oral deve ser apoiada por resultados de avaliações posteriores



Toronto Bedside Swallowing TOR-BSST



1

Triagem em anormalidades

Qualidade vocal Movimento de
língua

2

Deglutição de água Oferta 10 colheres de
chá de água de forma consecutiva



Certificação



Dysphagia (2008) 23:244–250
DOI 10.1007/s00455-007-9127-y

ORIGINAL ARTICLE

Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test

Debra M. Suiter · Steven B. Leder

- Determinar a causa da aspiração presente
- Determinar a necessidade para uma avaliação formal da deglutição
- Quando é seguro recomendar o início da alimentação oral
- Breve avaliação cognitiva e do SSMO
- Oferta de 90ml de água, no copo ou canudo



Dysphagia (2008) 19:244–250
DOI 10.1007/s00405-007-0127-y

ORIGINAL ARTICLE

Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test

Debra M. Sulter · Steven B. Leder

Passo 1 – Critérios de exclusão:

Ausência de risco de aspiração
Sem possibilidades de se manter alerta para o teste
Alimentando-se com dieta modificada devido disfagia prévia
Presença de VAA
Restrição de elevação de decúbito em mais de 30 graus
Presença de traqueostomia
Jejum VO por ordem médica

Passo 2 – Instruções de administração

Triagem cognitiva rápida:
Qual é o seu nome?
Onde você está agora?
Que ano é esse?

Exame do mecanismo oral
Fechamento labial
Movimento de língua
Simetria facial (bico/sorriso)

Teste de 90ml de água

Passo 3 – Critérios de passa/falha

Passa: deglutir todo o volume de água sem tosse ou engasgo, durante ou imediatamente após
Dieta oral liberada → Se possuir dentes, liberar sólidos macios ou dieta geral. Se edentulo dieta pastosa

Falha: inabilidade em deglutir todo o volume de água, presença de tosse ou engasgo durante ou imediatamente após
Manter VO zero (incluindo medicações) + avaliação objetiva da deglutição ou refazer o protocolo em 24h



Can an oral mechanism examination contribute to the assessment of odds of aspiration?

Leder SB, Suiter DM, Murray J, Rademaker AW. (Dysphagia, 2013)

Obj: Investigar se 3 componentes de um protocolo de triagem (fechamento labial, força de língua e simetria facial) podem prever o risco de aspiração (FEES)

N= 3.919

Resultados: força de língua ↓ 2,72x mais chance de aspirar
assimetria facial ↓ 0,76x mais chance de aspirar



Avaliador: atenção para os riscos!!!



Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration

CLAVÉ et al. – Clin Nutri 2009

- determinar a acurácia do teste de volume-viscosidade para a deglutição à beira do leito (V-VST) como *screening* clínico de alteração na segurança e eficácia da deglutição
- N= 85 disfágicos e 12 saudáveis (V-VST e VF)
- alteração na segurança: tosse, ↓ satO₂ ≤ 3% e voz molhada
alteração na eficácia: deglutição fragmentada e resíduo em OF

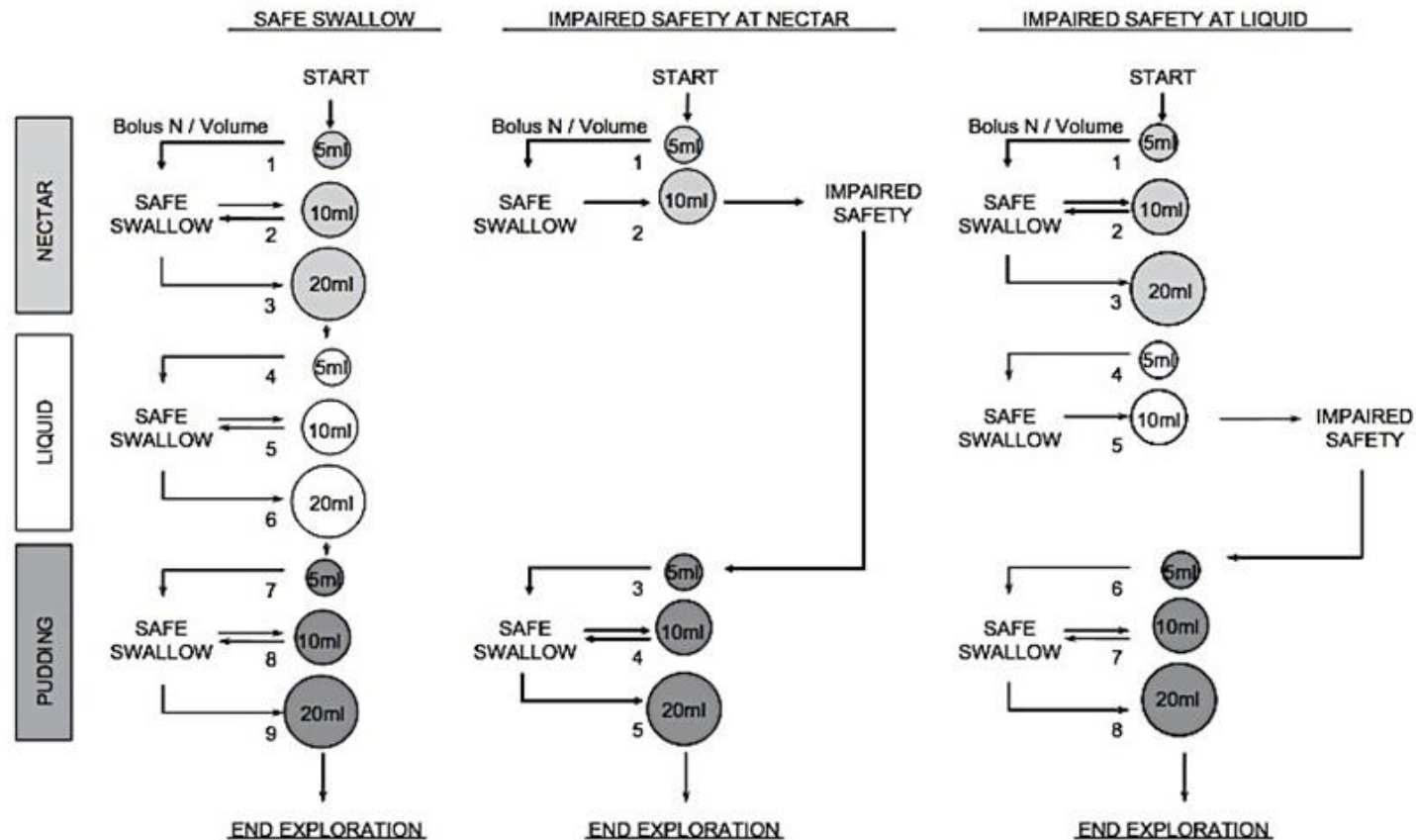


Figure 1 Algorithms of bolus volume and viscosity administration during V-VST and VFS studies. (a) Patients with safe swallow completed the pathway, (b) representative pathway for patients with impaired safety at 10 mL nectar, and (c) representative pathway for patients with impaired safety at 10 mL liquid viscosity. Bolus Number (Bolus N) depicts the sequence of bolus administration in each pathway.



Figure 5 Proposed algorithm for diagnosis and treatment of oropharyngeal functional dysphagia using the V-VST for screening and VF5 studies for patient assessment. Note the involvement of several professional domains of the dysphagia multidisciplinary team and the flows of information.

SENSIBILIDADE 100%
PORÉM... ESPECIFICIDADE 28,8%

Validation of the Yale Swallow Protocol: A Prospective Double-Blinded Videofluoroscopic Study

Debra M. Sulter · Joanna Slaggy · Steven B. Leder

Definição de Risco de aspiração → Videofluor X Protocolo de Yale

25 adultos → 1 teste de Yale

2 avaliação objetiva consecutivos
(5 a 10 minutos do teste Yale)

1 - 90ml de água
2 - teste cognitivo
3 - avaliação de
mobilidade

Aspiração

SIM Não

Avaliação → dois fonoaudiólogos avaliando pelo protocolo
comparado com a VF de forma cega

Validation of the Yale Swallow Protocol: A Prospective Double-Blinded Videofluoroscopic Study

Debra M. Sulzer · JoAnna Sloggy · Steven B. Leder

Table 2 2 × 2 contingency table comparing results of Yale Swallow Protocol to results of videofluoroscopic swallow study (VFSS)

Yale Swallow Protocol	Aspiration on VFSS	
	Positive	Negative
Positive	14	4
Negative	0	7

- 1) Sensibilidade para o protocolo Yale = 100%
- 2) Especificidade = 64%
- 3) Valor preditivo positivo = 78%
- 4) Valor preditivo negativo = 100%

Protocolos de triagem em CCP



Swallowing performance in patients with head and neck cancer: A simple clinical test

Joanne M. Patterson^{A*}, Elaine McColl^B, Paul N. Carding^B, Charles Kelly^C, Janet A. Wilson^D
2009

Teste com água (WST) → amplamente utilizado em disfagia neurogênica

WST → pacientes (Rxt e QT) para CCP (n=98)

Avaliado 100ml de líquido → Tomar o mais rápido possível

Medidas quantitativas

- Numero de deglutições pelo volume
- Tempo de deglutição para o volume

Protocolos de triagem em CCP



Swallowing performance in patients with head and neck cancer: A simple clinical test

Joanne M. Patterson^{a,*}, Elaine McColl^a, Paul N. Carding^b, Charles Kelly^c, Janet A. Wilson^d
2009

- (1) avaliar → deglutição de 100 mL de água (WST)
- (2) fornecer dados de base de volume, capacidade e velocidade de deglutição
- (3) analisar se o estágio do tumor, localização, idade ou sexo → impacto sobre a deglutição
- (4) comparar os resultados com os dados normativos

Protocolos de triagem em CCP



ELSEVIER

Swallowing performance in patients with head and neck cancer: A simple clinical test

Joanne M. Patterson^{a*}, Elaine McColl^a, Paul N. Carding^b, Charles Kelly^c, Janet A. Wilson^d
2009

- 177 pacientes → 156 finalizaram o teste
- Tamanho do tumor → maior risco
 - Capacidade → diminuiu (média de 14,5 mL por segundo)
 - Velocidade → diminuiu (média de 1,7 s)

Capacidade e velocidade de deglutição reduzida → comparado a padrão normativo

Protocolos de triagem em CCP



The clinical application of the 100 mL water swallow test in head and neck cancer

Joanne M. Patterson^{a,*}, Anthony Hildreth^b, Elaine McColl^c, Paul N. Carding^d, David Hamilton^e,
Janet A. Wilson^c

2011

Presença de engasgo → interrompe teste com água

Falha no rastreio



Critérios

- (1) Tosse
- (2) Qualidade vocal molhada
- (3) Incapacidade de deglutir o líquido

FEES → validação do protocolo

Protocolos de triagem em CCP



The clinical application of the 100 mL water swallow test in head and neck cancer

Joanne M. Patterson^{a,*}, Anthony Hildreth^b, Elaine McColl^c, Paul N. Carding^d, David Hamilton^e, Janet A. Wilson^c

2011

Table 2

Percentages for sensitivity and specificity of the 100 mL WST for the detection of aspiration in HNC patients at pre- and 3 months post-treatment.

	Pre- (n = 126)	3 Months (n = 155)	6 Months (n = 140)	12 Months (n = 129)
Number (%) with aspiration on FEES	10 (8%)	35 (22.5%)	32 (23%)	21 (16%)
Sensitivity	80.0% (8/10)	77.1% (27/35)	93.8% (30/32)	66.7% (14/21)
Specificity	76.7% (89/116)	46.7% (56/120)	46.3% (50/108)	52.7% (57/108)
+Predictive value	22.8% (8/35)	30.0% (27/91)	34.1% (30/88)	21.5% (14/65)
-Predictive value	97.8% (89/91)	87.5% (56/64)	96.1% (50/52)	89.1% (57/64)



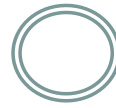
Alto Valor Preditivo negativo

87%

Diante de um resultado negativo maior a probabilidade de não ter disfagia



Protocolos de triagem em CCP



Water Swallow Screening Test for Patients After Surgery for Head and Neck Cancer: Early Identification of Dysphagia, Aspiration and Limitations of Oral Intake

CHRISTIANE HEY¹, BENJAMIN P. LANGE², SILVIA EBERLE¹, YEVGEN ZARETSKY¹,
ROBERT SADER³, TIMO STÖVER⁴ and JENS WAGENBLAST⁴

2013

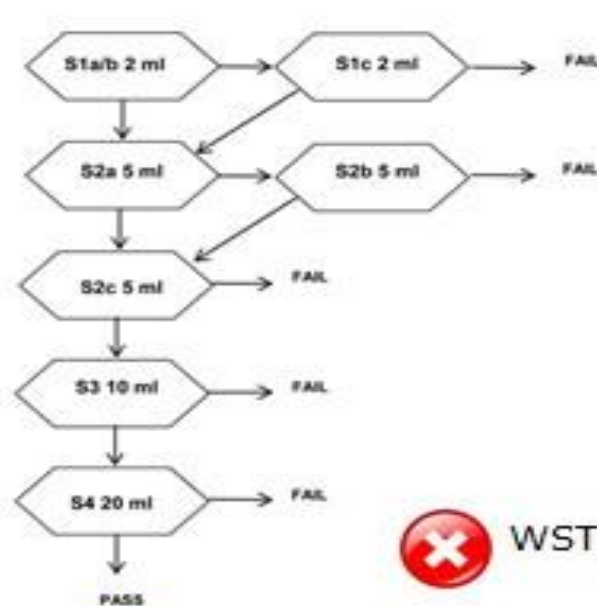
- WST → rastreio de aspiração CCP após QT e Rxt
- **1 Ferramenta de triagem pós-cirúrgico CCP**
 - não se concentra apenas em aspiração
 - limitações da ingestão oral e disfagia em geral

Protocolos de triagem em CCP



Water Swallow Screening Test for Patients After Surgery for Head and Neck Cancer: Early Identification of Dysphagia, Aspiration and Limitations of Oral Intake

CHRISTIANE HEY¹, BENJAMIN P. LANGE², SILVIA EBERLE¹, YEVGEN ZARETSKY¹, ROBERT SADER¹, TIMO STÖVER⁴ and JENS WAGENBLAST⁴



- 1 ingesta VO pós cx (n=80)²⁰¹³

- WST administrado de forma calibrada (51ml)

- Critérios de falha

- 1) voz molhada antes
- 2) mudança na voz ou voz molhada pós
- 3) tosse ou pigarro



WST interrompido; Voz molhada incapaz de limpar



Sem alteração em todas as etapas

+ FEES
Rosenbek et al.
FOIS

Protocolos de triagem em CCP



Water Swallow Screening Test for Patients After Surgery for Head and Neck Cancer: Early Identification of Dysphagia, Aspiration and Limitations of Oral Intake

CHRISTIANE HEY¹, BENJAMIN P. LANGE², SILVIA EBERLE¹, YEVGEN ZARETSKY¹, ROBERT NADER¹, TIMO STÖVER³ and JENS WAGENBLAST⁴

2011

Table II. Diagnostic accuracy measurements of the water swallow test for oral dysphagia in general (ODG), aspiration (ASP), and limitations of oral intake (L IO)

Reference criteria	Results (tp/fp/fn/tn)	Sensitivity (%) 95% CI	Specificity (%) 95% CI	LR+ 95% CI	Efficiency 95% CI
ODG	50/5/2/23	96.2 (86.8-99.5)	82.1 (63.1-93.9)	5.4 (2.4-11.9)	91.3 (82.8-96.4)
ASP	39/16/0/25	100 (91.0-100)	61.0 (44.5-75.8)	2.6 (1.8-3.8)	80.0 (69.6-88.1)
L IO	44/11/1/24	97.8 (88.2-99.94)	68.6 (50.7-83.2)	3.1 (1.9-5.1)	85.0 (75.3-92.0)

tp: True-positive, fp: false-positive, fn: false-negative, tn: true-negative, LR+: Positive likelihood ratio, CI: confidence interval, efficiency: number of correct decisions.

Fator preditor positivo baixo
(aspiração; limitações de
ingestão oral)

Resultado positivo →
disfagia pode não está
presente

Recomendações



1

Descontinuar protocolos não validados

Use ferramentas validadas que atende os aspectos da confiabilidade

2

Implementar triagens para a sua população alvo

Use ferramentas validadas que atende os aspectos da confiabilidade

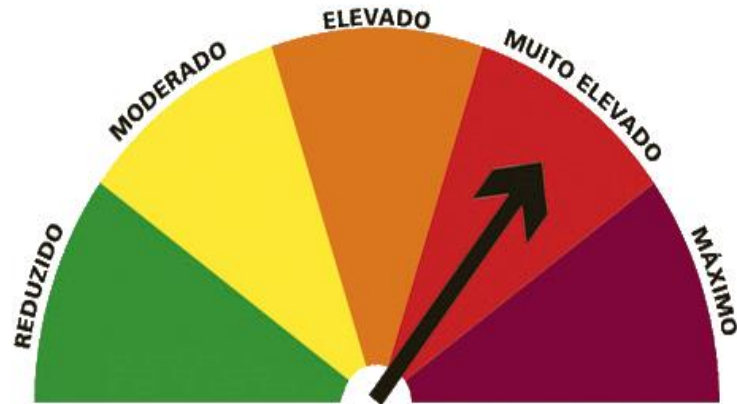
3

Forneça treinamento

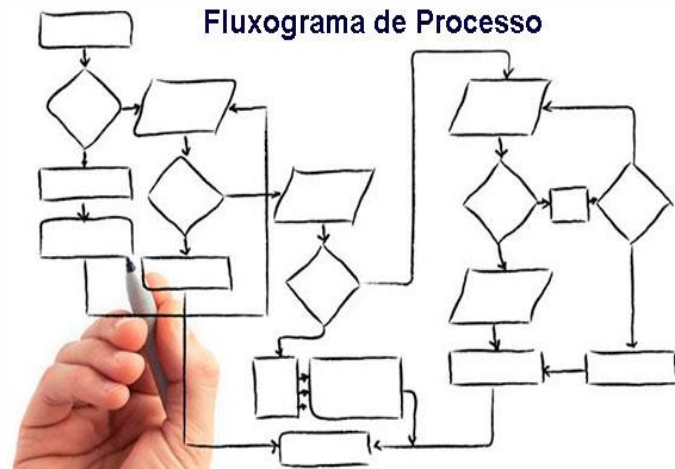
Confiabilidade intra e inter avaliadores

IMPLEMENTAÇÃO

Fatores de Risco



Notificações



Indicadores



DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO

Advanced Practice

Development of an Intervention Model for the Prevention of Aspiration Pneumonia in High-Risk Patients on a Medical-Surgical Unit

*Ilia M. Echevarria
Ann Schwoebel*

- Após aumento de 70% nos casos de pnm aspirativa
- Dois pilares: identificação precoce dos riscos e implementação de práticas baseadas em evidência

Enfermeira identifica o paciente com risco de aspiração através da ferramenta de triagem



Inicia o protocolo de prevenção de aspiração

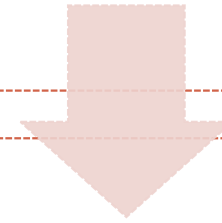


Deixa o paciente em jejum e aciona o fonoaudiólogo

EFETIVIDADE DE PROTOCOLOS

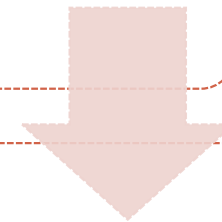
Smithard et al. 1997 – Acompanhamento por equipe multidisciplinar e redução nas taxas de pneumonia:

51% no primeiro dia → 17% em 1 mês → 11% em seis meses



Hinchey et al. 2005 - Ocorrência de pneumonia maior entre pacientes pós AVC não triados para disfagia (5,7%) se comparado aos triados (2,3%)

Taxas de mortalidade variou entre 21% e 4,8% entre os que desenvolveram pneumonia e os que não desenvolveram, respectivamente.



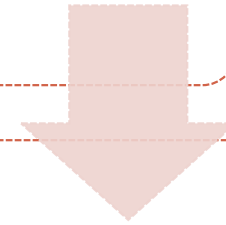
Cichero et al. 2009 – 442 pacientes triados pela enfermagem na admissão → 109 apresentavam risco para disfagia e após aval fono → 27% tiveram modificação na consistência da dieta via oral ou suspensão

EFETIVIDADE DE PROTOCOLOS

Starks e Harbert (2011) – 24 pacientes de uma UTI cardiológica:

11% tiveram pneumonia no pré-protocolo

Nenhum caso nos 6 meses pós-protocolo

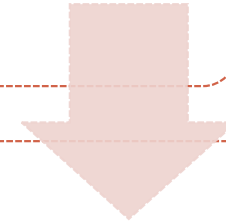


Palli et al. 2017 - 384 pacientes pós AVC:

Submetidos ao protocolo de triagem - taxas de pneumonia (3,8%)

Grupo pré-intervenção (11,6%)

Redução de 1 dia de internação!

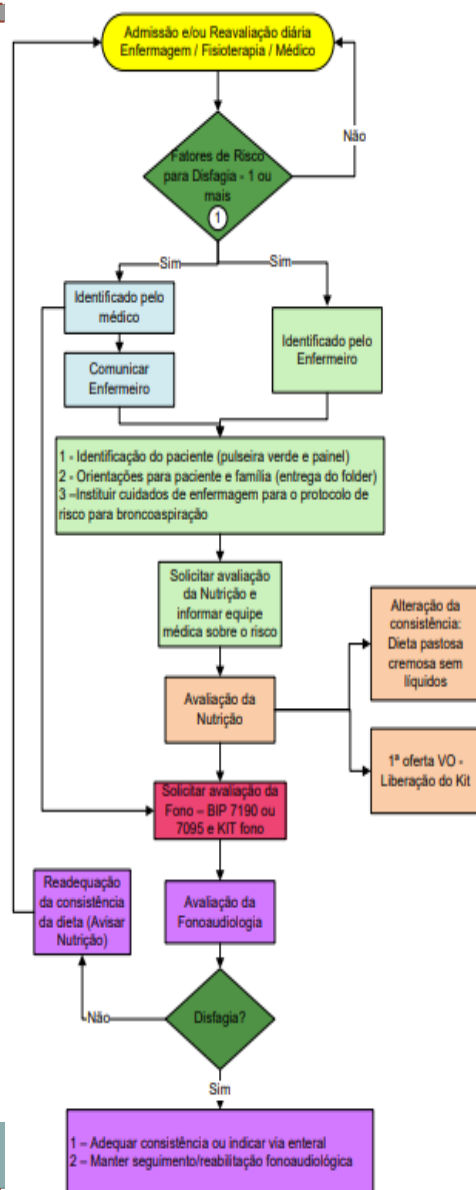


Ebersole et. al 2020 - 12.392 pacientes oncológicos:

97 com pneumonia aspirativa

Não houve diferença quanto a incidência de pneumonia aspirativa pré e pós-protocolo

Fluxograma do protocolo de risco para aspiração



1 Identificação dos Pacientes com Risco para Broncoaspiração:

- Rebaixamento do nível de consciência
- Doenças neurológicas
- Taquipnéia
- Tumores: esôfago, estômago, pâncreas, duodeno, cerebral e cabeça e pescoço
- Pacientes que foram extubados após intubação $\geq$ de 24h, traqueostomia, sonda gástrica ou enteral ou gastrostomia
- VNI - Ventilação Não Invasiva

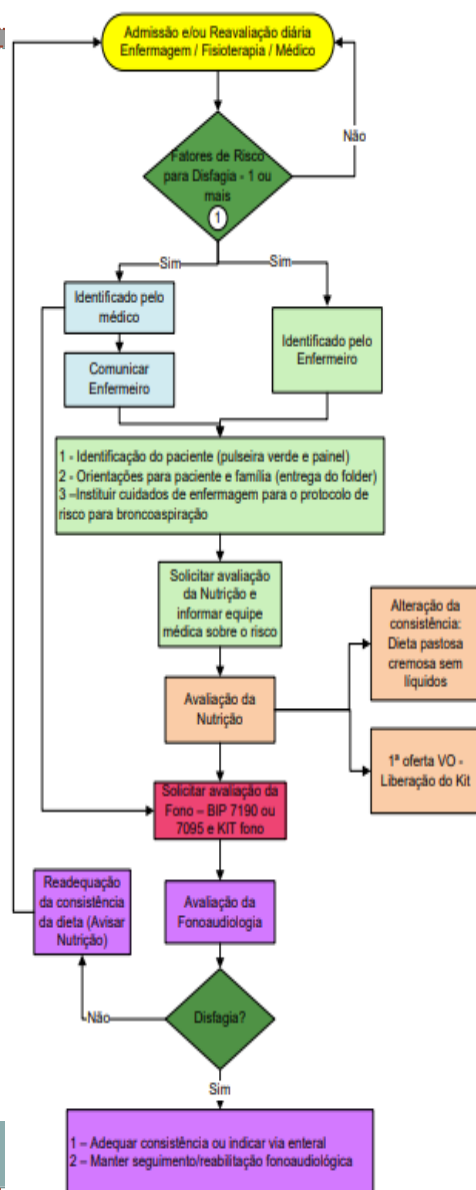
* Pacientes em POI:

- Com Sondas (SNGE)
- Neurocirurgia
- CP
- Apresentando RNC

Após alta do CC, deverão ser identificados com a pulseira de prevenção

* Com mais de 24h, Fisioterapeuta avisa Fonoaudiologia

Fluxograma do protocolo de risco para aspiração



Medidas gerais para o protocolo de risco para Broncoaspiração

- SNE preferencialmente no duodeno.
- Checar posicionamento da SNE antes de instalar a dieta (verificar a marcação da sonda para avaliar se houve tração)
- Cabeceira elevada (maior que 30 °)
- SNG manter sempre aberta e testar refluxo 2 vezes ao dia (utilizar seringa de 20ml), e sempre lavando com 10ml. Qualquer intercorrência, avisar a equipe médica.

Cuidados preventivos para Broncoaspiração passageira

- Nos transportes de pacientes em maca e nas transferências de leito para maca e vice versa:
- Priorizar que as passagens do paciente da cama para maca e vice versa ocorram em decúbito elevado.
- Se paciente em utilização de SNG aspirar a sonda antes do transporte.
- Manter sempre decúbito elevado durante o transporte de pacientes.

Em utilização sedação

- Após exames com sedação (de curta duração):
- Manter decúbito elevado após sedação (mínimo de 1h)

Ventilação Não Invasiva

- Pacientes em uso de ventilação não invasiva (VNI):
- Manter sempre em decúbito elevado.

Pacientes com risco de aspiração de saliva:

- O risco pode ser identificado pelo enfermeiro ou pelo médico
- O médico deve realizar a solicitação formalmente

FATORES DE RISCO - ESPECIFICIDADE - ONCOLÓGICO

Admissão/reavaliação diária
Médico, enfermagem, fisioterapia

Fatores de risco
para disfagia

Aspiração por refluxo

- POI cirurgia abdominal/ esôfago
- Náuseas/vômitos
- Uso de SNE/GTM
- PAV (VMI)

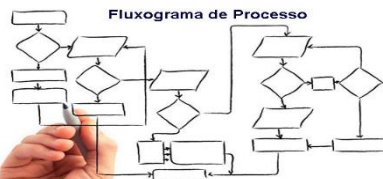
Aspiração presumida

- Ca CP (orofaringe, Cavidade oral, laringe, faringe)
- TQT/IOT > 24h
- Demência, neurodegenerativas, AVC, TCE
- Disfagia prévia*

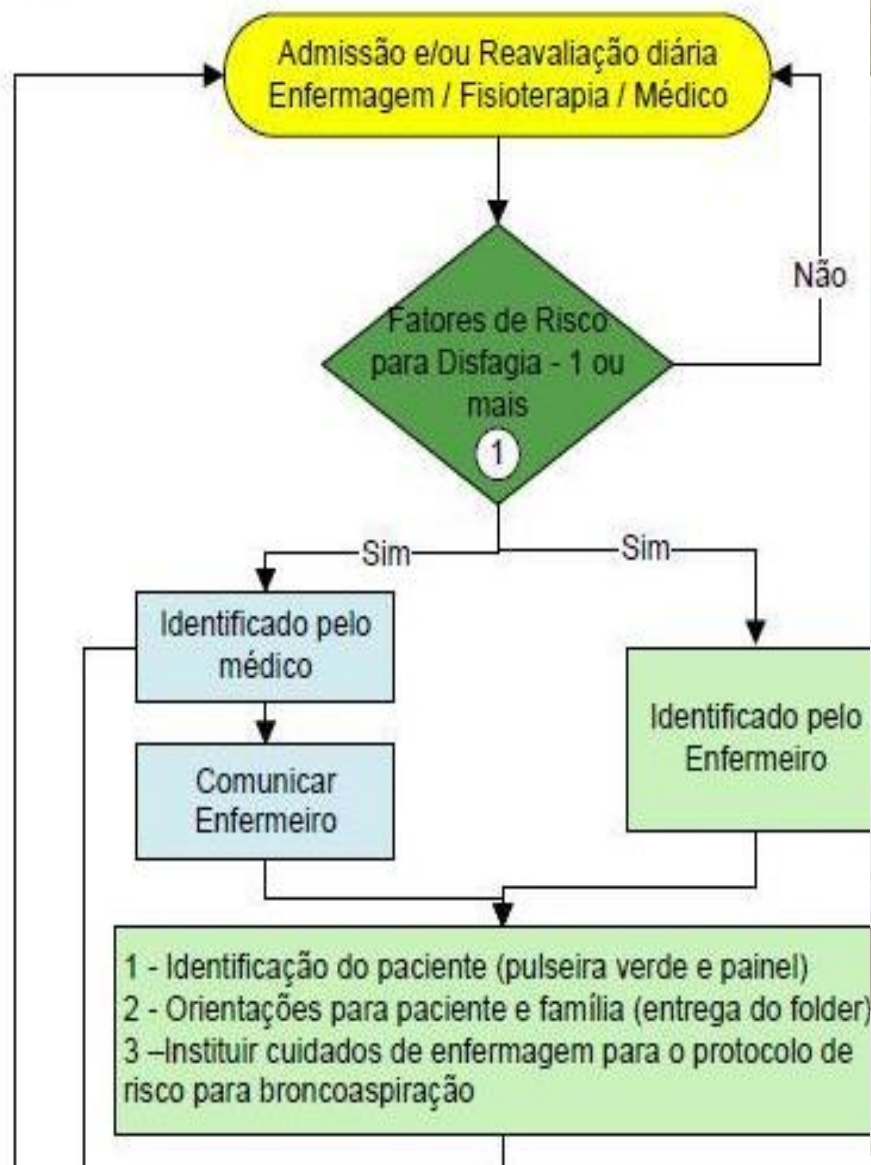
Risco para Aspiração

- Acima de 70 anos
- Perda ponderal > 10kg
- Cx esôfago cervical
- Cx cervical ampla
- VNI/PAV
- RDT em campo cérvico-facial prévio
- Taquipnéia (cateter de O₂, cateter alto fluxo máscara de venturi/reservatória)
- Tu SNC (próximo aos pares bulbares)
- RNC, delirium (Glasgow < 12)
- Má higiene oral





FLUXO



META DO DIA:

* MONITORAR

- nível de consciência
- controle da diurese
- cuidados com a pele
- quantidade de eliminação pps
- FÍSIO: mobilizações
- FONO: liberado dieta cremosa
mel com L espessado néctar
(1 medida para 100 ml)

PERGUNTAS PARA A EQUIPE:

BRONCOASPIRAÇÃO



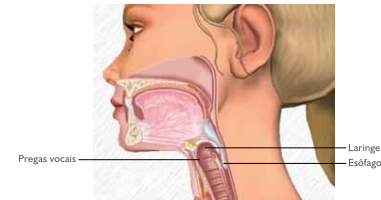
ORIENTAÇÕES DURANTE O TRATAMENTO Broncoaspiração

RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

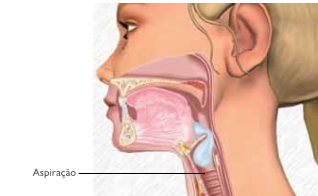
O QUE É BRONCOASPIRAÇÃO?

É quando o alimento, saliva ou secreção faz o trajeto inadequado. Ao invés de ir para o esôfago, entra na laringe, passando pelas pregas vocais, traqueia e chega aos pulmões, podendo causar pneumonia.

Deglutição normal



Deglutição com Broncoaspiração



3

FATORES DE RISCO

Condições clínicas

- Sonolência;
- Presença de secreção na boca e na garganta;
- Tosse, pigarro e engasgo durante e após a alimentação;
- Dificuldade respiratória;
- Dor para engolir;
- Dificuldade para mastigar e engolir;
- Tempo aumentado de refeição;
- Sensação de algo parado na garganta.



DISPOSITIVOS

- Tubo orotraqueal (tubo que fica dentro da boca para auxiliar na respiração);
- Traqueostomia, sonda gástrica ou enteral, gastrostomia.

ATENÇÃO NA OCORRÊNCIA DE:

- Engasgo e/ou tosse durante a oferta de alimentos e após;
- Desconforto respiratório mesmo que passageiro;
- Voz molhada (borbulhante);
- Salda de alimento pela traqueostomia (caso faça uso).

ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO



- Durante as refeições, certifique-se que o paciente esteja bem acordado;
- Nunca ofereça alimentos ao paciente quando a cabeça da cama estiver abaixada;
- A alimentação deve ser realizada sem pressa;
- Deve-se evitar falar e comer ao mesmo tempo;
- Ingerir sólidos e líquidos separadamente;
- Beber líquidos em pequenos goles;
- Colocar na boca pequenas quantidades de alimento para uma boa mastigação;
- O paciente deve engolir todo o alimento antes de colocar mais alimento na boca;
- Em caso de prótese dentária, mantenha a mesma bem fixa e avise a enfermagem se tiver alterações;
- Realizar higiene oral após as refeições, removendo os restos de alimentos da boca;
- Ofereça somente a dieta estabelecida pelo Hospital e siga as orientações das equipes (Médica, Enfermagem, Nutrição e Fonoaudiologia).

4

AVISAR IMEDIATAMENTE A ENFERMAGEM.

Orientações para a alta hospitalar: Se o paciente ainda estiver sob risco para broncoaspiração seguir em casa as mesmas orientações citadas acima e as orientações da equipe de Nutrição em relação à dieta.

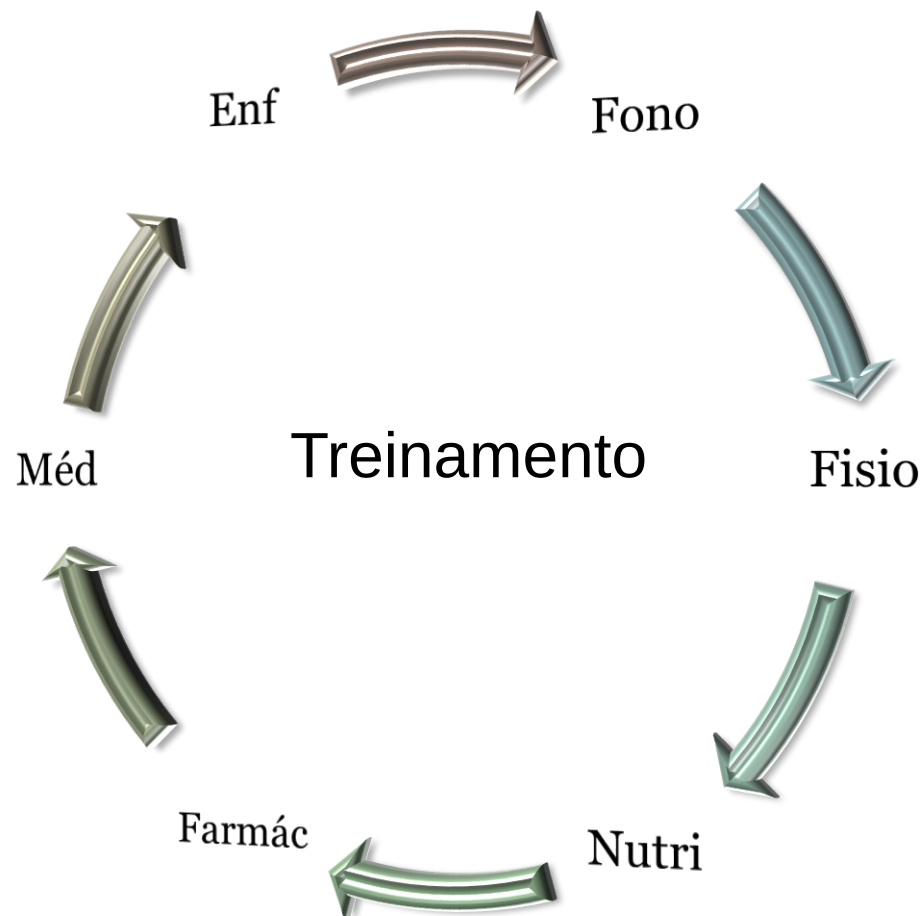
EM CASO DE DÚVIDAS PROCURE O ENFERMEIRO DE SUA UNIDADE.

PROCURAR O SETOR DE EMERGÊNCIA SE HOUVER SUSPEITA DE BRONCOASPIRAÇÃO EM DOMICÍLIO.



EDUCAÇÃO CONTINUADA

- Fluxo
- Notificações
- Treinamento equipes



PROCESSOS

- Fatores de risco
- Uso do espessante
- Oferta medicamentos
- Notificacoes das Aspirações

FALHAS

AÇÕES e
MELHORIAS

- Aumentar a especificidade para avaliação fono
- Treinamento prático da equipe de enfermagem
- Prescrição do espessante realizada pela fono
- Envolvimento da Equipe da Farmácia – protocolo
- Treinamento in loco para notificações da aspiração



"Efetividade da implementação do protocolo de risco para aspiração em unidade de terapia intensiva em um hospital oncológico"

Fga. Ms. Patrícia Massucatto Milanello

Co-orientador: Dr. Pedro Caruso

Orientadora: Dra. Elisabete Carrara de Angelis

Defesa: fev/2021



Comparação entre a incidência de pneumonias pré e pós-protocolo

Com ASP	N	%	P-valor
Não avaliados Pré	8	0,9%	0,235
Protocolo Pós	0	0,0%	

- Grupo Protocolo → assistência quanto as formas de
↓
alimentação segura
- exposição ao risco de aspiração
- Fatores de risco do protocolo eficientes → 0,0% de ASP

4 – Protocolos de Qualidade de Vida



QUALIDADE DE VIDA



O que é qualidade de vida??



Cedido por Bevan Yueh, MD

QUALIDADE DE VIDA (QV)



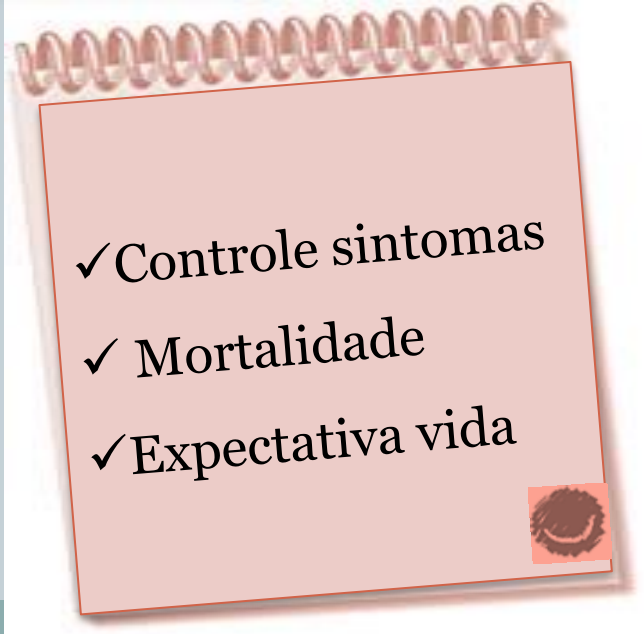
Avaliação da QV é uma preocupação constante desde da história da medicina até os dias atuais

Década de 50 – interesse em estudar QV

Mudança no paradigma saúde x doença

Valorizar outros aspectos



- 
- ✓ Controle sintomas
 - ✓ Mortalidade
 - ✓ Expectativa vida



SOBREVIVÊNCIA



implica



QUALIDADE DE VIDA

**pacientes com
doenças crônicas
e limitantes da
vida**

**sobrevida cada
vez maior**

**progresso
técnico e
científico das
ciências da
saúde**

As avaliações de qualidade de vida foram inseridas
como indicadores para comparação

eficácia, eficiência e impacto de alguns tratamentos

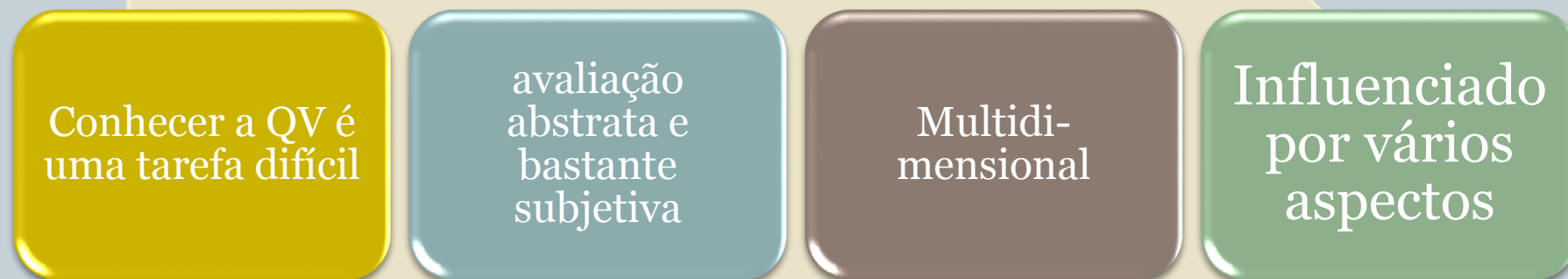
QUALIDADE DE VIDA



Avaliação da QV permitiu:

1. Um maior conhecimento do paciente sobre sua doença
2. Entender as possibilidades de adaptação à nova condição
3. Influenciar as decisões e condutas da equipe

QUALIDADE DE VIDA



A maioria dos autores concorda que em sua avaliação devem ser contemplados os domínios físico, social, psicológico e espiritual

Buscando-se captar a experiência pessoal de cada indivíduo



✓ Necessário transformar o conceito QV em medida quantitativa



QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

forma de avaliação mais holística

comparação entre populações

Para elaboração desses instrumentos se faz necessário seguir etapas pré-estabelecidas e padronizadas, para que tenha condições de avaliar o que se propõe

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA



Instrumentos em outro idioma necessita:

- ✓ Tradução para a língua de interesse
- ✓ Adaptação nova população e cultura a qual se destina
- ✓ Validar o instrumento
- ✓ Seguindo normas aceitas internacionalmente
- ✓ Possa ser comparável entre as culturas

Possibilita que o objetivo do questionário original e o seu conteúdo não adquiram modificações que prejudiquem sua interpretação e valor científico

PORQUE ESTUDAR QUALIDADE DE VIDA?



**CONHECER O IMPACTO MAIS
PRÓXIMO DO REAL DAS ALTERAÇÕES
DE DEGLUTIÇÃO**

**DIRECIONAR O TRATAMENTO E
CONTRIBUIR PARA UMA MELHOR
REABILITAÇÃO**

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA



OBJETIVO

Avaliar o foco do paciente, seu prognóstico, impacto terapêutico, distinção entre paciente ou grupos de pacientes, além de comparar modalidades terapêuticas com taxas de cura similares

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

GENÉRICOS

Desenvolvidos com a finalidade de avaliar a qualidade de vida global dos pacientes em uma ampla variedade de população

(Ciconelli 2003)

ESPECÍFICOS

Abrangem todo espectro de uma determinada doença, valorizando as condições clínicas específicas
Podem detectar pequenas mudanças no curso da doença e no seu tratamento

(Guyatt et al 1989; Ciconelli 2003)

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

ESPECÍFICOS

O uso de protocolos específicos para avaliar qualidade de vida se faz necessário quando se deseja um alto grau de precisão entre determinadas modalidades de tratamento

Rxt x Cirurgia – T1 Laringe

taxa de cura

mortalidade

sobrevida

QV

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA



Critérios para escolha do questionário

- ✓ Simples e objetivo
- ✓ Fácil aplicação
- ✓ Fácil compreensão
- ✓ Menor tempo de administração

(Pinto-Neto 2008)

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA



1. Aplicação de protocolos específicos ocorra momentos antes da primeira consulta
2. Com o paciente preenchendo-o durante a sua permanência na sala de espera

Estas informações podem oferecer ao clínico:

- *Uma visão geral dos aspectos mais importantes QV
- *Ajudar no direcionamento do diálogo

QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM CCP



- **Doença específico validados em português (CCP)**

FACT-H&N (Functional Assessment of Cancer Therapy) (FURIA, 2006)

UW-QOL (University of Washington – Quality of Life Questionnaire) (VARTANIAN, 2006)

EORTC-QLQ-C30/H&N35 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) (CASTRO JUNIOR, 2004)

- **Disfagia**

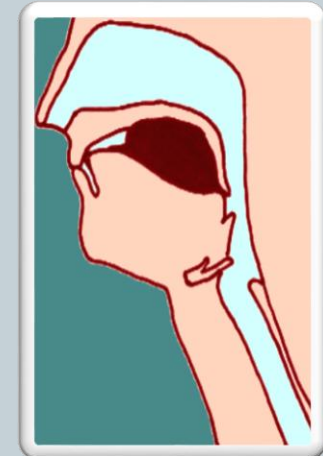
SWAL-QOL- Qualidade de vida em disfagia
(MCHORNEY et al. 2000) (PORTAS, 2009)

IDD – Índice de Desvantagem da Deglutição
(WOISARD, 2006) (SOUZA, 2014)

- **Disfagia decorrente do tratamento do câncer de CP**

- *"The M.D. Anderson Dysphagia Inventory" (MDADI)*
(CHEN et al. 2001)

- *Swallow Outcomes After Laryngectomy Questionnaire (SOAL)*



QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM CCP



UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS DE QUALIDADE DE VIDA EM DISFAGIA: REVISÃO DE LITERATURA

Use of protocols for quality of life in dysphagia: literature review

Bruna Franciele da Trindade Gonçalves ⁽¹⁾, Gabriele Rodrigues Bastilha ⁽¹⁾,
Cintia da Conceição Costa ⁽¹⁾, Renata Mancopes⁽¹⁾

Rev. CEFAC. 2015 Jul-Ago; 17(4):1333-1340

SWAL-QOL

Portas, 2012

- Impacto na QV dos sujeitos decorrente das alterações apresentadas no momento da alimentação
- Sensível na identificação do paciente disfágico
- Estabelecimento do grau de comprometimento da deglutição independente da etiologia

IDD

Souza, 2014

- Avalia os efeitos da disfagia sobre a QV em sujeitos com diferentes patologias de base e pode ser utilizado também em sujeitos com níveis mais baixos de escolaridade

MDADI

Guedes et. al, 2013

- É o único questionário existente para a avaliação dos efeitos da disfagia em sujeitos submetidos ao tratamento de câncer na região de cabeça e pescoço

Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment *Ekberg et al. (2002)*



- ✓ Estudo multicêntrico europeu
- ✓ Avaliaram o impacto da disfagia nas funções sociais e psíquicas

61% dos pacientes disfágicos acreditavam, no momento da entrevista, que seu quadro clínico não poderia ser tratado

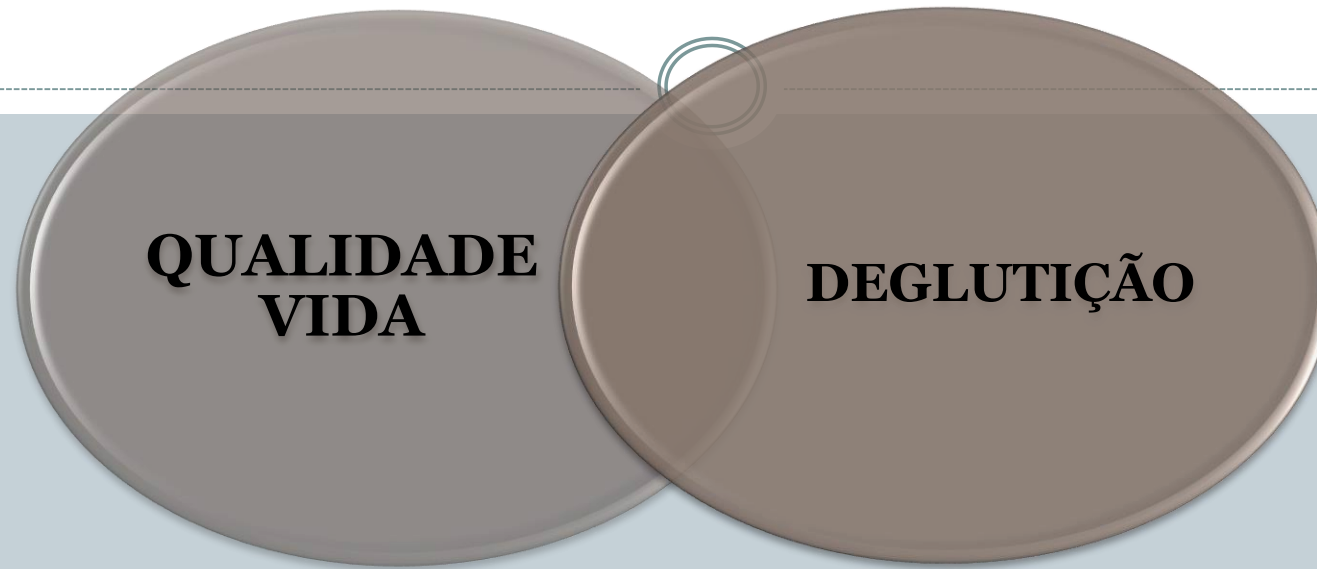
41% dos pacientes referiram sintoma de ansiedade e pânico, durante as refeições



Há uma estreita relação entre disfagia e alteração nas funções sociais e psíquicas



Um impacto na qualidade de vida pode ser consequência da disfagia



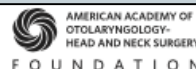
1. Verdadeiro impacto das alterações
1. Direcionar o tratamento
2. Melhor reabilitação das disfagias e disfonias



Systematic Review/Meta-analysis

Systematic Review of Validated Quality of Life and Swallow Outcomes after Transoral Robotic Surgery

Alexa Castellano, MD¹ and Arun Sharma, MD, MS¹



Otolaryngology-
Head and Neck Surgery
1-7
© American Academy of
Otolaryngology-Head and Neck
Surgery Foundation 2019
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/014599819844755
<http://otojournal.org>
SAGE



- 20 artigos
- A evidência sugere que pacientes submetidos a TORS tem boa qualidade de vida e resultados de deglutição pós tratamento
- **Porém...** os resultados dependem da função pré tratamento, estadiamento do tumor e o status do tratamento adjuvante

Head and Neck Cancer Survivorship: Learning the Needs, Meeting the Needs

Jolie Ringash, BSc, MD, MSc,^{*,†} Lori J. Bernstein, BA, MA, MPhil, PhD,^{‡,†}
Gerald Devins, PhD, CPsych,^{‡,†} Colleen Dunphy, BSc(PT), MSc,^{§,†}
Meredith Giuliani, MBBS, MEd, FRCPC,^{*,†}
Rosemary Martino, MA, MSc, PhD,^{†,||,¶} and
Sara McEwen, BSc(PT), MSc, PhD^{#,**}

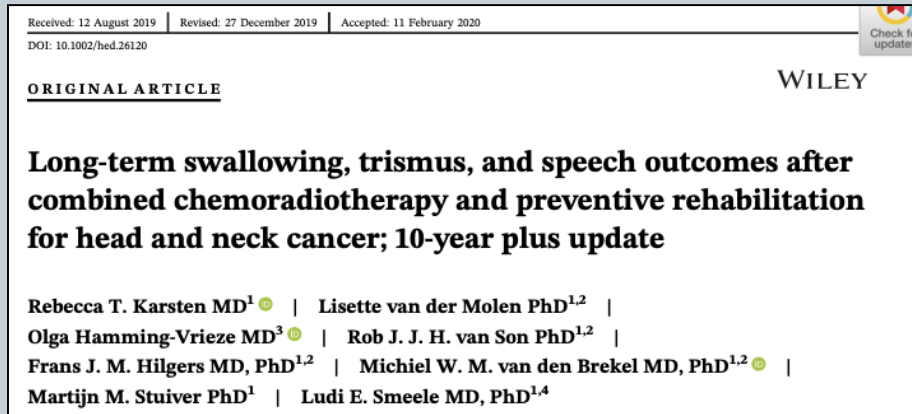
201
7

dysarthria in the HNC survivor is devastating and not surprisingly associated with reduced QOL.^{39,35}

According to the opinion of HNC patients, maintaining the ability to swallow and speak are their top 2 functional priorities. Even before undergoing treatment, HNC patients rank issues related to verbal communication and eating above all other concerns.⁴² After HNC treatment, HNC patients continue to rank swallowing and speech as their primary issues.³⁰ Specifically, HNC survivors relate dysphagia to

“De acordo com a opinião dos pacientes com CCP, manter a habilidade de **deglutir e falar são as duas maiores prioridades”**

QUALIDADE DE VIDA EM CCP



**Mesmo após
10 anos do
tratamento,
o paciente
ainda tem
queixa!**

- IMRT + QT / terapia preventiva / 14 pacientes (de 26 avaliados em um *trial* prévio)
- Parâmetros: histórico de pneumonias + dependência de VAA + peso + Videofluor (DIGEST) + FOIS + trismo + voz e fala + SWAL-QOL
- Resultados: a deglutição, o trismo e a fala pioraram no período entre 6 e 10 anos pós tratamento – QV pior em 8 dos 14 pacientes (57%) após 10 anos

QUALIDADE DE VIDA EM CCP

The Laryngoscope
Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
© 2006 The American Laryngological,
Rhinological and Otological Society, Inc.

Pretreatment, Preoperative Swallowing Exercises May Improve Dysphagia Quality of Life

Brian Daniel Kulbersh, MD; Eben L. Rosenthal, MD; Benjamin M. McGrew, MD; Ryan D. Duncan, MD; Nancy L. McColloch, CCC-SLP; William R. Carroll, MD; J. S. Magnuson, MD

**QUANTO
ANTES
INTERVIR,
MELHOR!**

- Pacientes que realizaram exercícios para deglutição pré tratamento do CCP apresentaram um aumento significativo na qualidade de vida relacionada à deglutição, quando comparado com pacientes que realizaram exercícios apenas após o tratamento

TABLE III.
Adjusted Scores of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory for
Patients with Head and Neck Cancer Stratified by Treatment
Regimen, 1998–2005

Domain	Pretreatment (n = 25), mean (95% CI)	Post-treatment only (n=12), mean (95% CI)	P-value
Global assessment	74.4 (64.5–84.3)	32.9 (17.0–48.7)	.0002
Emotional	72.1 (66.1–78.0)	53.9 (44.3–63.5)	.005
Functional	68.7 (62.4–75.1)	58.6 (48.5–68.8)	.114
Physical	66.4 (58.5–74.3)	43.2 (30.6–55.7)	.005

Adjusted for age, T-stage, site (tonsil and tongue vs. other), follow-up time, treatment, race, and gender.

Comparison of functional and quality-of-life outcomes in patients with and without palatomaxillary reconstruction: a preliminary report *GENDEN et al. (2003)*



- ✓ Compararam dados funcionais como mastigação, nasalidade e inteligibilidade de fala após maxilectomia
- ✓ *Swal-qol*
- ✓ quatro pacientes utilizando obturador palatal
- ✓ quatro pacientes que realizaram reconstrução com retalho livre (osso vascularizado)

Os pacientes utilizando obturador palatal apresentaram piores resultados funcionais e piores escores de qualidade de vida

Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL



LOVELL et al. (2005)

Demonstraram que pacientes tratados por carcinoma de nasofaringe apresentam piores impactos nos domínios duração da alimentação e seleção do alimento

ROE et al. (2007)

Observaram que pacientes em tratamento paliativo para tumores em outras localidades que não cabeça e pescoço apresentam importante impacto na qualidade de vida, principalmente nos domínios freqüências de sintomas, desejo de se alimentar e fadiga

Quality of life related to swallowing after tongue cancer treatment BANDEIRA et al. (2008)



- ✓ Qualidade de vida relacionada à deglutição
- ✓ Após tratamento para câncer de língua
- ✓ 29 pacientes
- ✓ Swol-Qol

Identificaram que os domínios deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, frequência dos sintomas e seleção dos alimentos apresentaram piores resultados para os pacientes com estadiamento avançado e submetidos à radioterapia

Quality of life related to swallowing after tongue cancer treatment BANDEIRA et al. (2008)

Respostas	Freqüência (%)
Levo mais tempo para comer do que as outras pessoas	16 (55,17%)
Levo muito tempo para comer minha refeição	12 (41,38%)
Raramente está com fome	9 (31,03%)
Não tenho mais prazer em comer	7 (24,13%)
Na maioria dos dias, não se importa se come ou não	5 (17,24%)
Domínio Desejo de se alimentar	5 (17,24%)

VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS EM QUALIDADE DE VIDA



Dysphagia

DOI 10.1007/s00455-012-9409-x

2013
ORIGINAL ARTICLE

Validation and Application of the M.D. Anderson Dysphagia Inventory in Patients Treated for Head and Neck Cancer in Brazil

Renata Lígia Vieira Guedes · Elisabete Carrara-de Angelis ·
Amy Y. Chen · Luiz Paulo Kowalski ·
José Guilherme Vartanian

Table 1 Demographic and clinical characteristics (*N* = 72)

Variable	Category	<i>N</i> (%)
Gender	Male	60 (83.3)
	Female	12 (16.7)
Age (years)	Range	33–77
	Median	62.3
	Mean ± SD	63 ± 9.537
Primary tumor site	Oral cavity	18 (25.0)
	Oropharynx	15 (20.8)
	Larynx	34 (47.2)
	Hypopharynx	5 (6.9)
Clinical T stage	T1–2	40 (55.6)
	T3–4	32 (44.4)
Clinical N stage	N0	43 (59.7)
	N1	10 (13.9)
	N2	9 (12.5)
	N3	3 (4.2)
	Nx	7 (9.7)
Clinical M stage	M0	72 (100)
Treatment	Surgery	23 (31.9)
	RT	11 (15.3)
	Surgery + RT	17 (23.6)
	Surgery + RT + CHT	5 (6.9)
	RT + CHT	16 (22.2)

SD standard deviation; *x* ignored; *RT* radiotherapy; *CHT* chemotherapy

- As questões negativas foram transformadas em positivas, para facilitar o entendimento
- “Eu não me sinto confiante quando me alimento” **para** “Eu me sinto confiante quando me alimento”
- 72 pacientes de diferentes diagnósticos

MD ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY - MDADI



- 20 questões: 1 questão global e 19 divididas em 3 domínios

6 emocional

5 funcional

8 físico

- Questões pontuadas por escala de 1 a 5

1
() Concordo totalmente

2
() Concordo

3
() Sem opinião

4
() Discordo

5
() Discordo totalmente

- Questão F2 (domínio funcional) tem contagem inversa
- Quanto maior o resultado, menor o impacto na qualidade de vida do paciente
- Classificação da limitação:

0-20: profunda

21-40: grave

41-60: moderada

61-80: média

81-100: mínima