



Formação: Disfagias Orofaringeas: Avaliação e Intervenção



Formadora:
Susana Mestre

30 horas de Formação:

- 12 horas pela Plataforma Zoom;
- 8 horas presenciais;
- 10 horas de material para estudo autónomo.

mais informações:

Instituto Epap
Whatsapp):
(+351) 925.988.288

www.institutoepap.com
geral@institutoepap.com
(+351) 213.476.464

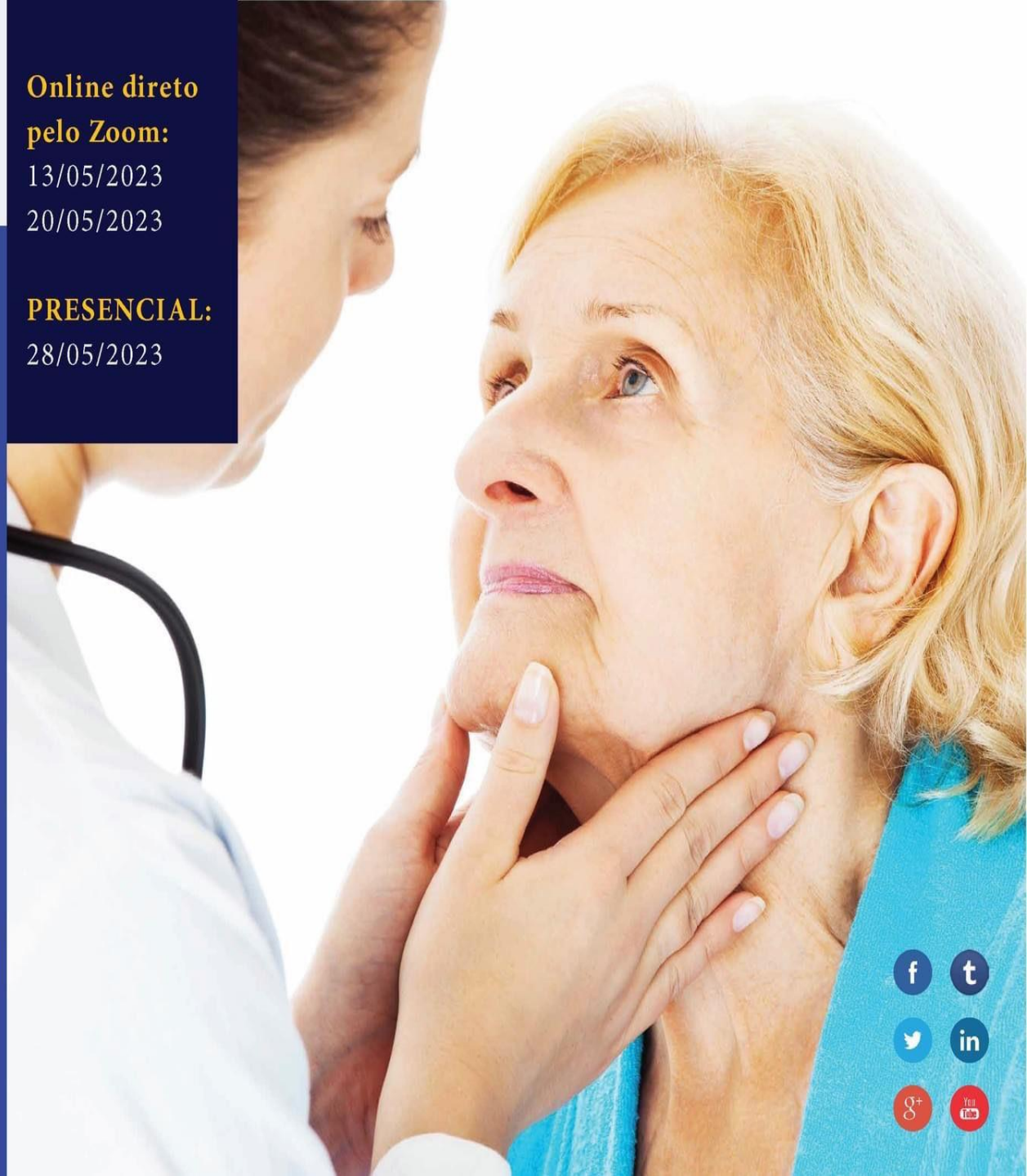
Online direto
pelo Zoom:

13/05/2023

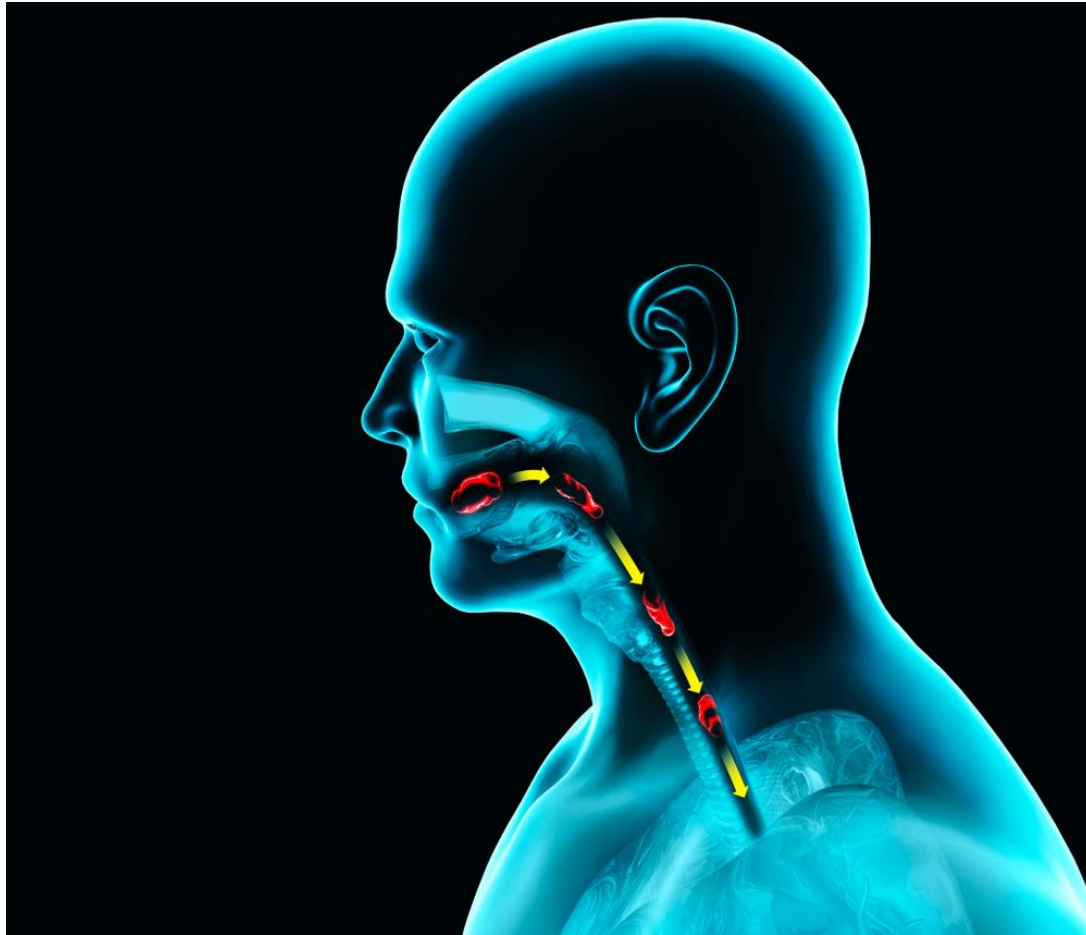
20/05/2023

PRESENCIAL:

28/05/2023



Avaliação da deglutição



20/05/2023



[r e v i s i ó n]

Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento

*M^a Mercedes Velasco**, *Viridiana Arreola****, *Pere Clavé****, *Carolina Puiggrós***.

Unidad de Disfagia, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Servicio de Rehabilitación* y Soporte Nutricional**, Barcelona;

***Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas, Servicio de Cirugía, Hospital de Mataró, Barcelona.

INTRODUCTION

Oropharyngeal dysphagia (OD) is a gastrointestinal motility disorder that includes difficulty or inability to form or move the alimentary bolus safely from the mouth to the esophagus and that can include tracheo-bronchial aspirations.¹ OD is a highly prevalent condition in 37–78% of patients after a stroke² and 23–47.5% of different phenotypes of elderly people.^{3,4}

It is specifically classified as a digestive condition by the World Health Organization in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-9 and ICD-10.⁵ OD is one of the major contributors to malnutrition,⁶ a highly prevalent condition among hospital patients that leads to extended hospital stays, prolonged rehabilitation, and diminished quality of life.⁴ OD can also lead to respiratory infections and aspiration pneumonia with an associated mortality of up to 50%.⁷ Despite its high prevalence and severe complications, OD is not always systematically explored and detected, and most patients are not even diagnosed and do not receive any treatment for this condition.

Os estudos evidenciam o enorme impacto na **capacidade funcional, saúde e qualidade de vida** das pessoas idosas que possuem Disfagia Orofaringea, contudo, é subestimada e **sub-diagnosticada** como uma causa de sintomas e **complicações nutricionais e respiratórias**, na população idosa

Rofes et al, 2011





European Society for Swallowing Disorders

ESSD Position Statements:

Oropharyngeal Dysphagia in Adult Patients



Orientações Gerais (ESSD, 2013):

Utilizar Instrumentos fidedignos, validados e práticos para Identificar (Triagem), Avaliar, Diagnosticar e tratar a Disfagia Orofaríngea.

A Classificação Internacional de Doenças aprovada pela OMS (ICD 9 e ICD 10) para a Disfagia, deve ser incluída nos relatórios médicos.

A abordagem deve ser realizada por equipas interdisciplinares

AHA/ASA Conference Proceedings

Dysphagia Screening: State of the Art

Invitational Conference Proceeding From the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012

Neila J. Donovan, PhD, CCC-SLP, Chair; Stephanie K. Daniels, PhD, CCC-SLP, BRS-S;
Jeff Edmiaston, MS, CCC-SLP; Janice Weinhardt, MSN, RN, GCNS-BC;
Debbie Summers, RN, MSN, FAHA, ARNP; Pamela H. Mitchell, PhD, RN, FAHA; on behalf of the
American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council

Stroke, 2013

State-of-the-Science Nursing Review

Review of Evidenced-Based Nursing Protocols for Dysphagia Assessment

Wende N. Fedder, DNP, RN, MBA

Stroke, 2017



HHS Public Access

Author manuscript

J Hosp Med. Author manuscript; available in PMC 2016 April 01.

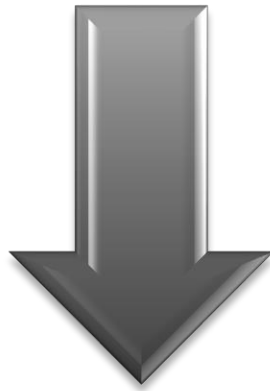
Published in final edited form as:

J Hosp Med. 2015 April ; 10(4): 256–265. doi:10.1002/jhm.2313.

Bedside Diagnosis of Dysphagia: A Systematic Review

John C. O'Horo, MD, MPH, Nicole Rogus-Pulia, PhD, CCC-SLP, Lisbeth Garcia-Arguello, MD, JoAnne Robbins, PhD, and Nasia Safdar, MD, PhD*

DEGLUTIÇÃO



Segurança



Eficácia



Identificação, Avaliação e Diagnóstico da Disfagia Orofaríngea

Objetivos:

- ▶ Identificar o RISCO de ASPIRAÇÃO;
- ▶ Avaliar e diagnosticar a Disfagia Orofaríngea;
- ▶ Definir um Plano de Intervenção para a pessoa com Disfagia Orofaríngea;
- ▶ Melhorar a qualidade de vida da pessoa com Disfagia;



História Clínica

- Referenciação?
- Motivo?
- Diagnóstico médico e data
- Outros dados clínicos relevantes
- Medicação
- Ocupação/Profissão
- Audição e Visão
- Traqueostomia
- Ventilação Mecânica

Sintomas referidos pelo doente:

- Sialorreia
- Tosse
- Engasgo
- Dificuldade em engolir: sólidos, líquidos, comprimidos
- dor ao engolir
- comida fica presa na garganta
- Perda de peso/tempo
- pneumonias e/ou infeções respiratórias

Dieta Atual:

Alimentos: consistência

Líquidos: viscosidade

NPO:

entérica parentérica

SNG SOG PEG PEJ Outra

Método:

independente

necessidade de apoio

totalmente dependente

Tempo das refeições:

-- normal

-- rápido

-- lento

-- variável

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

**Despite de Alterações da
Deglutição
e
Avaliação da Qualidade de Vida**

ESCALA	OBJETIVO	AUTOR/ Versão Portuguesa
EAT-10	Auto-preenchimento que pretende avaliar alterações da deglutição (10 questões). Valor ≥ 3 indicativo de Disfagia.	Belafsky et al. (2008) P – Dália Nogueira (2014)
SWAL-QOL (Swallow Quality-of-Life Questionnaire the Outcome tool for adults with oropharyngeal dysphagia)	Dividido em 11 áreas: impacto, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga.	McHorney et al, (2002) P – Daniela Vieira (2010)

P - EAT - 10

Dália Nogueira et al (2015)

P-EAT-10

Auto-avaliação
da deglutição



Nestlé Health Science
Where Nutrition becomes Therapy

NOME: _____

IDADE: _____ DATA: _____

Por favor, assinale com uma cruz a número que, a seguir a cada linha, melhor corresponde ao seu caso.

	Não, nunca	Não, quase nunca	Às vezes	Sim, quase sempre	Sim, sempre
	0	1	2	3	4
1 O meu problema a engolir fez-me perder peso.					
2 O meu problema a engolir limita a minha capacidade para ir comer fora de casa.					
3 Engolir líquidos exige mais esforço.					
4 Engolir alimentos sólidos exige mais esforço.					
5 Engolir comprimidos exige mais esforço.					
6 Dói-me a engolir.					
7 Engolir afeta o prazer que tenho em comer.					
8 Quando engulo, a comida prende-se à garganta.					
9 Tussa quando como.					
10 Engolir preocupa-me, deixa-me nervoso/a.					

Se a pontuação é igual ou superior a 3 - Poderá ter dificuldades a engolir com eficácia e segurança.

Pontuação Total

Validity and reliability of the Eating Assessment Test (EAT-10) *Behnia PC, et al. Ann Otol Rhinol Laryngol* 117: 919-924, 2008.
Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Test, *Nguzwa, D.S., et al. JP-EAT-10. Dysphagia*, 2015. 30(2) p. 515-20

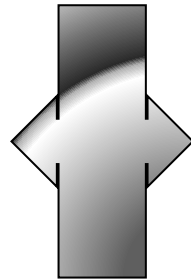
Disfagia Orofaríngea

– *Screening* –

Avaliação da Deglutição

Testes

Sensibilidade mede a capacidade do teste em identificar corretamente a doença entre aqueles que a possuem.



Especificidade mede a capacidade do teste em excluir corretamente aqueles que não possuem a doença.

*Um bom teste possui um alto valor para a **sensibilidade** e para a **especificidade**, pois ele identificará corretamente aqueles que têm a alteração e aqueles que não têm.*

Avaliação da Deglutição

Bedside swallowing assessment

- Burke Dysphagia Screening Teste – *water swallow test* (DE Pippo, 1994);
- Bedside Swallowing Assessment (1998) – 3x5ml água + 60ml
- Standardized Swallowing Assessment (SSA) (2001) – cognição+MOF, resp., voz+ 3 testes com água (colher)+ copo+refeição
- Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA), Mann (2002)
- Massey Bedside Swallow Screen (2002)
- Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST), 2007*

Avaliação da Deglutição

Bedside swallowing assessment

- GUSS - Gugging Swallowing Screen (2006)* – aval. indirecta e directa da deglutição (líquidos, pastosos e sólidos).
- Screening Tool for Acute Neurological Dysphagia (STAND), 2007
- Bedside Volume – Viscosity Swallow Test (V-VST/MECV-V), 2008*
- Acute Stroke Dysphagia Screening (ASDS), 2009 *
- Two-Step Thickened Water Test (TTWT), 2012*
- Rastreio da Disfagia (MECV-V) – versão Portuguesa, 2016

- ▶ Kertscher, Speyer, Palmieri e Plant (2014) realizaram uma revisão sistemática de instrumentos de Triagem para identificação de disfagia em pacientes neurológicos. Os artigos incluídos foram publicados entre 2008 e dezembro de 2012. Os estudos foram considerados de qualidade metodológica suficiente e depois foram determinadas as características psicométricas dos instrumentos.

Avaliação da Deglutição – Sensibilidade e Especificidade

	3-oz water	BSA	SSA	GUSS	ASDS	MASA	V- VST/ MECV-V	TOR - BSST	TTWT
Nr. Suj.	44	129	200	50	300	128	85	311	110
Validade concorrente	S VFSS	S VFSS	N	S VFSS	S MASA	S VFSS	S VFSS	S VFSS	S FEES
Sensibilidade % disfagia	NR	68	97	NR	91	73	83,7	91,3	93
Sensibilidade % aspiração	76	NR	NR	100	95	93	100	---	---
Especificidade	59	67	90	50	Asp. 74% Disf. 68%	Asp. 63% Disf. 89%	Asp. 29% Disf. 65%	66,7	88

Apenas dois testes para a disfagia foram identificados pelo menos 70% de sensibilidade e 60% de especificidade, Método Volume Exploração clínica - viscosidade (MECV-V) e do teste de deglutição Toronto cabeceira - TOR-BSST.

Kertscher et al (2014)

Avaliação da Deglutição – Sensibilidade e Especificidade

	3-oz water	BSA	SSA	GUSS	ASDS	MASA	V-VSI/ MECV-V	TOP - BSST	TTWT
Nr. Suj.	44	129	200	50	300	128	85	311	110
Validade concorrente	S VFSS	S VFSS	N	S VFSS	S MASA	S VFSS	S VFSS	S VFSS	S FEES
Sensibilidade % disfagia	NR	68	97	NR	91	73	83,7	91,3	93
Sensibilidade % aspiração	76	NR	NR	100	95	93	100	---	---
Especificidade	59	67	90	50	Asp. 74% Disf. 68%	Asp. 63% Disf. 89%	Asp. 29% Disf. 65%	66,7	88

Avaliação Clínica Não – Funcional - Terapeuta da Fala -

Nível Consciência:

- Alerta, sonolento, muito sonolento...;
- Deve ser capaz de se manter acordado durante pelo menos 10`;
- Orientação;
- Equilíbrio sentado a 90º (realizar avaliação nesta posição).
- Escala de Coma de Glasgow ≥ 12

Glasgow Coma Scale (GCS)

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

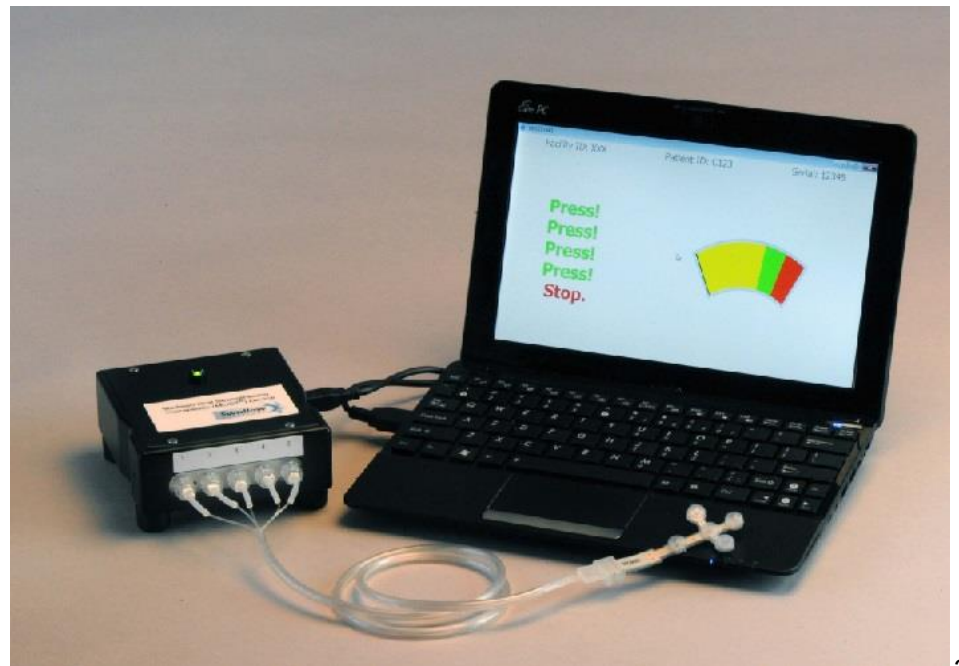
Avaliação Não Funcional

- ▶ **Cognição (MMS);**
- ▶ **Linguagem e Fala;**
- ▶ **Funções Oromotoras** (sensibilidade, mobilidade, força, amplitude, precisão e coordenação):
 - **lábios, bochechas, mandíbula, língua, palato mole** (produção de /a/ sustentado e três /a/ isolados; ressonância; sensibilidade);
 - **função laríngea** (elevação e anteriorização durante a deglutição da saliva; qualidade vocal (voz áspera, soprada, molhada, etc) antes e depois da deglutição; presença de tosse antes, durante e/ou após a deglutição; capacidade para tosse voluntária);

- **Respiração e Fonação**

Avaliação MOF





Avaliação das sensibilidades

Quais e Como?

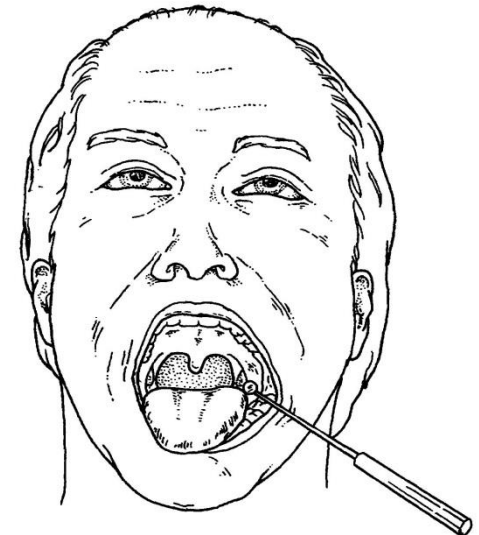
Hipersensibilidade

vs

Hipossensibilidade

Avaliação – Reflexos

- ▶ Reflexo de mordida
- ▶ Reflexo de sucção
- ▶ 4 pontos cardeais (rooting)
- ▶ **Reflexo de vômito**
- ▶ **Reflexo de deglutição**
- ▶ **Reflexo palatal**
- ▶ **Tosse voluntária**



Qualidade Vocal

Endurance

Qualidade (soprada, áspera, molhada, etc)

Intensidade (normal, reduzida, elevada)

Capacidade respiratória e coordenação



Avaliação Funcional

Qual a consistência? E Volume?

líquido, néctar, mel, pudim, sólido mole, sólido duro, alimentos secos

3, 5, 10, 20, 50, 100 ml

Atitudes Terapêuticas

Proporcionar Ambiente Calmo

- Sem distrações;
- Posicionamento: ___ sentado ___ ligeiramente reclinado ___ decúbito lateral ___ decúbito dorsal
- Oferta de alimento: ___ colher ___ copo ___ palhinha ___ pelo avaliador ___ autônomo
- Evitar comunicação verbal durante a deglutição;
- **Atenção** ao cansaço.

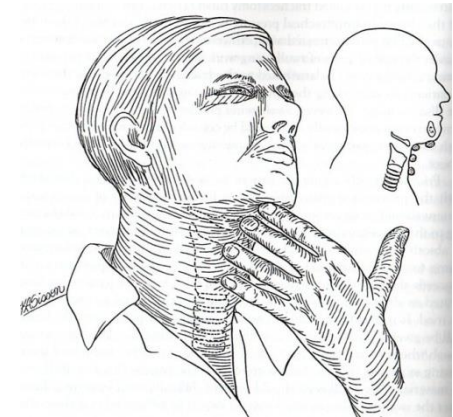


Observação da Capacidade de Deglutição:

- Deglutição da saliva (presença de sialorreia e/ou xerostomia?);
- Deglutição de líquidos espessados (néctar, mel e pudim);
- Deglutição de líquidos
- Deglutição de sólidos (banana);
- Coordenação respiratória.



Prova de Kenyon



Após cada deglutição Observar:

- Escape anterior de alimento e/ou resíduos na cavidade oral (vestíbulos laterais e anterior);
- Nº de deglutições;
- Tempo de trânsito oral;
- Voz (presença de voz molhada, áspera, soprada, etc....) – produção vocal antes e depois da deglutição;
- Tosse (antes, durante e/ou após a deglutição);
- Capacidade de elevação e anteriorização da laringe (Prova de Kenyon);
- Duração total da deglutição;
- Respiração (Spo2, FC, FR, cianose....) - oxímetro;
- Auscultação Cervical/Laríngea.



Classificação de Severidade

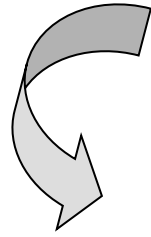
ESCALA	OBJETIVO	AUTOR/ Versão Portuguesa
FOIS	Composta por sete níveis que permitem classificar a gravidade das limitações da alimentação por via oral	Crary, 2004 P – Contributos: Cláudia Dias (2015) Lains et al (2013)

FOIS – Function Oral Intake Scale

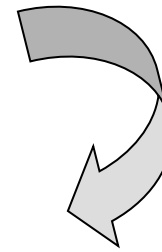
- ▶ **Nível 1:** Nada por via oral;
- ▶ **Nível 2:** Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido;
- ▶ **Nível 3:** Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido;
- ▶ **Nível 4:** Via oral total de uma única consistência;
- ▶ **Nível 5:** Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparação especial ou compensações;
- ▶ **Nível 6:** Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparação especial ou compensações, porém com restrições alimentares;
- ▶ **Nível 7:** Via ora total sem restrições.

Avaliação Instrumental ??

Qual??



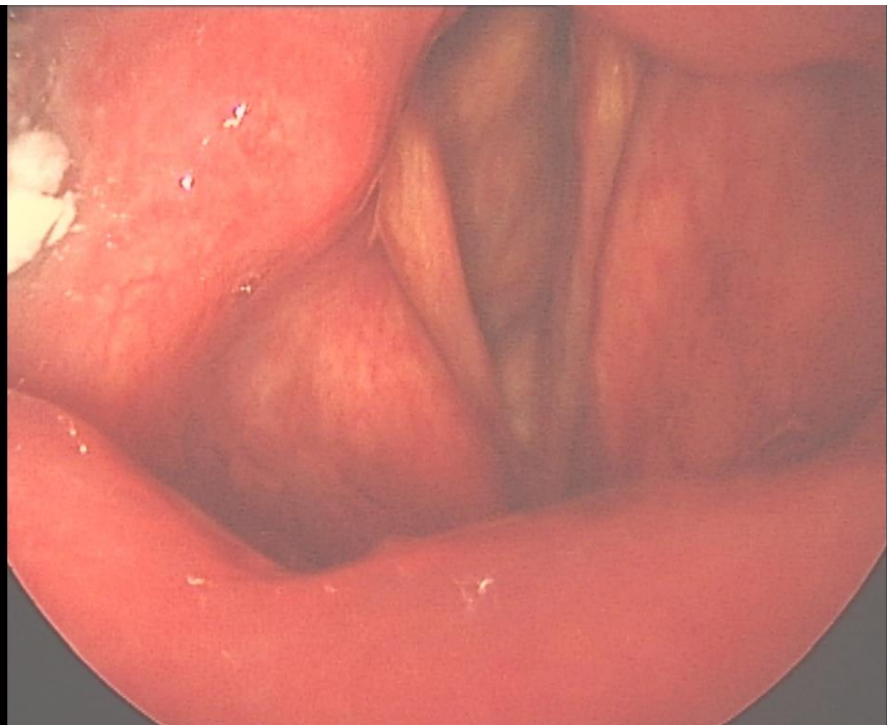
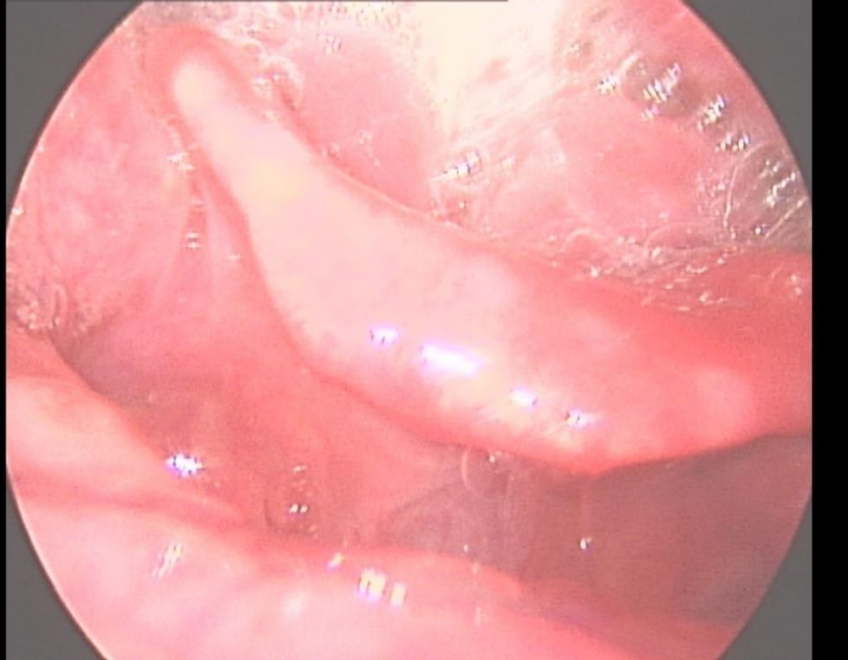
Videofluoroscopia



Videoendoscopia

Videoendoscopia da Deglutição (FEES)

- ▶ Procedimento que utiliza um laringoscópio fiberoptico flexível introduzido através da cavidade nasal;
- ▶ Esta técnica permite observar:
 - sensibilidade e mobilidade laríngea;
 - alimento na base da língua antes da deglutição;
 - resíduos alimentares na faringe após a deglutição;
 - penetração laríngea e aspiração;



Avaliação Radiológica da Deglutição (Videofluoroscopia)

15 parâmetros fisiológicos avaliados durante a VFSS

1. Encerramento labial
2. Elevação lingual
3. Encerramento língua-palato
4. Formação/mastigação bolus alimentar
5. Movimento lingual/transporte do bolus alimentar
6. Início da deglutição faríngea
7. Elevação e retração do palato mole
8. Elevação laríngea
9. Movimento do osso hióide
10. Encerramento laríngeo
11. Contração faríngea
12. Abertura do segmento faringoesofágico
13. Retropropulsão lingual
14. Inversão da epiglote
15. Trânsito esofágico.

Disfagia Orofaríngea

– Diagnóstico, Severidade, Segurança e Eficácia –

ESCALA	OBJETIVO	AUTOR/ Versão Portuguesa
NOMS	Escala que pontua entre 1 e 7 a alimentação do indivíduo, sendo que quanto mais alto for o valor final mais funcional esta é. É baseada na observação clínica	ASHA, 2011
DOSS	Escala que avalia a severidade da Disfagia em 7 níveis	O'Neill et al, 1999
PAS	Escala que avalia o nível de Penetração e Aspiração (8 níveis)	Rosenbeck et al, 1996

Category	Score	Description
None	1	Contrast does not enter the airway
	2	Contrast enters the airway, remains above the vocal folds, no residue
Penetration	3	Contrast remains above vocal folds, visible residue remains
	4	Contrast contacts vocal folds, no residue
	5	Contrast contacts vocal folds, visible residue remains
Aspiration	6	Contrast passes glottis, no sub-glottic residue visible
	7	Contrast passes glottis, visible sub-glottic residue despite patient's response
	8	Contrast passes glottis, visible sub-glottic residue, absent patient response

Escala de Gravidade da Disfagia, ASHA (2003)

Nível 1: Alimentação por via oral não segura; toda a hidratação e nutrição deve ser realizada por via alternativa;

Nível 2: Alimentação por via oral não segura; pode ingerir algumas consistências com supervisão terapêutica; Necessária via alternativa de alimentação.

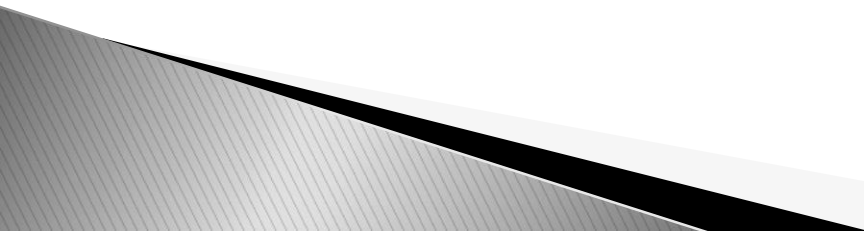
Nível 3: Método de alimentação alternativo é necessário por ingesta via oral inferior a 50% das necessidades diárias ou a alimentação é segura apenas com supervisão, estratégias compensatórias e restrição de consistências.

Nível 4: Deglutição segura, com necessidade de algumas estratégias compensatórias e restrição de algumas consistências;

Nível 5: Deglutição segura, requer estratégias compensatórias mínimas e restrição de consistências. Toda a hidratação e nutrição por via oral.

Nível 6: Deglutição segura, com necessidade de ajudas ocasionais. Pode necessitar evitar alimentos específicos ou precisar mais tempo.

Nível 7: A deglutição é segura e eficiente para todas as consistências.



DOSS

O'Neil, K. H., Purdy, M., Falk, J. & Gallo, L. (1999)

Níveis	Descrição
Nível 7	<p>Nutrição totalmente por via oral: dieta normal</p> <p>Normal em todas as situações</p> <p>Alimentação com consistência normal;</p> <p>Não são necessárias estratégias ou mais tempo para se alimentar.</p>
Nível 6	<p>Dentro dos limites funcionais ou com independência modificada</p> <p>Dieta normal, deglutição funcional;</p> <p>O doente pode ter atraso oral e faríngeo, retenção ou vestígios de bolo no espaço epiglótico mas compensa ou faz limpeza espontânea;</p> <p>Pode necessitar de tempo extra para se alimentar;</p> <p>Não apresenta aspiração ou penetração em qualquer consistência;</p>
Nível 5	<p>Nutrição completa por via oral: dieta modificada e/ou independência</p> <p>Disfagia ligeira: Supervisão distante; pode necessitar de alguma restrição na dieta</p> <p>Pode exibir um ou mais dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspiração apenas de líquidos finos mas com uma resposta de tosse reflexa forte para limpar completamente; Penetração nas vias aéreas perto das pregas vocais com uma ou mais consistências ou mesmo nas pregas vocais com uma consistência, mas limpa espontaneamente; Retenção na faringe que é limpa completamente; Disfagia oral moderada com mastigação reduzida e/ou retenção oral que é limpa espontaneamente.
Nível 4	<p>Disfagia ligeira-moderada: Supervisão regular ou frequente /indicações, uma ou duas consistências restringidas</p> <p>Pode exibir um ou mais dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retenção na faringe que é limpa com indicações; Retenção na cavidade oral que é limpa com indicações; Aspiração com uma consistência com reflexo de tosse fraco ou inexistente; Ou penetração nas vias aéreas ao nível das pregas vocais com tosse em duas consistências; Ou penetração nas vias aéreas ao nível das pregas vocais sem tosse numa consistência.

Disfagia Moderada: Assistência total, supervisão ou estratégias, duas ou mais consistências de dieta restringidas

Nível 3

Pode exibir um ou mais dos seguintes sintomas:

- Retenção moderada na faringe que é limpa com indicações;
- Retenção moderada na cavidade oral que é limpa com indicações;
- Penetração nas vias aéreas ao nível das pregas vocais sem tosse com uma ou mais consistências;
- Ou aspiração com duas consistências com tosse reflexa fraca ou inexistente;
- Ou aspiração com uma consistência, sem tosse e com penetração nas vias aéreas, cordas vocais, com uma consistência e sem tosse;

Necessária nutrição não oral.

Disfagia moderada-severa: assistência máxima ou utilização de estratégias com alimentação oral somente parcial (tolera, pelo menos, uma consistência em segurança com utilização total de estratégias)

Nível 2

Pode exibir um ou mais dos seguintes sintomas:

- Retenção severa na faringe que é incapaz de limpar ou necessitando de muitas indicações;
- Perda ou retenção severas do bolo na fase oral, incapaz de limpar mesmo com muitas indicações;
- Aspiração com duas ou mais consistências, sem tosse reflexa, tosse voluntária fraca;
- Ou aspiração com uma ou mais consistências, sem tosse e penetração nas vias aéreas, nas pregas vocais.

Disfagia severa: Nada por via oral: Incapaz de tolerar alimentação por via oral com segurança

Nível 1

Pode exibir um ou mais dos seguintes sintomas:

- Retenção severa na faringe, incapaz de limpar;
- Retenção ou perda severas do bolo na fase oral, incapaz de limpar;
- Aspiração silenciosa com uma ou mais consistências; tosse voluntária não funcional;
- Incapaz de terminar com êxito a deglutição.

Prognóstico

Impacto na Segurança e Eficácia:

___ sem limitações

___ risco de aspiração

___ risco de inadequado suporte nutricional e/ou hídrico

Referenciação

Educação do Cuidador

Plano de Intervenção

Avaliação da deglutição vs suporte respiratório







Rev Port Pneumol. 2014;20:211-8

> [Respirology](#). 2016 Aug;21(6):1062-7. doi: 10.1111/resp.12790. Epub 2016 Mar 30.

Coordination between respiration and swallowing during non-invasive positive pressure ventilation

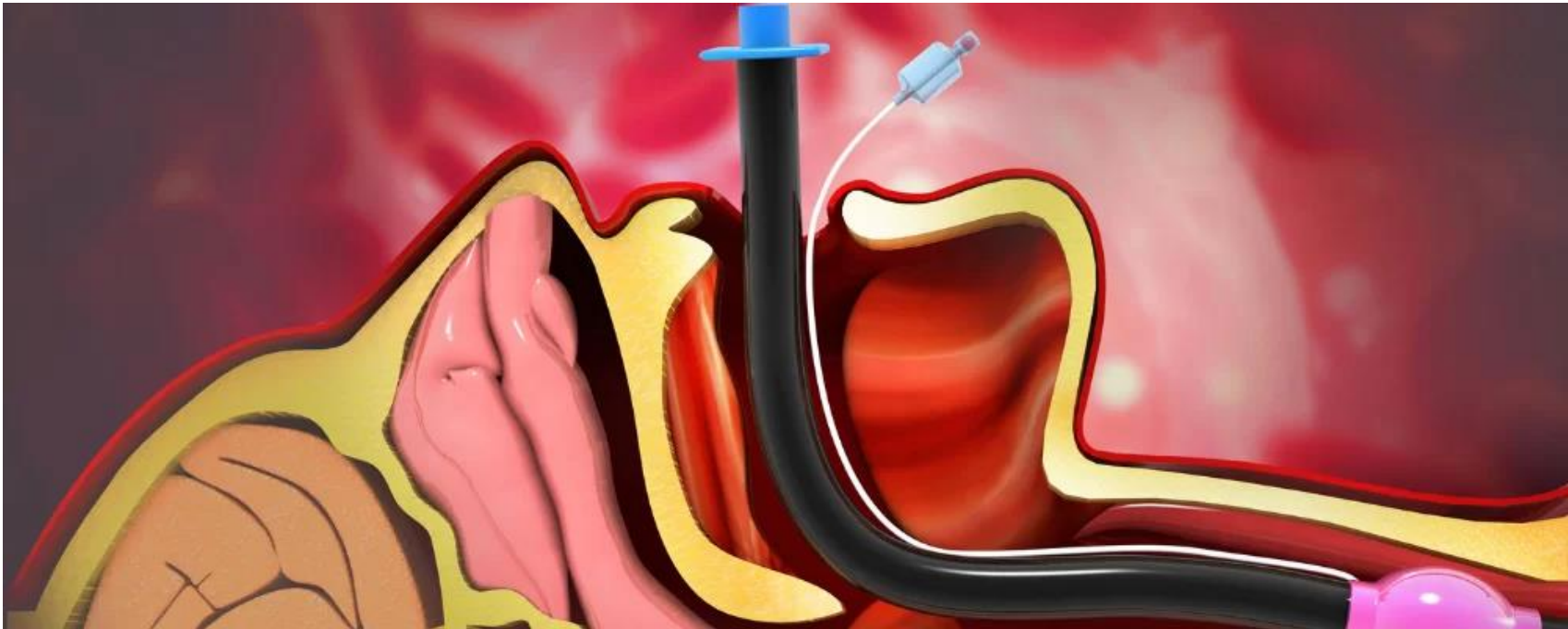
Ryuji Hori ^{1 2 3}, Masaaki Isaka ¹, Kazuhiko Oonishi ², Toru Yabe ⁴, Yoshitaka Oku ³

Affiliations + expand

PMID: 27027264 DOI: [10.1111/resp.12790](#)

Conclusion: We found that the occurrence rate of inspiration after swallow is increased with BiPAP use irrespective of age. The results suggest that swallow non-inspiratory flow may trigger inspiratory support in the BiPAP mode, resulting in a risk of aspiration.













Swallowing function during high-flow nasal cannula therapy

Masaki Oomagari, Ichiro Fujishima, Norimasa Katagiri, Shinichi Arizono, Koji Watanabe, Tomohisa Ohno, Hiroshi Maeda, Motoki Moriwaki, Mariko Fujimori, Shohei Ohgi
European Respiratory Journal 2015 46: PA4199; DOI: 10.1183/13993003.congress-2015.PA4199

Conclusion: A high-flow nasal cannula flow rate of > 40 L/min was associated with decreased swallowing function in healthy subjects. Performance of the WST and RSST are necessary when patients begin eating while undergoing high-flow nasal cannula therapy.

› Clin Biomech (Bristol, Avon). 2021 Oct;89:105477. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2021.105477.
Epub 2021 Sep 6.

Effects of different high-flow nasal cannula flow rates on swallowing function

Shinichi Arizono ¹, Masaki Oomagari ², Yuichi Tawara ³, Yorihide Yanagita ⁴, Hikaru Machiguchi ⁵
Koshi Yokomura ⁶, Norimasa Katagiri ⁷, Mika Laura Nonoyama ⁸, Takako Tanaka ⁹

Interpretation: High-flow nasal cannula flow rates above 40 L/min associated with choking (increased risk of aspiration), and was associated with decreased swallowing function in healthy volunteers. It may be important to assess swallowing function in patients with various clinical conditions and treated with high-flow nasal cannula, especially those at risk of aspiration pneumonia.

OBRIGADA!

susanamestretf@gmail.com

