



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

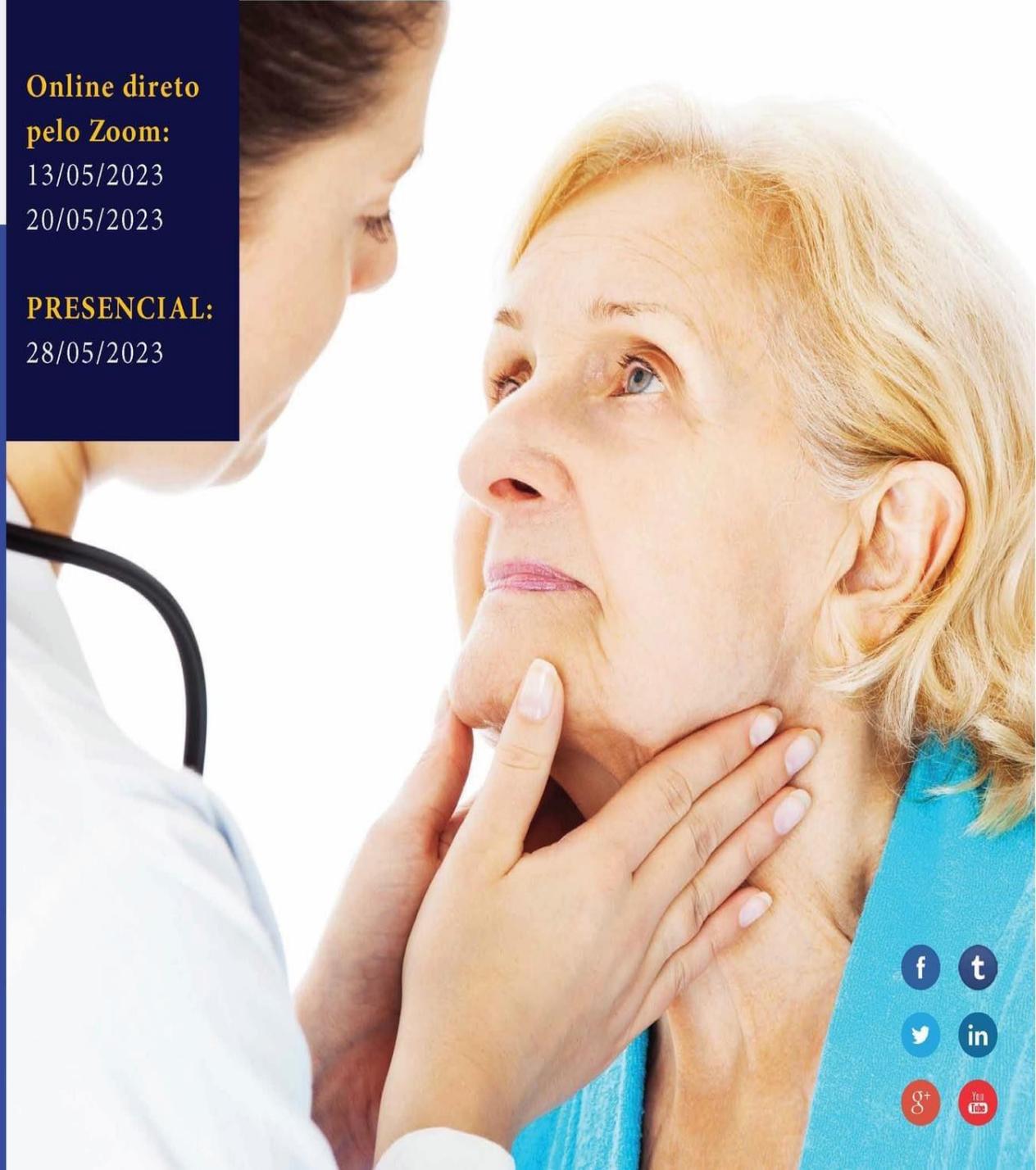
Online direto
pelo Zoom:

13/05/2023

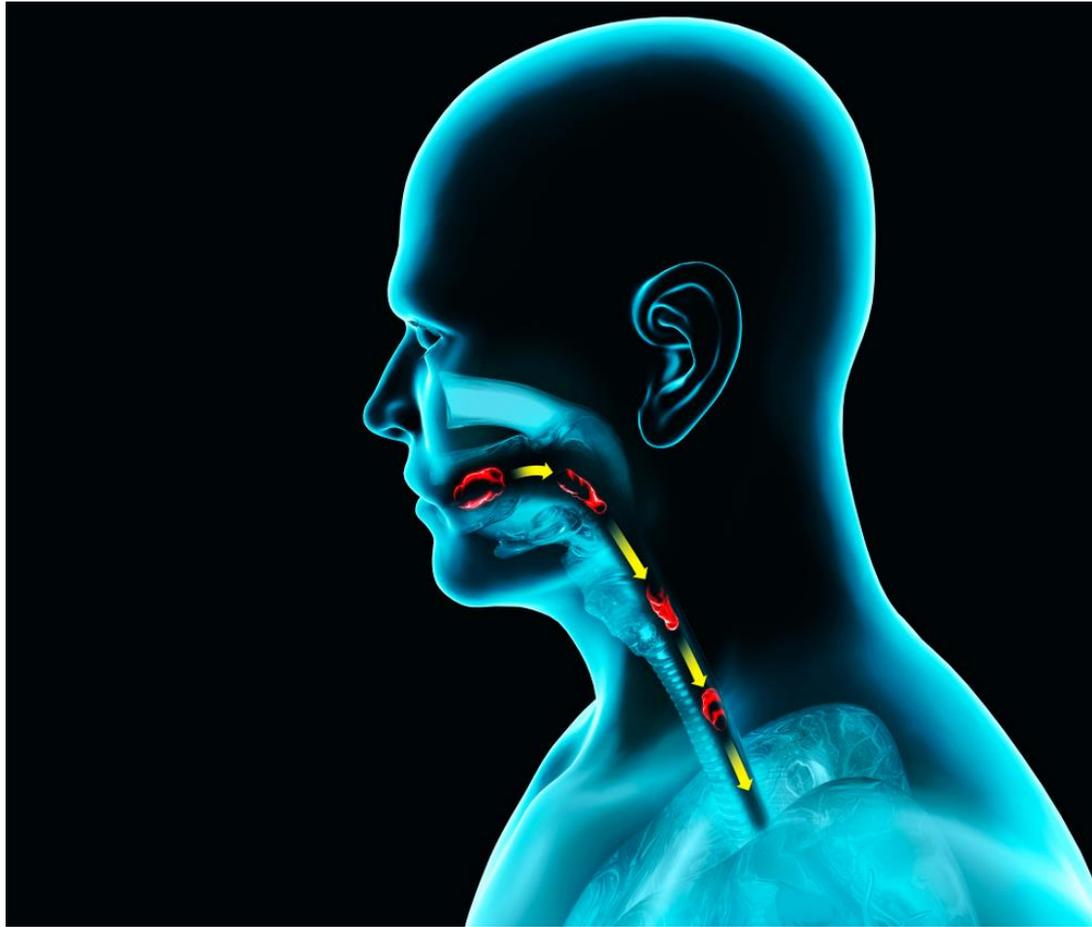
20/05/2023

PRESENCIAL:

28/05/2023



Disfagia Orofaríngea - Reabilitação -



20/05/2023

Intervenção – Estratégias



**Estratégias
de
Compensação**

**Estratégias
de
Reabilitação**



Estratégias de Compensação

Posicionamento Geral



Posicionamento Geral



Posicionamento Geral



- Alimentos com textura modificada e líquidos espessados são frequentemente utilizados para **reduzir o risco de engasgo e aspiração.**

Chichero et. al, 2016



European Society for Swallowing Disorders (ESSD)

Dysphagia (2016) 31:232–249
DOI 10.1007/s00455-016-9696-8



EDITORIAL

Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD)

Roger Newman^{1,5} · Natàlia Vilardell^{2,5} · Pere Clavé^{1,2,3,5} · Renée Speyer^{1,4,5}

Received: 5 February 2016 / Accepted: 9 February 2016 / Published online: 25 March 2016
© Springer Science+Business Media New York 2016

Espessar para reduzir o risco de penetração/aspiração laríngea

COMO



Porquê

Rejeição
líquidos
espesados




Aporte hídrico
diário


Risco de
Desidratação

Bridget (2014) comparou a preferência por espessantes à base de goma xantana **vs** amido de milho:

68% goma xantana

8% amido de milho

24% sem preferência

Motivos: textura, paladar e aparência (transparência)



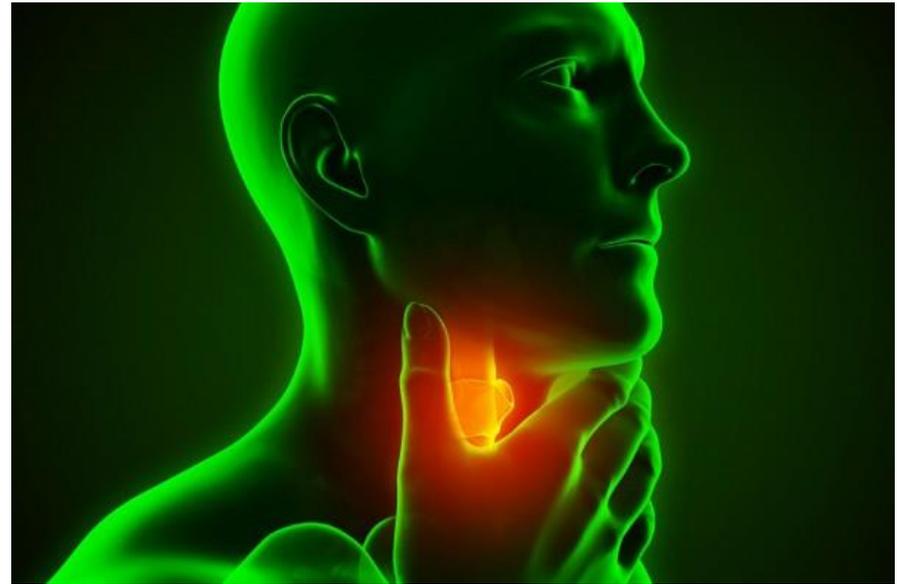
84% referem a **manutenção** da viscosidade no tempo.

Nova geração de espessantes compostos por hidrocolóides, como a **goma xantana**. A sua ligação com as moléculas de água, criam redes estáveis que mantêm o nível de viscosidade no tempo.



Evidência que alimentos sólidos e consistências mais espessas necessitam maior esforço no processamento oral e deglutição.

Newman et al (2016)



Viscosidade

Propriedade física que caracteriza a resistência de um fluido ao movimento.





A penetração no vestíbulo laríngeo, indicador mais comum de deglutição insegura, foi mais prevalente com líquidos , diminuindo posteriormente com o aumento de viscosidade (néctar e pudim).

Clave et al. (2008)

O aumento da viscosidade de líquido para pudim reduziu a prevalência de penetração e aspiração em 98,9% dos pacientes.

Rofes et al. (2012)

Contudo...

Quanto maior a viscosidade menor o risco de aspiração mas maior o resíduo faríngeo.

Jung et. Al, 2014

O aumento da viscosidade dos alimentos está diretamente relacionado com um maior tempo de deglutição.

Pires et. al, 2012

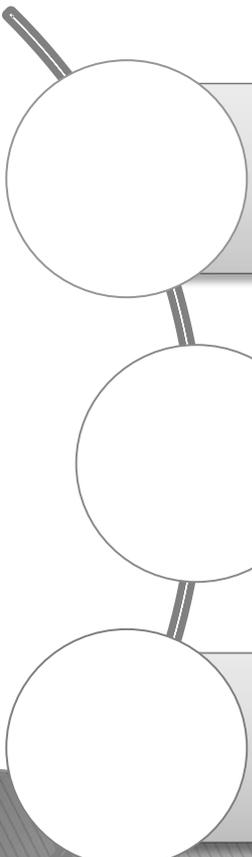
A consistência do alimento aumenta o tempo de trânsito oral e o aumento da viscosidade também aumenta o tempo de transito faríngeo.

Tamagushi et al, 2008

O aumento da viscosidade do bolo alimentar:

- a) Pode aumentar a segurança da deglutição.
- a) Pode aumentar a presença de resíduos orais e/ou faríngeos, o que pode originar invasão da via aérea após a deglutição.
- a) Possui um impacto na fisiologia da deglutição com aumento dos padrões de pressão lingual, sem alterações major nos mecanismos alterados de proteção da via aérea.

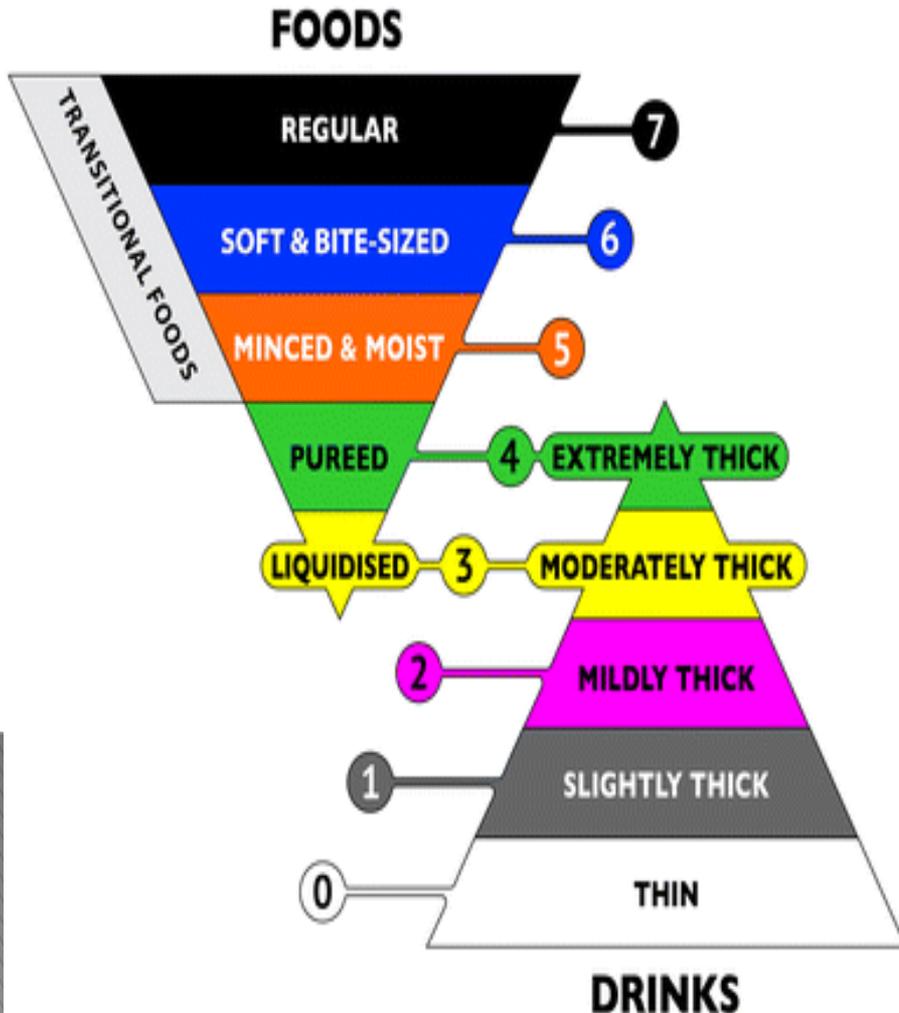
International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)



Segurança do doente

Melhoria da comunicação intra e inter profissionais de saúde, prestadores de cuidados de saúde e doente

Recolha e avaliação dos resultados dos tratamentos



Legenda:

7 – Regular

6 – Mole e do tamanho de uma dentada

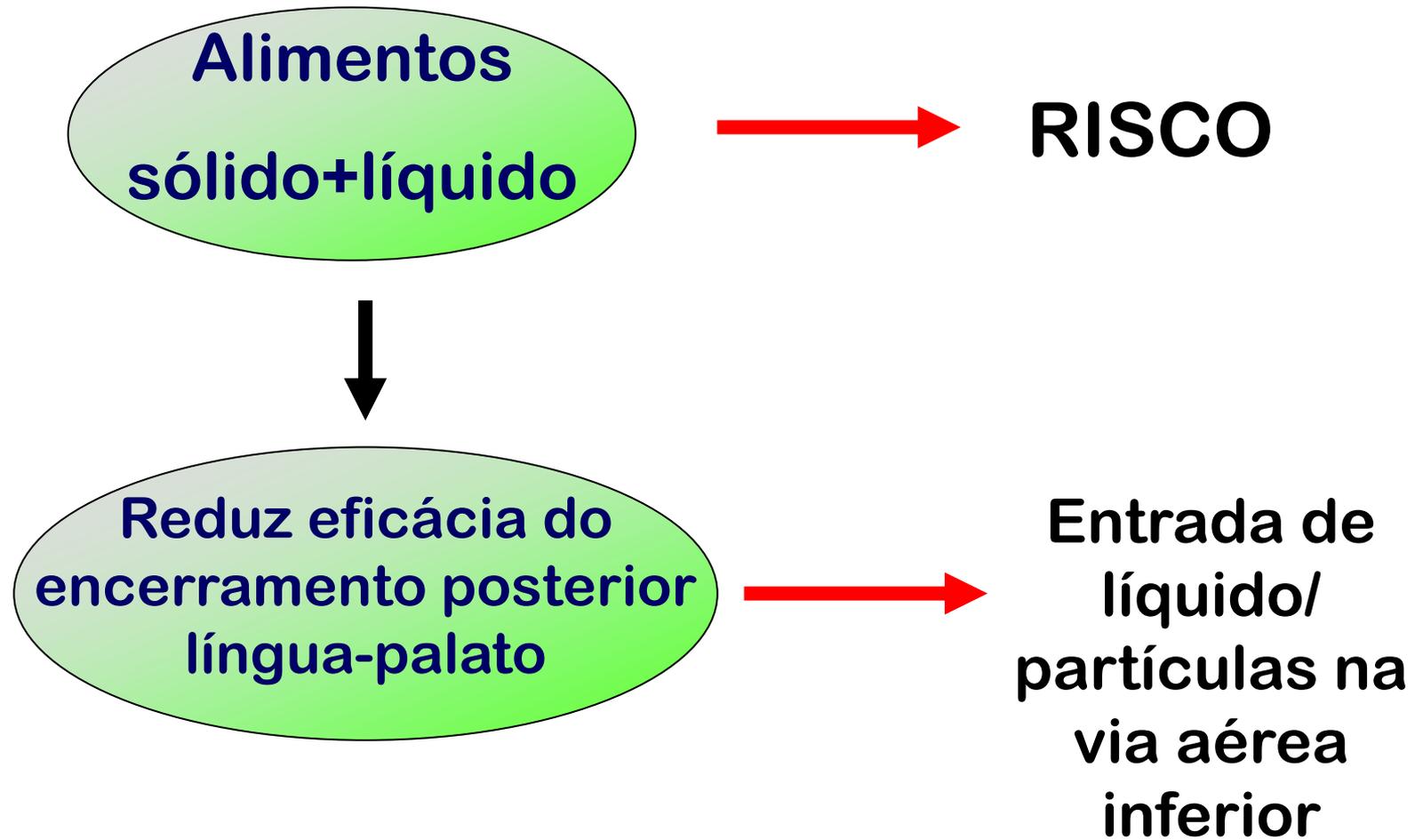
5 – Moído e húmido

4 – Extremamente espesso

3 – Moderadamente espesso

2 – Suavemente espesso

1 – Ligeiramente espesso



**Alimentos
sólido+líquido**

RISCO

**Reduz eficácia do
encerramento posterior
língua-palato**

**Entrada de
líquido/
partículas na
via aérea
inferior**

Volume

- ▶ Usar colher pequena (sobremesa)
- ▶ Preferir colher de **metal**
- ▶ Fazer pressão no dorso da língua
- ▶ Insistir na preensão labial
- ▶ Atenção a próteses dentárias
- ▶ Não usar palhinhas *
- ▶ **Não usar seringas**



Maior incidência de aspiração de líquidos quando são oferecidos por copo comparados com a oferta por colher.

Kuhlemeier et al (2001), Dysphagia



Estratégias de Reabilitação

- Terapia da Fala -

Indirectas

Sensorio-motora

Directas

Sensorio-motora

Deglutição

Técnicas Sensorio Motoras

Indução e Facilitação

Percepção e Estimulação Digital

- ▶ Pontos específicos:
 - gengivas
 - Palato duro
 - Língua
- ▶ Latência de Respostas

Técnicas de Facilitação

Baixar e posteriorizar a língua

- ▶ **Objetivo:** Auxiliar no movimento e dar maior percepção

Estimulação Sensorial

A eficácia do estímulo sensorial também pode ser avaliada durante a avaliação instrumental, realizando alterações:

- sabor;
- volume;
- temperatura;
- consistência

Estimulação Sensorial

Outras técnicas para intensificar a estimulação sensorial pré-deglutição :

- estimulação térmica-táctil
- pressão no dorso da língua com colher metálica

Eficiência x Eficácia

Silva, 2008

- ▶ **Eficiência:** a técnica faz o que se propõe imediatamente
- ▶ **Eficácia:** as técnicas ou a técnica recupera uma deglutição segura

Técnicas posturais

Posturas

1. Queixo baixo (Chin down)

Diminui a distância entre a base da língua e a parede faríngea.

Útil em doentes com alterações na base da língua.

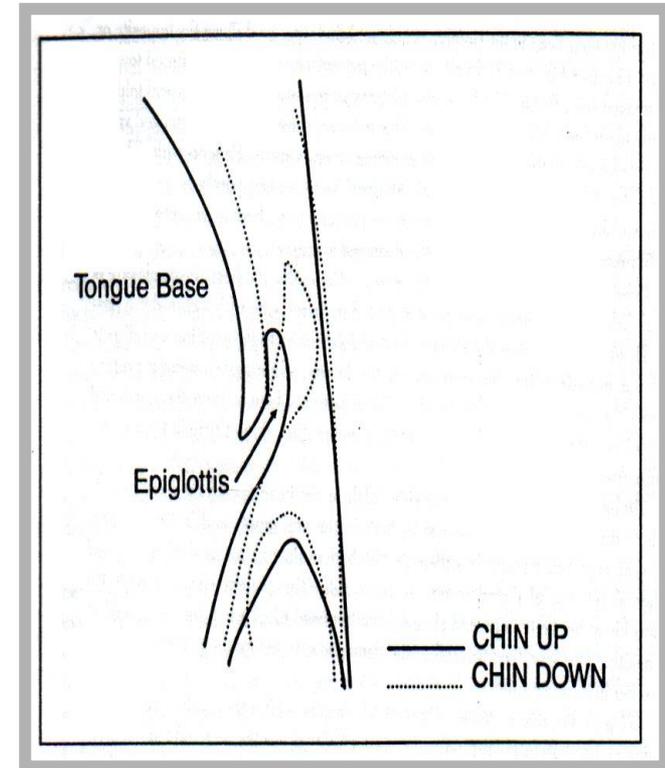
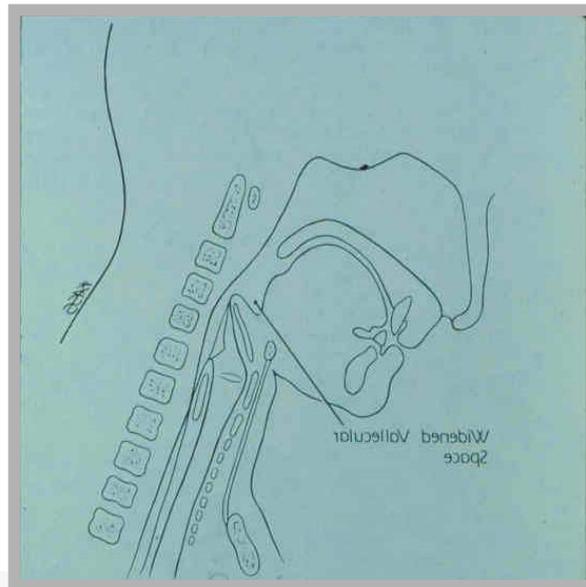
Em alguns pacientes, amplia o espaço valecular, permitindo a acumulação de alimento durante um atraso faríngeo e prevenindo a aspiração antes da deglutição.

Indicada em doentes com reduzida proteção da via aérea.

Logemann et al (1993)

Escape oral posterior

Manobra postural: queixo baixo



Posturas

2. Queixo elevado (Chin up) - hiperextensão

Útil em doentes oncológicos com remoção parcial da língua;

Perante uma dificuldade em criar uma pressão lingual adequada para o transporte do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe.

Permite a queda do bolo alimentar, por gravidade, na faringe.

Requisitos: tempo adequado em iniciar a deglutição faríngea e bom encerramento da via aérea.

Posturas

3. Rotação da Cabeça

Útil quando há uma parésia/paralisia ,faríngea ou laríngea, unilateral;

A cabeça deverá fazer rotação para o lado lesado.

Logemann et al (1989)

Posturas

4. Inclinação da cabeça

Se o doente possui alterações no TTO e função faríngea ipsilateral, a inclinação da cabeça para o lado forte poderá ajudar no transporte do bolo alimentar.

Logemann et al (1989)

Mudanças Voluntárias na Deglutição (Manobras de Deglutição)

Várias mudanças voluntárias podem ser realizadas durante a deglutição faríngea em doentes disfágicos. Cada uma delas pode ser utilizada para modificar a fisiologia da deglutição:

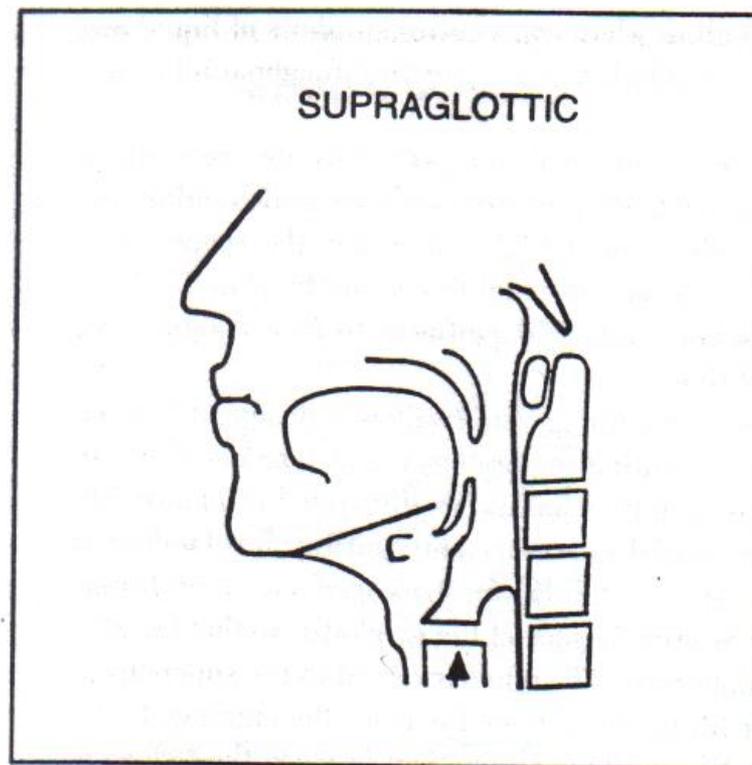
1. Deglutição Supra-glótica;
2. Deglutição super supra-glótica;
3. Deglutição em esforço;
4. Manobra de Mendelsohn

Deglutição Supra-glótica

1. Inspirar e sustentar o ar
2. Colocar o alimento na cavidade oral;
3. Deglutir;
4. Tossir com exalação;
5. Deglutir
6. Respirar

Logemann (1983)

Falha na elevação/anteriorização/
estabilização laríngea; encerramento
laríngeo

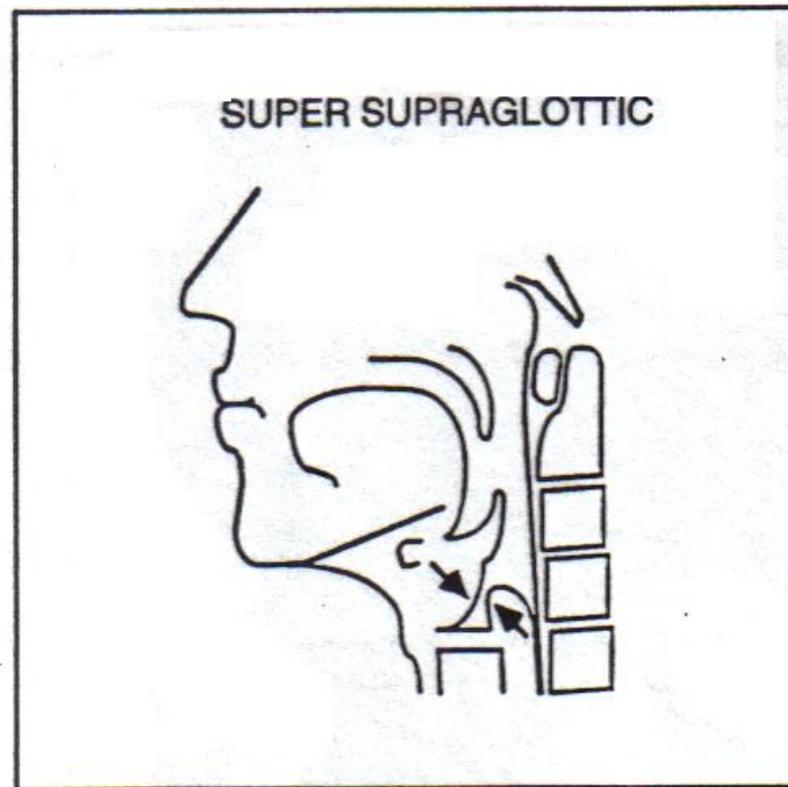


Deglutição super supra-glótica

- Semelhante à deglutição supra-glótica, mas com deglutição forte promovendo encerramento da via aérea com envolvimento das falsas pregas vocais.

Logemann et al (1994)

Falha na elevação/anteriorização/
estabilização laríngea e encerramento
laríngeo.



Deglutição em Esforço

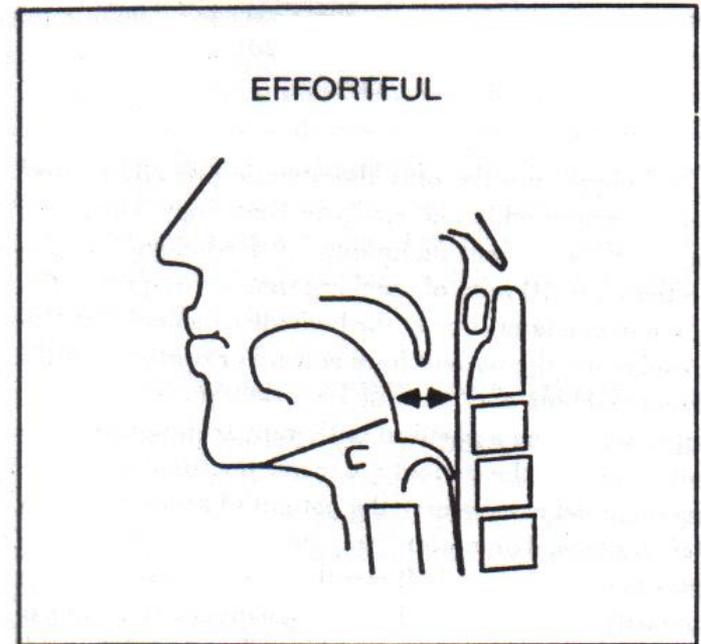
- Contração dos músculos envolvidos na deglutição com esforço para aumentar as pressões, oral e faríngea, geradas durante a deglutição.

Logemann et al (1993)

Resíduos nos recessos faríngeos

▶ Deglutição com esforço

Aumentar a força da fase oral, ejeção, elevação laríngea, contração faríngea e abertura da EES.

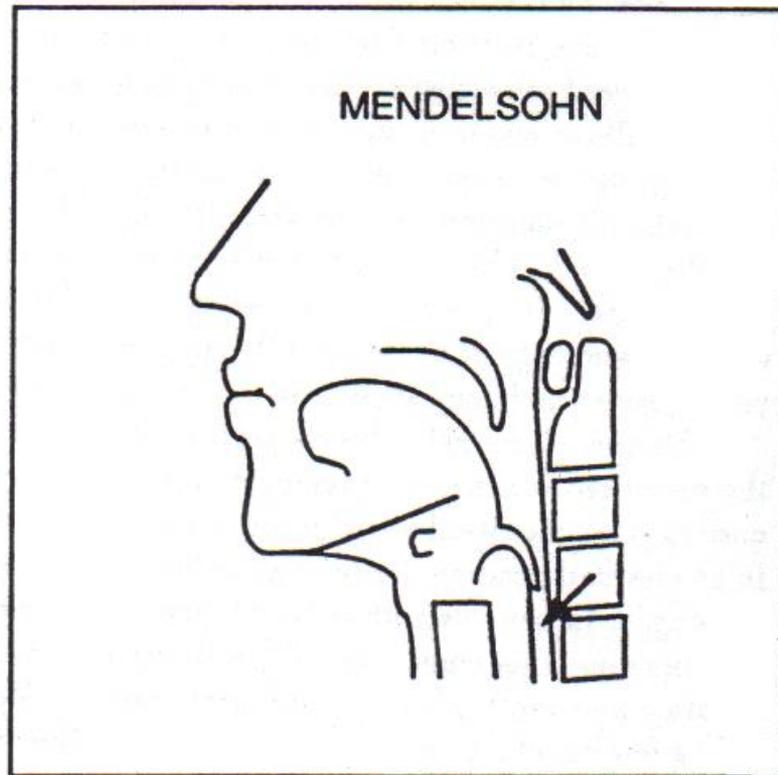


Manobra de Mendelsohn

- Promove o aumento voluntário do movimento do segmento hioide-larínge durante a deglutição faríngea, com aumento do tempo de sustentação, contribuindo para a abertura do EES.
- Manobra útil em doentes com AVC do Tronco Cerebral

Logemann et al (1992)

Falha na elevação/anteriorização/ estabilização laríngea e encerramento laríngeo



Outros Exercícios

Exercício de Masako

- Envolve anteriorização da base da língua;
- Manter a língua exteriorizada entre os dentes e deglutir
- O exercício envolve a estabilização da língua numa posição mais anterior, forçando o músculo glossofaríngeo, o qual liga a base da língua à parede faríngea, para maior contração.
- Indicado para doentes com diminuição da contração faríngea.

Exercício de Shaker

- Baseado no conhecimento do mecanismo muscular que controla a abertura do esfíncter esofágico superior (EES);

- Exercício:

Deitado na cama ou no chão, em posição dorsal, com os ombros apoiados, elevar a cabeça e olhar para os pés mantendo respiração – aguentar 1 minuto e descansar 1 minuto. Repetir 3 vezes o exercício.

Na mesma posição, deitado, elevar a cabeça para ver os pés e baixar, sem manter elevada. Repetir o movimento 30 vezes.

O exercício deverá ser realizado 3 vezes por dia durante 6 semanas. Estudos têm demonstrado que este exercício melhora o movimento hiolaríngeo e promove a abertura do EES.

CTAR – Chin tuck against resistance exercise

- Aumento da musculatura supra – hioideia.
- Tarefas isocinéticas e isométricas.
- Pacientes com disfunção de abertura do EES



JOAR – Jaw opening against resistance

- Exercício isocinético e isométrico (30 a 60 seg.)
- Pacientes com disfunção de abertura do EES.



TPRT – Tongue-to-palate resistance training

Kim et al, 2017

- Aumento do contacto língua-palato durante a deglutição;
- Aumento da força de retropropulsão lingual e contacto da base da língua – faringe;
- Treino: 4 semanas (5 dias/semana)
- Avaliação e medição com IOPI



Tarefas de inspiração/expiração controladas

Flutter, Shaker, Acapella

Combina: vibração
entre 8 a 16 Hz e PEEP
(10 a 25 cmH₂O)



Expiração 3'' a 5''
4 a 8 repetições com
intervalos para descansar



Tarefas de inspiração/expiração controladas

EMST (expiratory muscle strength training)

- Treino isométrico
- Aumento da coaptação glótica
- Aumento da intensidade vocal
- Melhoria da mobilidade laríngea

4 semanas, 5 dias/semana, 20 min/dia
5 séries de 5 respirações
(25 respirações/dia)



LSVT – Lee Silverman Voice Treatment

Online LSVT LOUD Training and Certification Courses

LSVT Global, Inc. offers Online Training and Certification Courses designed to train and certify speech-language clinicians in the LSVT LOUD treatment method.

Online LSVT BIG Training and Certification Workshop now available! Click [HERE](#) for more information!

View the LSVT Global Online Learning System FAQs and [LSVT LOUD Certification Renewal FAQs](#) for answers to commonly asked questions.

Until now, LSVT LOUD Training and Certification has only been available to those attending a two day in-person workshop. Now, with the Online LSVT LOUD Certification Workshop, you can complete your LSVT LOUD training from home office and without the expense of travel.

Online LSVT BIG® Courses

Online LSVT BIG Training and Certification now available!

Until now, LSVT BIG Training and Certification has only been available to physical and occupational therapy professionals and students by attending a two day in-person workshop. Now, with the Online LSVT BIG Training and Certification Workshop, you can complete your LSVT BIG training from your work or home office and without the expense of travel. **Please note: Registration is only open to those who hold degrees as a physical therapist (PT), occupational therapist (OT), physical therapist assistant (PTA), occupational therapist assistant (COTA), or students who are currently enrolled in a graduate or doctoral level PT or OT program. Therapy students, PTAs and COTAs who are involved in the administration of LSVT BIG must successfully complete an LSVT BIG Training and Certification Workshop. Therapy students, PTAs or COTAs will not be able to deliver the treatment independent of an LSVT BIG Certified PT or OT, respectively.**

LSVT – Lee Silverman Voice Treatment

“Pense Forte, Fale Forte”

- Aumento da adução glótica e pressão sub-glótica;
- Aumento do TMF;
- Aumento da extensão vocal;
- Melhoria da qualidade vocal;
- Modifica o desempenho motor oral e as fases oral e faríngea da deglutição.

McNeill Dysphagia Program

Crary, M. & Carnaby, G. (2010)

ORIGINAL ARTICLE

McNeill Dysphagia Therapy Program: A Case-Control Study

Giselle D. Carnaby-Mann, MPH, PhD, Michael A. Crary, PhD

ORIGINAL ARTICLE

Functional and Physiological Outcomes from an Exercise-Based Dysphagia Therapy: A Pilot Investigation of the McNeill Dysphagia Therapy Program

Michael A. Crary, PhD, Giselle D. Carnaby, PhD, Lisa A. LaGorio, MS, Pamela J. Carvajal, MA

McNeill Dysphagia Program

Crary, M. & Carnaby, G. (2010)

Programa Sistemático para a Reabilitação da Disfagia

Inicia com o nível de capacidade fisiológica individual do paciente;

Utiliza a deglutição como exercício;

Cada deglutição é vista como uma unidade de exercício (deglutição em esforço) e sessões individuais possuem maior número de deglutições que as terapias tradicionais;

McNeill Dysphagia Program

Crary, M. & Carnaby, G. (2010)

Programa Sistemático para a Reabilitação da Disfagia

Promove o aumento da força, velocidade e coordenação;

Com a evolução do doente são introduzidos desafios fisiológicos maiores.

É fácil e com boa adesão do paciente com tarefas funcionais e com continuidade no seu contexto.

Programa: 5 dias/semana – 3 semanas

McNeill Dysphagia Program

Crary, M. & Carnaby, G. (2010)

Evidência

- Aumento do contacto língua – palato;
- Aumento da pressão de contração base de língua – faringe;
- Diminuição do tempo total de deglutição (TTD);
- Não utiliza manobras ou compensações;
- Finaliza com FOIS 6 ou 15 sessões realizadas.

Evidência de resultados superiores nas características clínicas funcionais e fisiológicas da deglutição.

Ampliar a reabilitação...



OBRIGADA!

