



Especialização em
DIFICULDADES ALIMENTARES NEOPEDIÁTRICAS

2023/2024

**UC 5 – QUADROS CLÍNICOS E SÍNDROMES GENÉTICAS
COM IMPACTO NA ALIMENTAÇÃO**

**Módulo 15: Especificidade da atuação do Terapeuta da Fala
nas dificuldades alimentares pediátricas**

Docente: Terapeuta da Fala Dr.ª Carla Joaquim

carla.joaquim@sapo.pt

FEAPAP



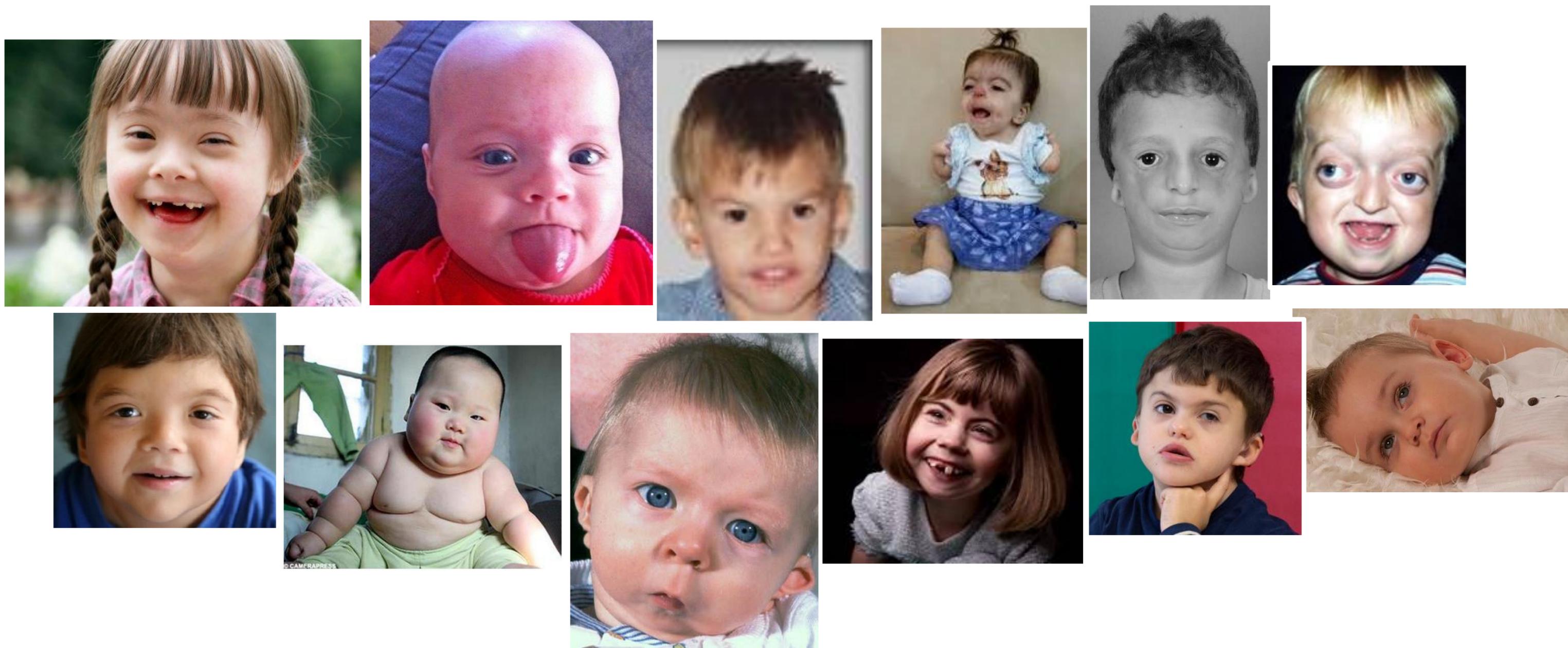
14 de Janeiro de 2024

“Eating is instinctual only in the first few weeks of life. After that, it is a learned behavior.

Early intervention is critical.”

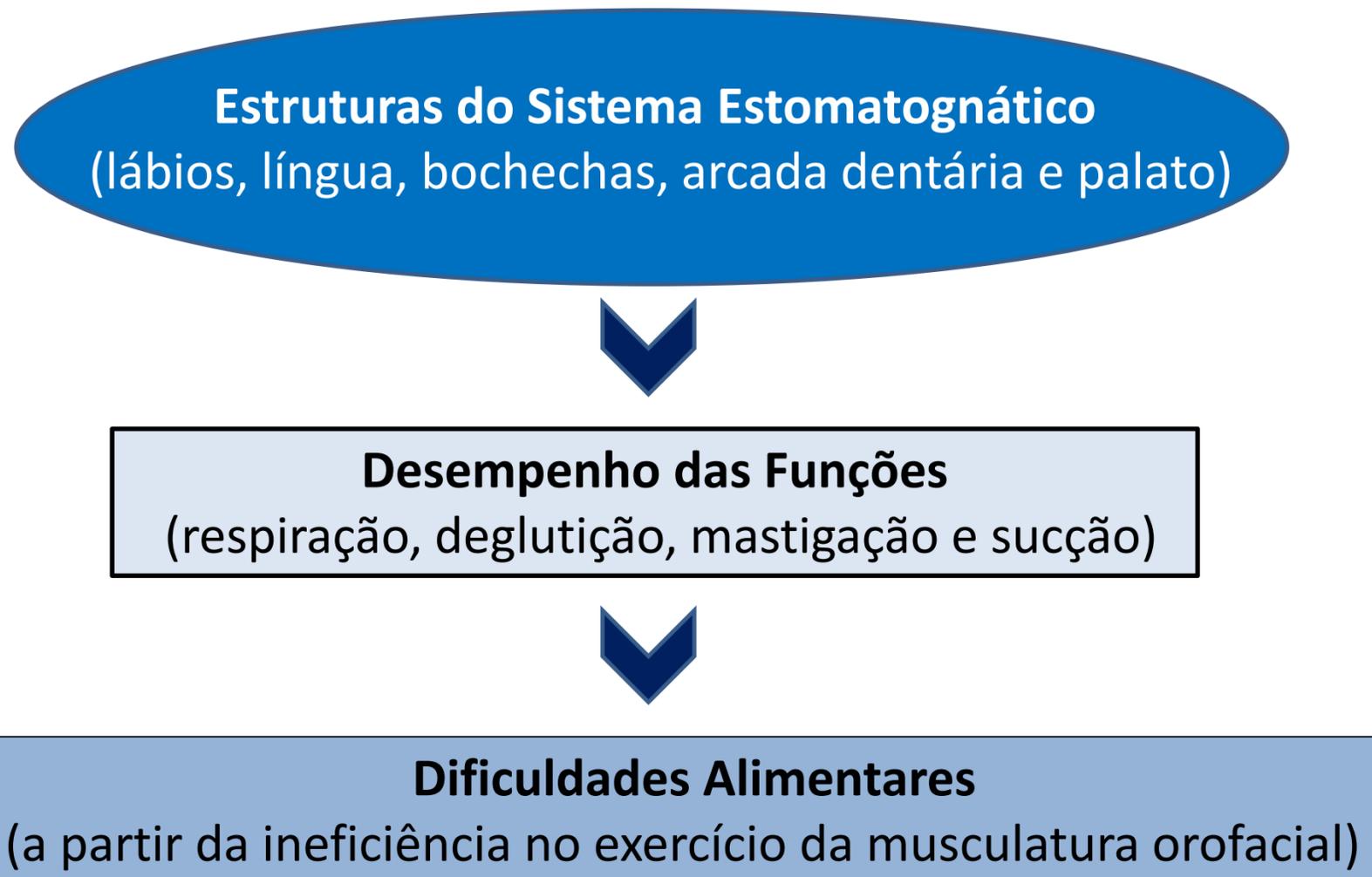
Toomey, K.

SÍNDROMES GENÉTICAS COM IMPACTO NA ALIMENTAÇÃO



SÍNDROMES GENÉTICAS COM IMPACTO NA ALIMENTAÇÃO

As dificuldades alimentares e/ou alterações na deglutição em crianças portadoras de síndrome genético podem ser consequência de diversos fatores anatómicos, fisiológicos e ambientais.



CASO I

- Pedido de Colaboração UCIN
- RN 9 dias com recusa alimentar e vômitos recorrentes
 - Gravidez Viglada
 - Rastreio combinado 1ºT : baixo risco
 - Ecografias sem alterações
 - Ecocardiograma fetal sem alterações
 - Parto distócico – ventosa
 - IG: 38s + 3d
 - 1 circular cervical apertada
 - IA: 5-8-10
 - PN: 2940g
 - 12h vida (berçário) 2 episódios de cianose com choro associado a bradicardia → UCIN
 - Estenose na válvula pulmonar (com indicação para dilatação percutânea)

CASO I

- Plano de Intervenção

ESTIMULAÇÃO OROFACIAL

Gengivas

- Fazer estimulação em “varrimento” com o dedo indicador, partir sempre do meio para trás;
- Estimular 3 vezes (1 vez, se a criança reagir mal);
- Com maior pressão, se a criança tiver mais sensibilidade ou menor pressão se a criança tiver menos sensibilidade;
- Após cada estimulação, encerrar a boca, fletir um pouco a cabeça e aguardar a deglutição.



ESTIMULAÇÃO OROFACIAL

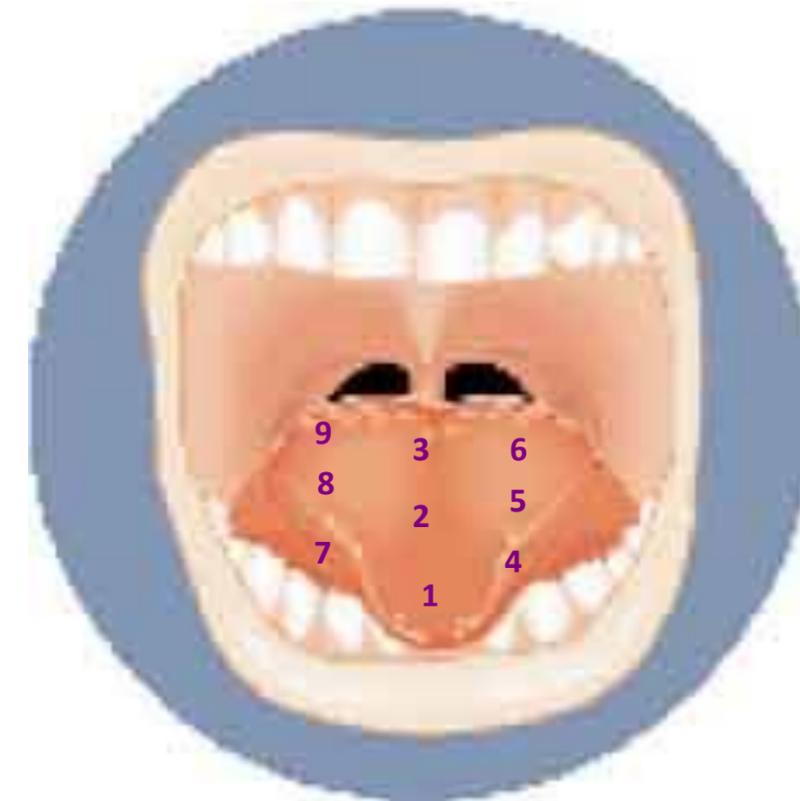
Palato Duro

- Estimulação com o dedo indicador em “varrimento”;
- Da zona posterior para a anterior;
- Realizar 3 vezes (com maior ou menor pressão);
- Esta estimulação deve ser rápida e após esta, encerrar a boca, fletir a cabeça e esperar que a criança degluta.

ESTIMULAÇÃO OROFACIAL

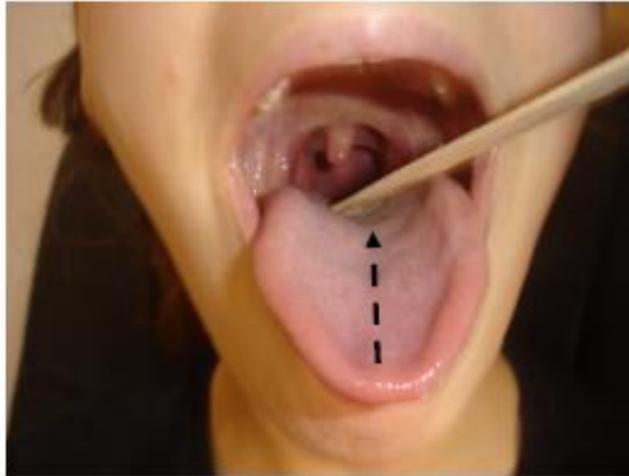
Língua

- Seguindo a ordem numérica, fazer estimulação com o dedo indicador, pontual com pressão;
- Encerrar a boca, fletir a cabeça e esperar pela deglutição.



REDUÇÃO DO REFLEXO DE GAG

- Percorrer o meio da língua no sentido antero-posterior com o auxílio de uma espátula.
- Utilização do pincel na zona do palato duro, faringe e parte posterior da língua.
- Estimulação tátil-térmica.



CASO II

- Pedido de Colaboração internamento Pediatria
- Avaliação funcional da deglutição jovem 16 anos – [Doença de Gaucher tipo 2](#) #mal convulsivo
 - Internado UCIP por dificuldade no controlo das crises convulsivas;
 - Agravamento da dificuldade respiratória (necessidade O2)
 - Aumento secreções – iniciou Cough assist + cinesioterapia respiratória
 - Alimentação por SNG
- À data da avaliação TF: colaborante; ar ambiente; VO total; tosse pouco eficaz; voz com intensidade fraca

DOENÇA DE GAUCHER – TIPO 2

- Défice da enzima lipossomal betaglicosidase e acúmulo de glicocerebrosídeos em macrófagos (tipo I, II, III).
- Afeta as crianças desde os 4 a 5 meses de vida com um compromisso importante do **cérebro, baço, fígado e pulmões**.
- Quadro neurológico severo com estrabismo convergente, dificuldades de deglutição, espasticidade, retroflexão da cabeça e um atraso muito significativo do desenvolvimento psicomotor.
- Terapia de reposição enzimática.
- A evolução é rápida e habitualmente a sobrevida é inferior a 2 anos.

CASO III

- Sequência de Pierre Robin
- 7 meses
- Fenda palatina
- RGE grave
- ADPM
- Má progressão ponderal
- Aguarda cirurgia correção - prevista para os 11-12 meses idade
- Faz CPAP domiciliário (baixas de saturação durante o sono associado a queda posterior da língua e retrognatismo)
- Alimentação: SNG + VO
- Acompanhada em TF e TO desde o nascimento.

- ✓ Fenda palatina
- ✓ Retrognatismo
- ✓ Glossoptose

Antecedentes Pessoais:

Cesariana 35s + 5d

PN - 2220g; IA - 10/10

DM1 materno e HTA na gestação

CASO IV

- 8 meses
- Investigação genética a decorrer (*exoma*) – Miopatia?
- Avaliação funcional da deglutição para decisão de encaminhamento para colocação de PEG.
 - Gestação gemelar biamniótica bicoriónica
 - Prematuridade tardia 36s +1d
 - Pais consanguíneos (etnia cigana)
 - Hipotonia generalizada (em estudo)
 - Insuficiência respiratória tipo II desde o nascimento (BiPAP)
 - Pneumonia de aspiração (2M)
 - Episódios de bradicardia extrema e dessaturação (4M)
 - Alimentação exclusiva por SNG
 - Cinesiterapia respiratória
 - Videofluoroscopia: com indicação para PEG (*pais recusaram*)

CASO V

- Avaliação da deglutição em adolescente com TCE
 - Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos
-
- 16A
 - Queda do 4º andar
 - Consciente à chegada do INEM – *GCS 12*
 - Politraumatizado com:
 - TCE com focos de hemorragia temporal bilateral (lesão axonal difusa grave)
 - Fraturas apófises transversas esquerdas no segmento dorsal de D5 a D9
 - Fraturas a nível da asa do sacro à esquerda ao nível de S1 e S2
 - Fratura da bacia
 - Contusão pulmonar esquerda com pequeno pneumotórax bilateral + moderado derrame pleural à esquerda
 - Laceração renal bilateral grau III
 - Internamento UCIPed : 18 dias

CASO V

- TC CE: Focos hemáticos parenquimatosos temporais profundos à esquerda (...) sem edema envolvente. Foco hemático/cálcico nodular milimétrico temporal à direita. Sinais de HSA, sobretudo na cisterna inter-peduncular. Sinais da presença de sangue na porção tentorial superior. Vestígios hemáticos intraventriculares posteriores e com maior expressão no IV ventrículo;
- Por instabilidade cervical → Colar cervical desde D1 a D18;
- D5 agravamento respiratório progressivo com hemorragia pulmonar → necessidade de entubação orotraqueal;
- Extubado a D13;
- Pausa alimentar entre D1-D11. Alimentação parentérica de D11-D22. **Sem SNG;**
- D19 – Pedido de colaboração de Terapia da Fala

DISFAGIA E TCE

AVALIAÇÃO DA DISFAGIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

Dysphagia interdisciplinary approach in pediatric patients with head injury

Cristina Vaz Rosado ⁽¹⁾, Luciana Karla Moreira Amaral ⁽²⁾, Ana Paula Galvão ⁽³⁾, Sérgio Diniz Guerra ⁽⁴⁾, Cristina Lemos Barbosa Furia ⁽⁵⁾

RESUMO

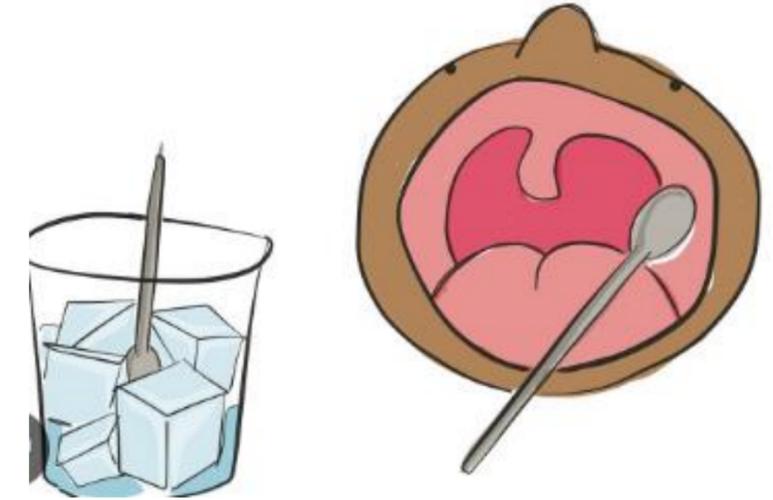
Objetivo: avaliar a ocorrência e a classificação de disfagia nos pacientes pediátricos vítimas de TCE, descrever as alterações fonoaudiológicas. Métodos: participaram deste estudo 55 crianças na faixa etária de 1 a 13 anos, internados na UTI e enfermaria do Hospital João XXIII em Belo Horizonte – MG. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um protocolo de avaliação fonoaudiológica. Resultados: as alterações fonoaudiológicas mais frequentes foram: alteração do vedamento labial, aumento do tempo de trânsito oral e faríngeo, escape oral anterior do alimento, mastigação lenta e incoordenada, ejeção oral fraca, diminuição na elevação da laringe, deglutições múltiplas, penetração e aspiração laríngea. Dos 55 pacientes, 20 foram classificados como disfágicos, 29,1% (n=16) disfagia leve, 5,3% (n=3) disfagia moderada, 3,6% (n=2) disfagia grave. Conclusão: a disfagia mais comum foi a de grau leve, e a maioria da amostra não necessitava de vias alternativas de alimentação. Os achados fonoaudiológicos se enquadram com a classificação das disfagias.

DESCRITORES: Transtornos de Deglutição; Traumatismos Cerebrais; Criança; Fonoaterapia

- alteração do vedamento labial;
- aumento do tempo de trânsito oral e faríngeo;
- escape oral anterior do alimento;
- mastigação lenta e incoordenada;
- ejeção oral fraca,
- diminuição na elevação da laringe,
- deglutições múltiplas,
- penetração e aspiração laríngea

ESTIMULAÇÃO SENSORIAL

- **Estimulação térmica e tátil**
 - Diferentes modalidades de toque, pressão e temperatura nas estruturas orofaríngeas (extra e intra oral);
- **Mudanças nas propriedades dos alimentos**
 - Volume – aumentar a propriocepção intraoral do alimento; promover controlo oral; desencadear reflexo de deglutição;
 - Consistência – facilitar a propulsão do bolo alimentar; desencadear o reflexo de deglutição; minimizar o risco de aspiração; potenciar a mastigação (sólidos).
- **Estimulação térmica do reflexo de deglutição**
 - Promover o reflexo de deglutição (sielorreia; acúmulo de secreções e resíduos na cavidade oral).



EXERCÍCIOS NEUROMOTORES

- **Exercícios de controlo motor oral**
Língua – superversão, lateralização, rotação; protusão e retração → mastigação; manipulação e elaboração do bolo alimentar.
- **Exercícios de resistência** – melhorar MOF, controlo e propulsão do bolo alimentar;
- **Exercícios para promover controlo do alimento** – aumentar a proprioceção intraoral do alimento; promover o controlo oral do bolo alimentar; potenciar a capacidade mastigatória;
- **Exercícios de adução vocal** – aumentar o encerramento laríngeo;
- **Exercícios de vibração lingual** – melhorar a mobilidade e sensibilidade orofacial; aumentar o encerramento laríngeo;
- **Exercícios oclusivos** – melhorar o encerramento da laringe;
- **Exercícios de oclusão sonora retida** (/b/ prolongado+vogal) – melhorar encerramento da laringe e dos lábios; melhorar abertura do EES.

MANOBRAS DE DEGLUTIÇÃO

- **Deglutição supraglótica** – melhorar o encerramento laríngeo;
- **Manobra de Mendelsohn** – melhorar a duração e largura da abertura do EES.
- **Deglutição em esforço** – melhorar a propulsão do bolo alimentar; limpeza de resíduos alimentares;
- **Deglutições múltiplas** – facilitar a propulsão do bolo alimentar; melhorar limpeza da valécula e seios piriformes;
- **Tosse voluntária** – eliminar a presença de resíduos do bolo alimentar no vestíbulo laríngeo;
- **Emissão de sons guturais com vogal aguda** – melhorar a mobilidade laríngea; eliminar ou minimizar os resíduos do bolo alimentar na valécula; melhorar o esfíncter laríngeo.

MANOBRAS POSTURAIS

- **Cabeça em Flexão**

- Facilitar o controlo do bolo alimentar;
- Minimizar o escape posterior precoce do bolo alimentar;
- Minimizar o atraso no reflexo de deglutição;
- Minimizar os resíduos na valécua;
- Proteger a via aérea;



ADAPTAÇÕES

- Utensílios;
- Postura;
- Sabor e Temperatura;
- Ritmo;
- Tempo de Refeição.

Importante

- Reduzir distrações;
- Reforço verbal, tátil e visual;
- Ordens simples;
- Controlo do volume/fracionamento;
- Adequar o melhor horário/ambiente.

-
- Estudos referentes ao tratamento da disfagia em crianças são limitados;
 - Embora não existam ferramentas para predizer as melhores modalidades de tratamento, este deve melhorar o estado nutricional da criança e diminuir as morbidades (SCHWARZ et al., 2001).
 - O impacto da disfagia pode ser reduzido através de uma intervenção que facilite o desenvolvimento das habilidades motoras orais e a redução do distúrbio de deglutição, sendo necessário recorrer nalguns casos a uma via alternativa de alimentação.
 - Os profissionais envolvidos devem considerar como primeiro plano as opções de alimentação mais seguras, menos invasivas e mais funcionais (LEFTON-GREIF, 2008).

Análise quantitativa do tempo de trânsito oral e faríngeo em síndromes genéticas

Quantitative analysis of oral and pharyngeal transit time in genetic syndromes

André Vinicius Marcondes Natel Sales¹, Paula Cristina Cola², Rarissa Rubia Dalaqua dos Santos¹, Adriana Gomes Jorge³, Larissa Cristina Berti¹, Célia Maria Giacheti¹, Roberta Gonçalves da Silva¹

- ✓ Líquidos necessitam de um maior controlo neuromotor;
- ✓ Pastosos requerem aumento na força de ejeção oral do bolo alimentar, o que exige, também, aumento na propulsão oral e, conseqüentemente, aumento no tempo de trânsito pelas fases da deglutição.

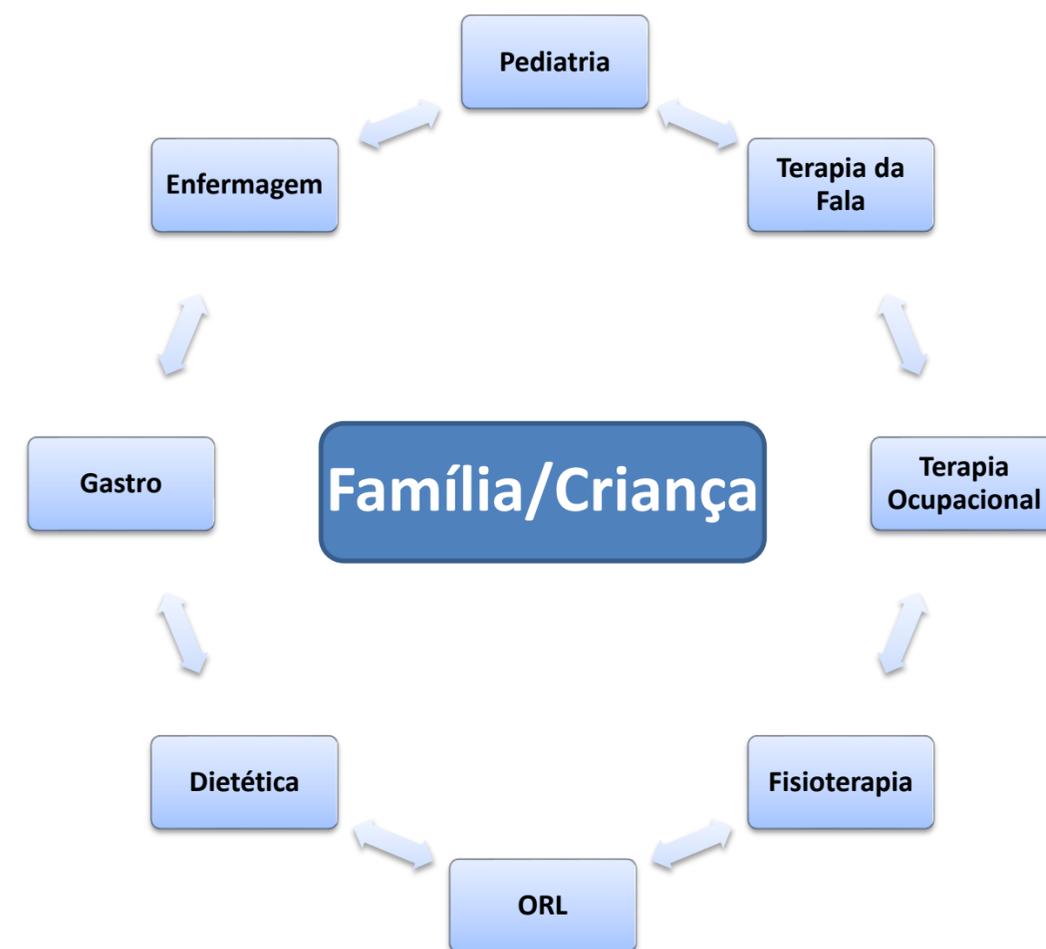
Para a consistência líquida o **controlo neurológico** da deglutição é um dos mais importantes marcadores no desempenho do trânsito oral.

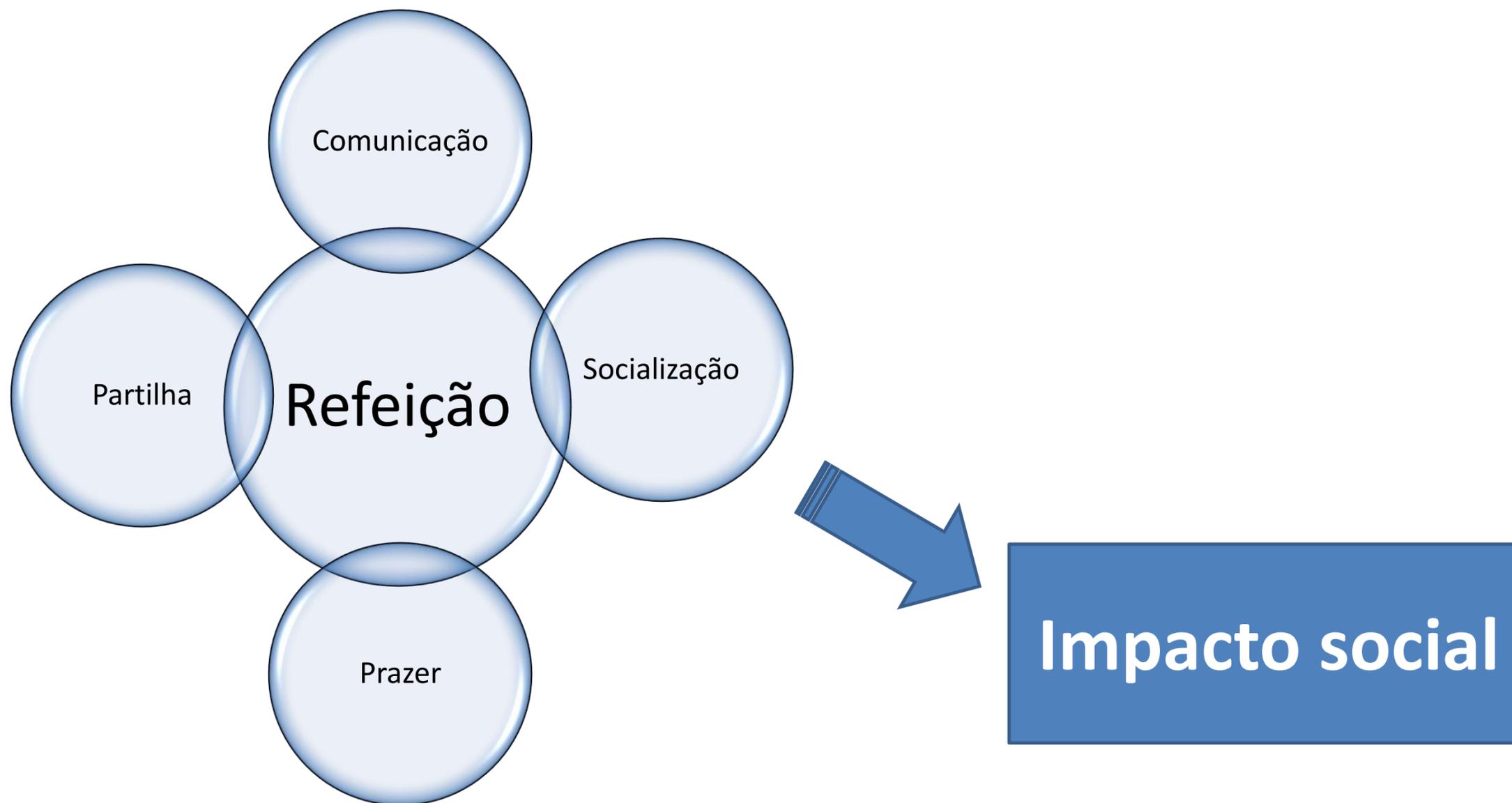
Maiores alterações encontradas na deglutição de alimentos pastosos podem estar associadas às distintas **alterações oromotoras** presentes em grande parte dos síndromes.

- As alterações encontradas nas fases oral e faríngea da deglutição, nos síndromes estudados, podem ser atribuídas à presença de **alterações estruturais** no esqueleto miofuncional, bem como às dificuldades de **controlo neuromotor** da deglutição.

- A **intervenção** na disfagia infantil (lactentes e crianças) é baseada em:

- ✓ modificações na dieta;
- ✓ orientações sobre posicionamento durante as refeições;
- ✓ mudanças de posição do corpo e da cabeça para permitir melhor proteção da via aérea;
- ✓ alterações de temperatura, volume e consistência dos alimentos;
- ✓ estimulação oral para melhorar a coordenação motora-oral;
- ✓ adaptação de utensílios.





Dificuldades Alimentares + Síndrome Genético



O sucesso na alimentação oral deve ser medido em termos de qualidade, com experiências positivas e refeições prazerosas, mobilizando-se as melhores habilidades sensoriais e motoras orais possíveis, além de uma deglutição segura, o que garante uma nutrição adequada.

(ARVEDSON, 2008)



Obrigada

carla.joaquim@sapo.pt