

Especialização em

DIFICULDADES ALIMENTARES NEOPEDIÁTRICAS

2023/2024

UC 4 – INTERVENÇÃO NAS DIFICULDADES ALIMENTARES NEOPEDIÁTRICAS

Módulo 13: Atuação do TF no recém-nascido

Docente: Terapeuta da Fala Dr.ª Carla Joaquim

carla.joaquim@sapo.pt



17 de Dezembro de 2023

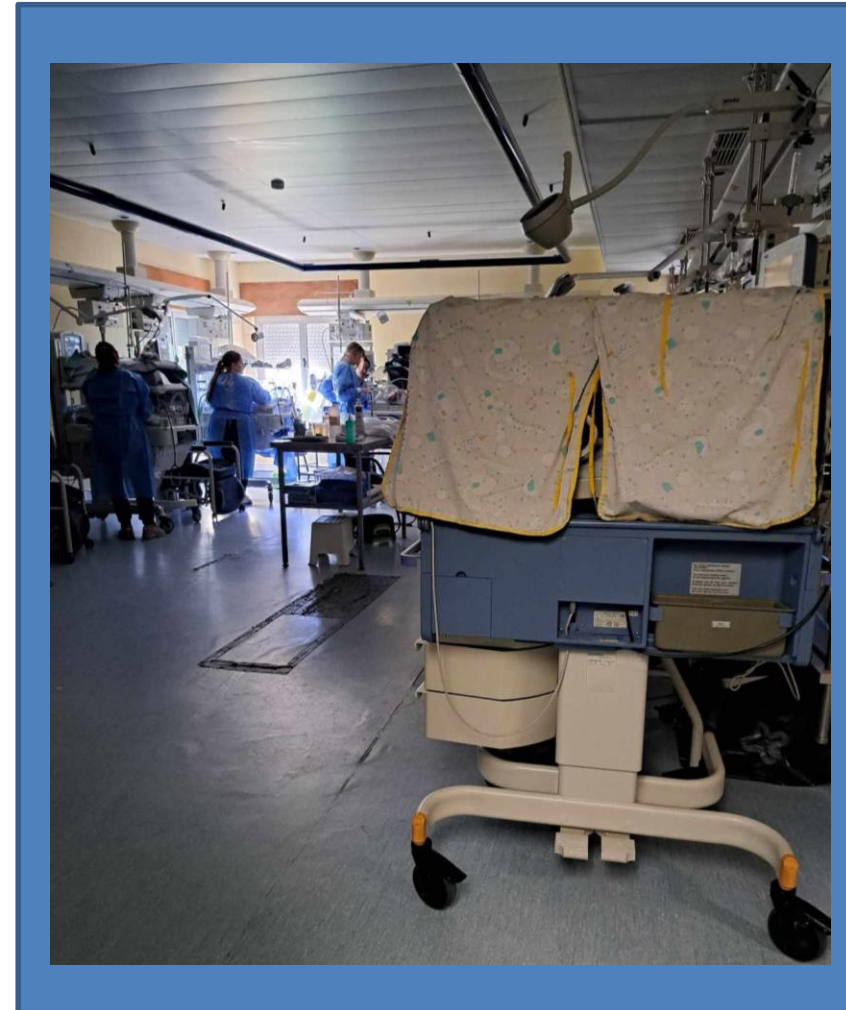
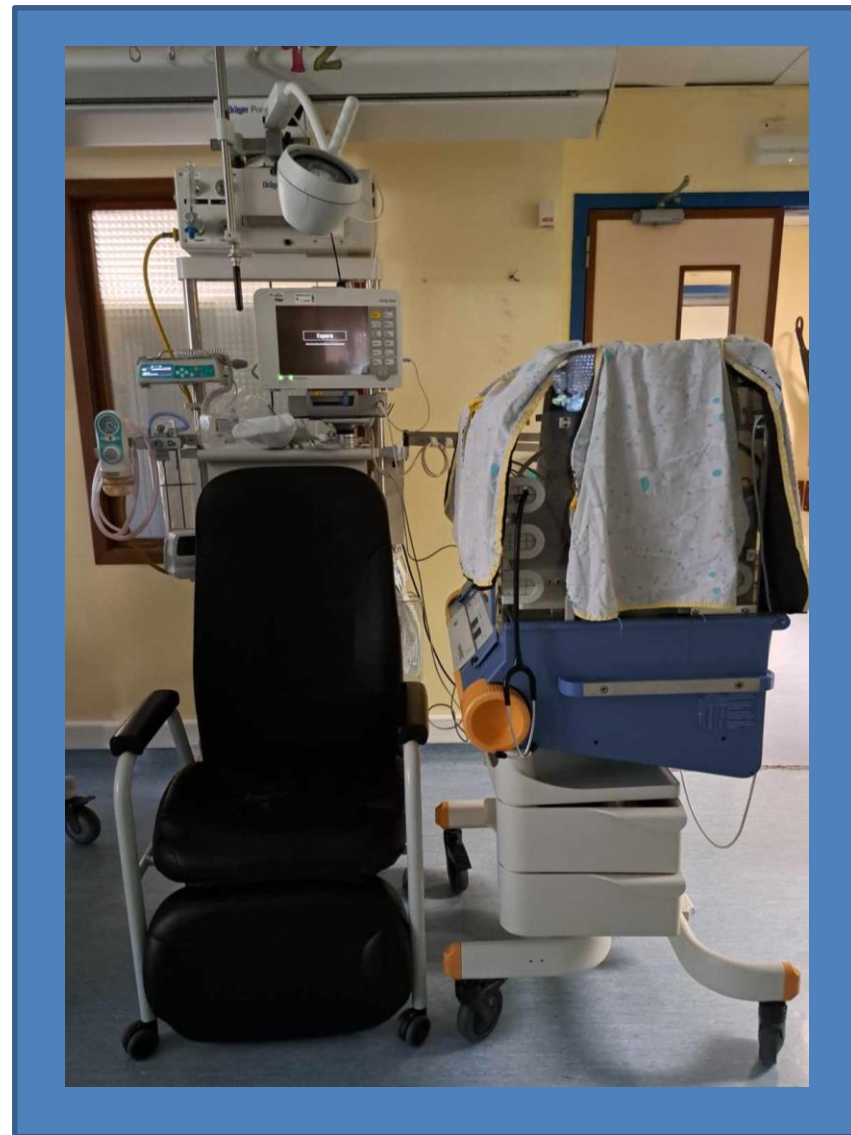
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

- Unidade onde ficam internados os recém-nascidos de termo ou pré-termo que pela sua situação clínica necessitam de vigilância clínica ou de cuidados especiais.



- 12 incubadoras
- 6 berços

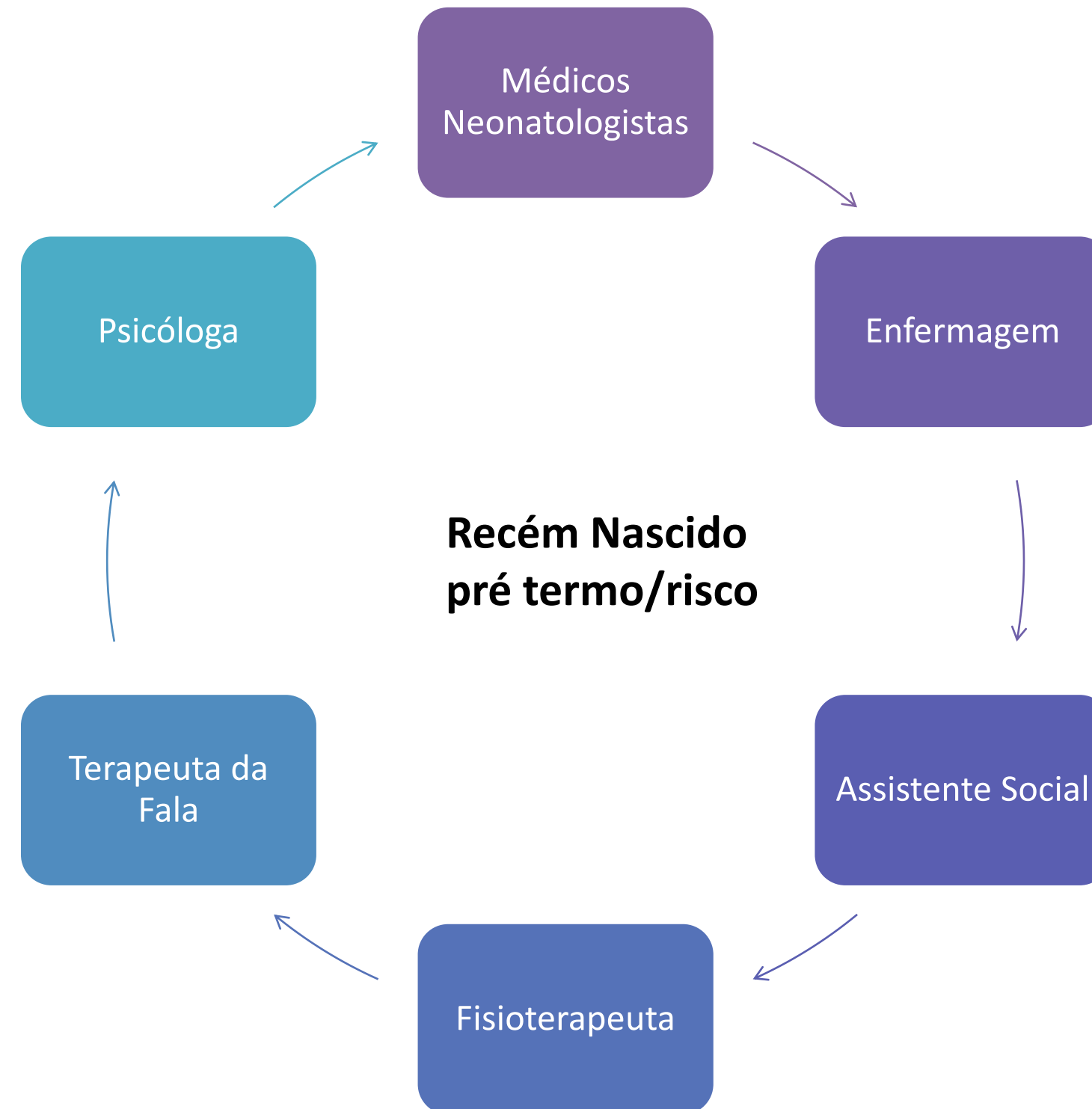
FILOSOFIA NIDCAP

N	newborn
I	individualized
D	developmental
C	care <i>and</i>
A	assessment
P	program

- Programa de Cuidados Individualizados e de Avaliação do Desenvolvimento Neonatal;
- Proteção e promoção do desenvolvimento do recém-nascido internado;
- Envolvimento da família nos cuidados.

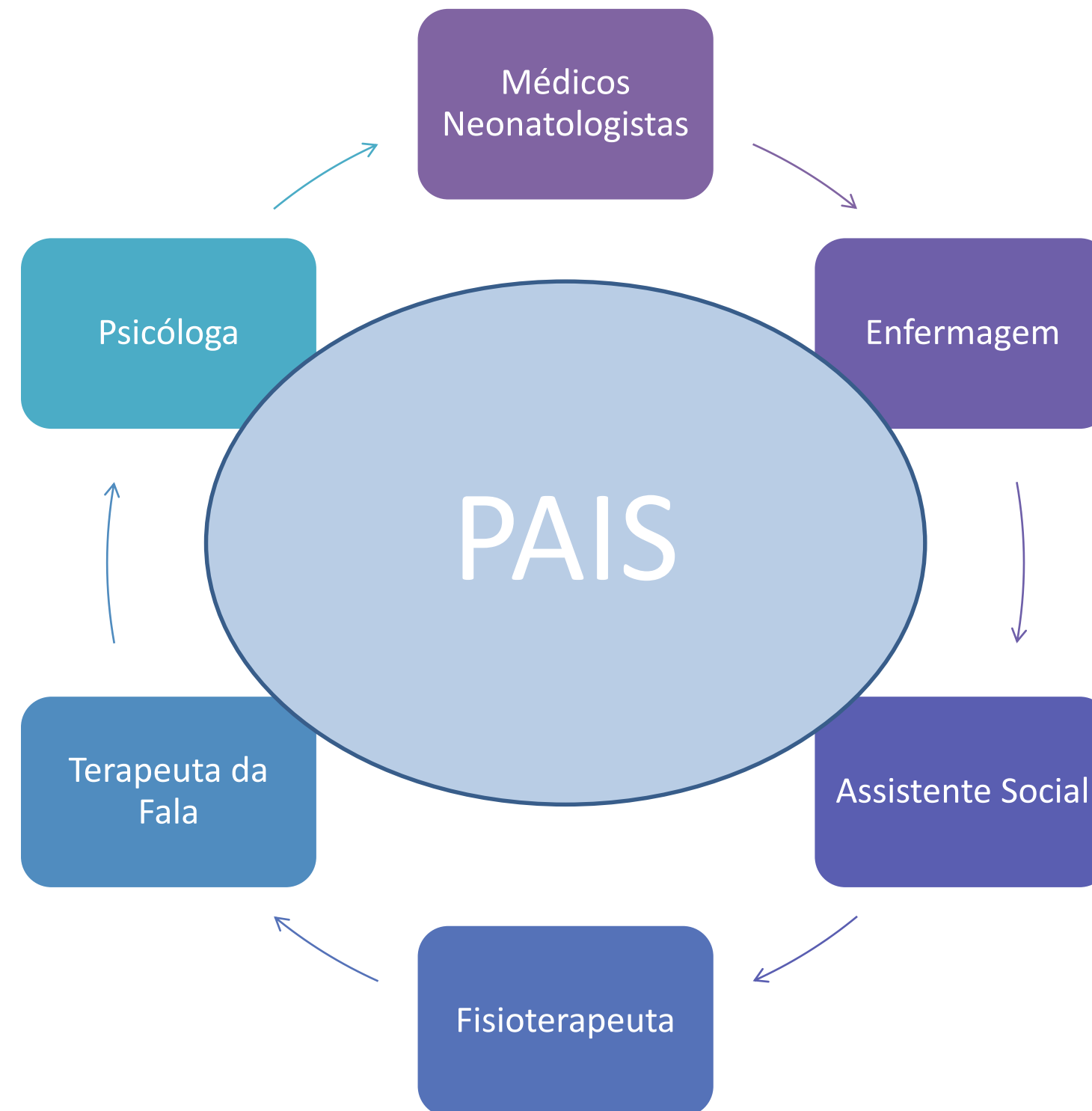
Os pais aprendem a conhecer as características individuais dos seus filhos e desenvolvem competências para melhor responderem a um recém-nascido, por ventura exigente e, com características e necessidades muito particulares, e que se podem manter durante alguns anos e mesmo para toda a vida.

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR



Reunião semanal
equipa multidisciplinar

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR



Reunião semanal
equipa multidisciplinar

INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA DA FALA

Alimentação

- Reflexos orais
- Força e ritmo de sucção
- Coordenação sucção/deglutição/respiração
- Adequação da função da alimentação

Comunicação

- Promoção das Competências Comunicativas

Orientação e Apoio aos Pais/Cuidadores



2007

- Início da intervenção do TF na unidade.
- Contacto por chamada essencialmente para avaliação/intervenção em bebés com patologia.

2009

- Depois da evidência da intervenção da terapia da fala em bebés com dificuldades alimentares iniciou-se um protocolo de intervenção diária.
- Para além dos bebés com patologia, iniciou-se a intervenção em todos os bebés prematuros com IC de 32 semanas e/ou mais de 1500g.

CASO CLÍNICO I

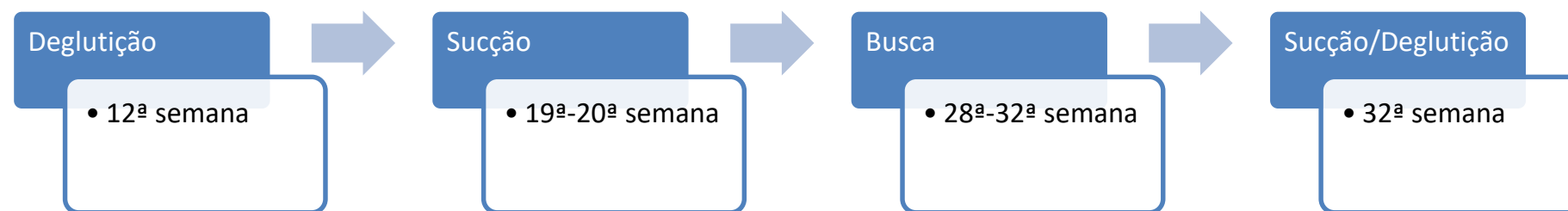


- **M.P.**
- IG: 23s+5d
- Parto eutócico
- PN: 500g
- IA: 6/6/8
- FIV
- Gravidez gemelar bicoriónica, biamniótica
- 18s - Morte fetal 1º gémeo

CASO CLÍNICO I



Desenvolvimento intrauterino 23 semanas



- Depressão respiratória;
- Cianosada
- Entubação difícil
- Ventilada em VAFO
- Cateteres umbilical, venoso e arterial
- **Pausa alimentar**

CASO CLÍNICO I

▪ Imunoterapia oral

- Administração orofaríngea do colostro materno;
- Sem função nutricional;
- Técnica que estimula o desenvolvimento da imunidade e melhora a microbiota intestinal;
- Maturação das habilidades motoras orais, pela redução da privação sensorial oral, mesmo em RN que ainda não tiveram a experiência de aleitamento materno.



CASO CLÍNICO I



CASO CLÍNICO I



CASO CLÍNICO I

Avaliação Terapia da Fala

- **Observação**
 - RN em repouso;
 - prestação dos cuidados (enfermagem/pais)
 - Comportamentos de auto-regulação

- **Avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral**

- **Orientações aos pais/equipa**

CASO CLÍNICO I

Avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral

Idade corrigida

- (2) maior ou igual a 34 semanas
(1) entre 32 a 34 semanas
(0) menor ou igual a 32 semanas

Estado de organização comportamental

Estado de consciência profundo	(2) alerta	(1) sono leve	(0) sono
Postura global	(2) flexão	(1) semiflexão	(0) extensão
Tónus global	(2) normotonia	(0) hipertonia	(0) hipotonia

Postura oral

Postura de lábios	(2) fechados	(1) entreabertos	(0) abertos	
Postura de língua	(2) baixa	(0) elevada	(0) retraída	(0) protraída

Reflexos orais

Reflexo de procura	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de sucção	(2) forte	(1) fraco	(0) ausente
Reflexo de morder	(2) presente	(1) presente exacerbado	(0) ausente
Reflexo de vômito	(2) presente	(1) presente anteriorizado	(0) ausente

Sucção não-nutritiva *

Movimento de língua	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Canolamento de língua	(2) presente	(1) alterada	(0) ausente
Movimento de mandíbula	(2) adequada	(1) alterada	(0) ausente
Força de sucção	(2) forte	(1) fraca	(0) ausente
Sucções por pausa	(2) 5a8s/p	(1) >8s/p	(0) <5s/p
Manutenção do ritmo	(2) rítmico	(1) arrítmico	(0) ausente
Manutenção do estado de alerta	(2) sim	(1) parcial	(0) não
Sinais de stresse	(2) ausente	(1) até 3	(0) mais de 3
Variação de tónus	() ausente	(X) presente	
Variação de postura	(X) ausente	() presente	
Variação de coloração da pele	() ausente	(X) presente	
Batimento de asa nasal	() ausente	() presente	
Tiragem	() ausente	() presente	
Apneia	(X) ausente	() presente	
Acumulação de saliva	(X) ausente	() presente	
Tremores de língua ou mandíbula	(X) ausente	() presente	
Soluço	(X) ausente	() presente	
Choro	(X) ausente	() presente	

Pontuação: 18 /36

Sucção Nutritiva?

CASO CLÍNICO I

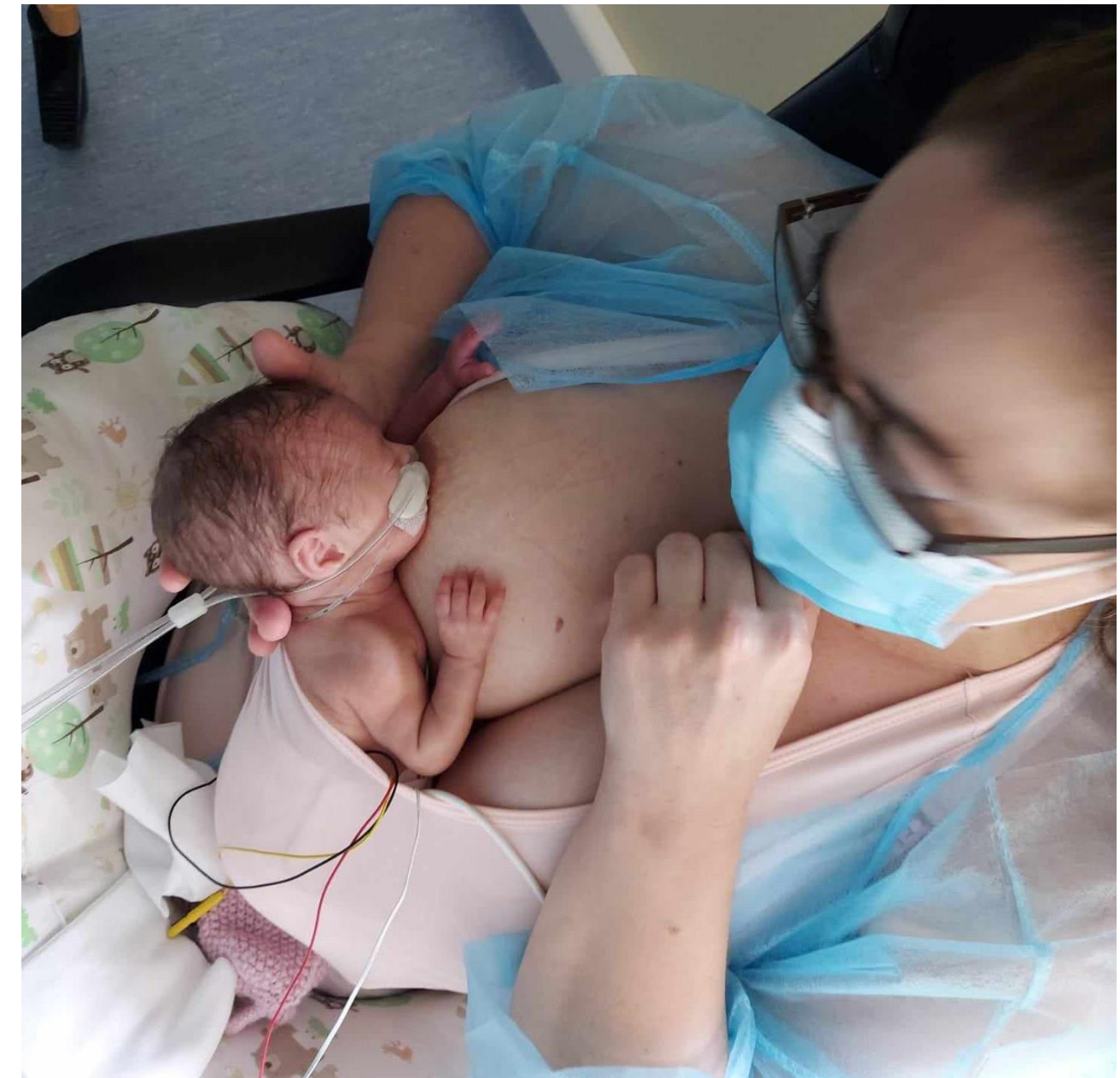
Ensino aos Pais

Intervenção

- Estimulação sensório motora oral
- Estimulação SNN

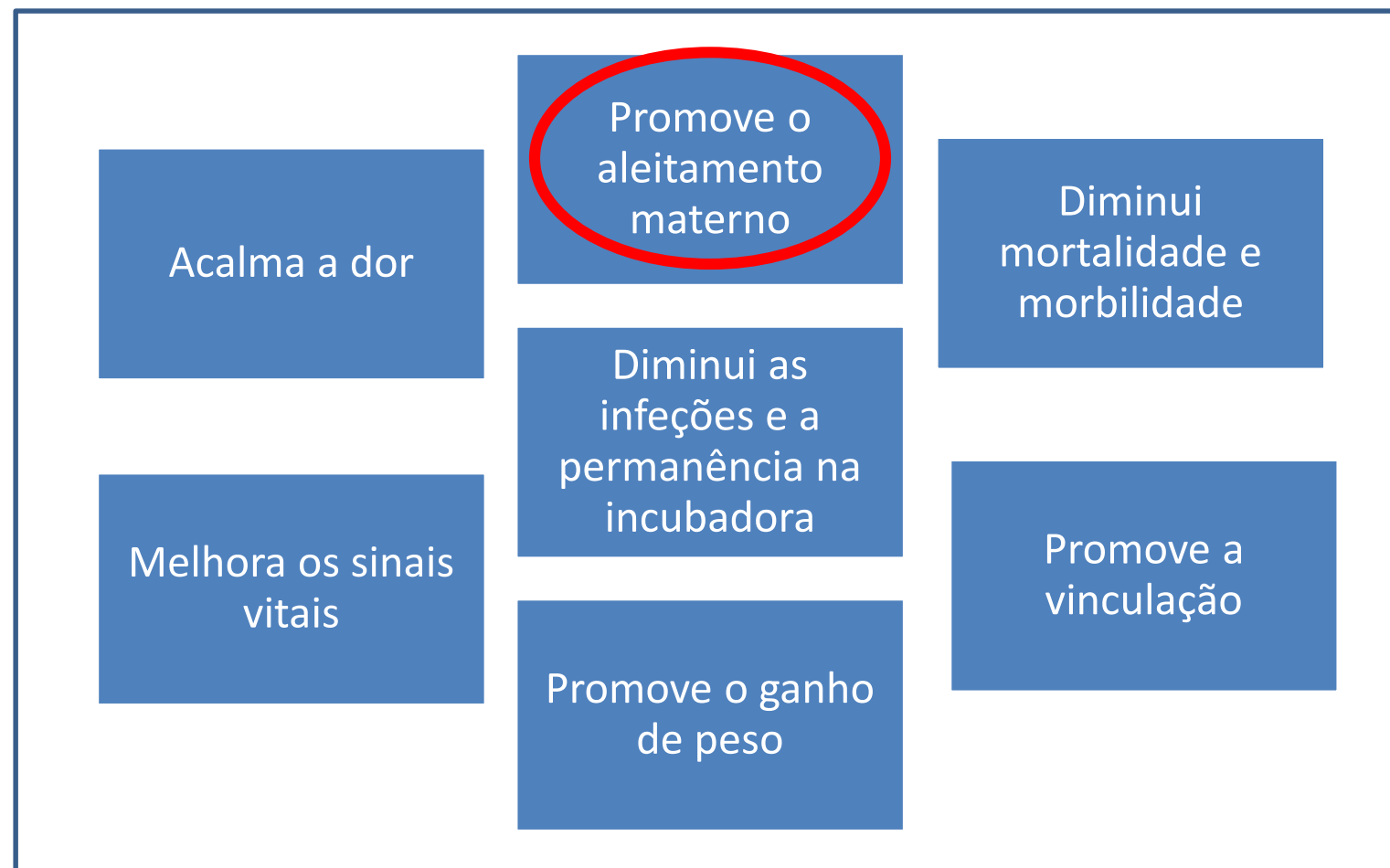
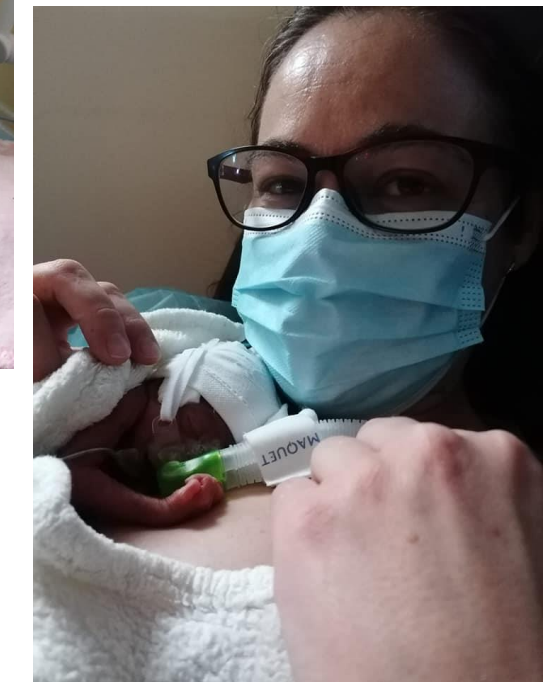
Posicionamento/Contenção

- Organização global do bebé;
- Regulação da respiração;
- Segurança durante a deglutição



MÉTODO CANGURU

- Origem na Colômbia em alternativa à falta de recursos (incubadoras);
- De acordo com a OMS, este método consiste no contacto pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebé.



POSICIONAMENTO/CONTENÇÃO

- Facilitar coordenação mão-boca e a orientação da linha média;
- Reduzir a atividade descoordenada (que leva a maior gasto de energia);
- Promover as funções cardíacas, pulmonares e gastrointestinais adequadas;
- Conseguir equilíbrio entre flexão e extensão;

Idade Gestacional	Desenvolvimento
28s	Completamente hipotónico e sem qualquer flexão fisiológica.
32s	Começa a apresentar alguma flexão nas pernas, em especial dos joelhos e da anca, enquanto os membros superiores se mantêm em extensão.
34s	O tónus flexor está presente nos membros inferiores.
36s	Apresenta flexão das pernas e braços e o reflexo de preensão palmar está presente.
40s	Desenvolve o tónus e postura de flexão no espaço intra-uterino; após o nascimento tem reflexos e maturidade do SNC que possibilitam os movimentos de flexão e extensão; mantém os 4 membros em posição fletida.

Desenvolvimento do tónus do bebé prematuro (Merenstein e Gardner, 1998)



CASO CLÍNICO I

- **Avaliação diária**
 - Variável ao longo do dia
- **Adequação do plano de intervenção**
 - Estimulação sensório motora oral
 - Estimulação SNN
 - Estimulação SN (seringa; mama)

Biberão?



Sinais de Stress

SINAIS DE STRESS NO BEBÉ PREMATURO

- Soluços;
- Variação de coloração da pele (pele marmoreada);
- Variação postura (hiperextensão)
- Alteração parâmetros vitais (tiragem; apneia, bradicardia)
- Choro;
- Bocejo:
- Cianose perioral e periorbicular;
- Tremores de língua ou mandíbula

CASO CLÍNICO I



CASO CLÍNICO I



Biberão

Na ausência da mãe



- Bradicardia com ↓ SpO₂;
- Cianose periorbital e perioral
- Descoordenação S/D/R

PORQUÊ?

CASO CLÍNICO I

▪ Suplementação

- SNG + Bomba infusora
- SNG + Gavagem
- Biberão

Como sabemos se é necessário suplementar?

- Avaliar momento da amamentação;
- Sinais de saciedade;
- Aumento de peso

CASO CLÍNICO I

- **Chupeta**



Estadia mais curta;
Apoia o desenvolvimento da alimentação;
International Breastfeeding (BFI) aprova para conforto;
Reconfortante;
Ajuda na Digestão

Fucile, 2010; Fucile, et al., 2018; Pineda, et al. 2019; Noori, et al. 2019

- **Biberão**



CASO CLÍNICO I

- Autonomia alimentar
- Alta às 42 semanas (D134 de vida)
- Peso 2705g
- **LM exclusivo**
(mama quando mãe presente, biberão à noite)



CASO CLÍNICO II

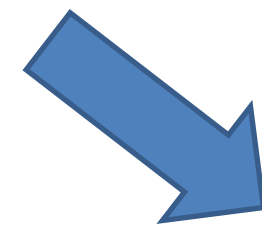
- **M.R.**
- IG: 31s
- PN: 600g
- IA: 8/9/19
- RCIU grave
- Cesariana por agravamento fluxos e apresentação pélvica



CASO CLÍNICO II

Avaliação Terapia da Fala

- **Observação**
 - RN em repouso;
 - prestação dos cuidados (enfermagem/pais)
- **Avaliação reflexos orais (IR 38s 1500g) – mantém alto fluxo FiO2 ↑**
 - dificuldade em aumentar peso;
 - desconforto gastrointestinal - leite LEP → DSE (APLV?)
 - SN presente e eficaz - chupeta/dedo enluvado
 - Hipotonia orofacial
 - Protusão lingual
 - Irritabilidade
 - Pouca tolerância às manipulações
 - Instabilidade hemodinâmica (bradicardias, retenção CO2, polipneia)
- **Orientações aos pais/equipa**

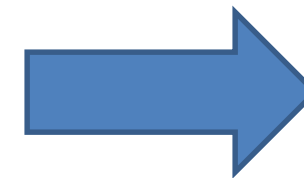


- ESMO
- Treino SN + estímulo gustativo
- Adequação chupeta
- Promover encerramento labial
- Adequação postura lingual
- Adequar postura



CASO CLÍNICO III

- IR 42 semanas
- Alto fluxo FiO2 27
- Irritabilidade
- Não tolera manipulações
- Dificuldade em aumentar peso
- Intolerância alimentar – leite DSE
- #Displasia broncopulmonar
- Prazer estímulo gustativo (leite 3-5ml)
- Pais presentes e colaborantes



Início treino SN biberão

CASO CLÍNICO II



OBSERVAÇÃO

- Alerta calmo
- Reflexo procura
- Polipneico (FC ~120)
- SatO2 96%-99% (alto fluxo)
- Tetina fluxo lento
- Escape anterior comissura labial
- Alteração vedamento labial
- Protusão lingual
- Descoordenação S/D/R
- Padrão sucção arritmico
- Contenção
- Controlo oral

CASO CLÍNICO II

- **Plano de intervenção**

- Estimulação sensório motora oral
- Estimulação SNN
- Estimulação SN (biberão com tetina fluxo lento)
 - 1x/dia
 - 1x/turno
 - quando disponível (hemodinamicamente e com sinais de fome/"descanso" durante a noite)
 - a "pedido"
- **Ensino aos pais**

CASO CLÍNICO II



CASO CLÍNICO II

Descritores da dimensão Capacidade em organizar o funcionamento Oro-motor (COFO)

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
Itens		Opções de resposta	
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	2 - Abre a boca prontamente todas as vezes	1 - Abre a boca prontamente algumas vezes	0 - Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	2 - A língua descai todas as vezes	1 - A língua descai algumas vezes	0 - A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua).	2 - A sucção está sempre organizada	1 - A sucção está organizada algumas vezes	0 - A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima).	2 - Observa-se estabilidade e consistência	1 - Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	0 - Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	2 - Observa-se estabilidade e consistência	1 - Algumas sucções débeis	0 - Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (sete a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	2 - Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	1 - Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	0 - Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique.	2 - Sem som de clique	1 - Alguns sons de clique	0 - Sons frequentes de clique

Descritores da dimensão Capacidade em Coordenar a Deglutição (CCD)

Capacidade em Coordenar a Deglutição			
Itens	Opções de resposta		
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e., não se baba).	2 - Sem perda de líquido	1 - Alguma perda de líquido	0 - Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	2 - Sem sons de gorgolejo	1 - Alguns sons de gorgolejo	0 - Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	2 - Suaves deglutições	1 - Algumas deglutições com dificuldade	0 - Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o <i>bólus</i> da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	2 - Todas as deglutições são únicas para o mesmo <i>bólus</i>	1 - Algumas deglutições múltiplas para o mesmo <i>bólus</i>	0 - Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo <i>bólus</i>
12. Tosse ou sons de engasgamento.	2 - Nenhum evento observado	1 - Pelo menos um evento observado	0 - Dois ou mais eventos observados

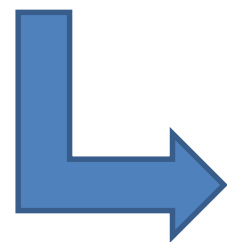
CASO CLÍNICO II

Descritores da dimensão Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica (CMEF)

Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
Itens	Opções de resposta		
13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O ₂ estabiliza e não há sinais de <i>stress</i> .	2 - Observa-se estabilidade e consistência	1 - Começam a tornar-se visíveis	0 - Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	2 - Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	1 - Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe a sucção na maioria das vezes	0 - Não interrompe a sucção por si para respirar
15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos.	2 - Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	1 - Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	0 - Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de <i>stress</i> . (sinais de <i>stress</i> observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	2 - Pára para respirar antes de surgirem sinais de <i>stress</i>	1 - Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de <i>stress</i>	0 - Não pára para respirar antes de surgirem sinais de <i>stress</i>
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	2 - Sem roncos	1 - Roncos esporádicos	0 - Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	2 - Sem estridor	1 - Estridor esporádico	0 - Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	2 - Sem adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz	1 - Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	0 - Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g., elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	2 - Nunca há utilização dos músculos acessórios	1 - Utilização dos músculos acessórios esporádica	0 - Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g., palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	2 - Nunca há alteração da cor	1 - Alteração da cor esporádica	0 - Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O ₂ abaixo dos 90%.	2 - Nunca	1 - Ocasional	0 - Frequente

CASO CLÍNICO II

- **Aprox. 2 semanas após início treino SN biberão**
 - Ar ambiente;
 - Tempo alimentação >30min (~40min/50min) → ingestão 20/30ml leite
 - Tetina fluxo lento;
 - Polipneia mantida;
 - Escape comissura labial;
 - Saturações Oxigénio 96%-99%;
 - Nem sempre disponível no horário da alimentação.



o que podemos modificar?

- O2 durante a alimentação;
- Alteração tetina;
- Leite espessado.

ELEVATED SIDE-LYING POSITION

- Melhor visualização do rosto do bebê;
- Facilidade de alinhamento na linha média;
- Melhor organização comportamental do bebê;
- Facilidade em impor as pausas para respirar;
- O excesso de leite escorre pela comissura labial, menos risco de engasgamento.



FEATURE ARTICLES

Efficacy of Semielevated Side-Lying Positioning During Bottle-Feeding of Very Preterm Infants A Pilot Study

Park, Jinhee PhD, MSN, RN; Thoyre, Suzanne PhD, RN, FAAN; Knafl, George J. PhD; Hodges, Eric A. PhD, FNP-BC; Nix, William B. BMET, BA

[Author Information](#)

The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 28(1):p 69-79, January/March 2014. | DOI:
10.1097/JPN.0000000000000004

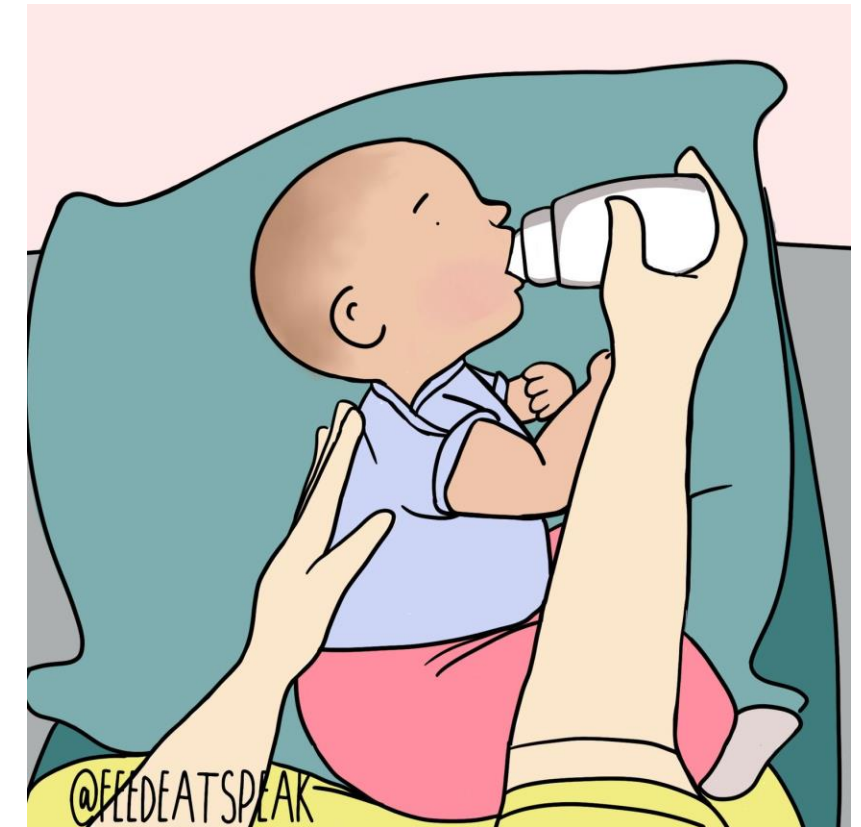


PACED BOTTLE FEEDING

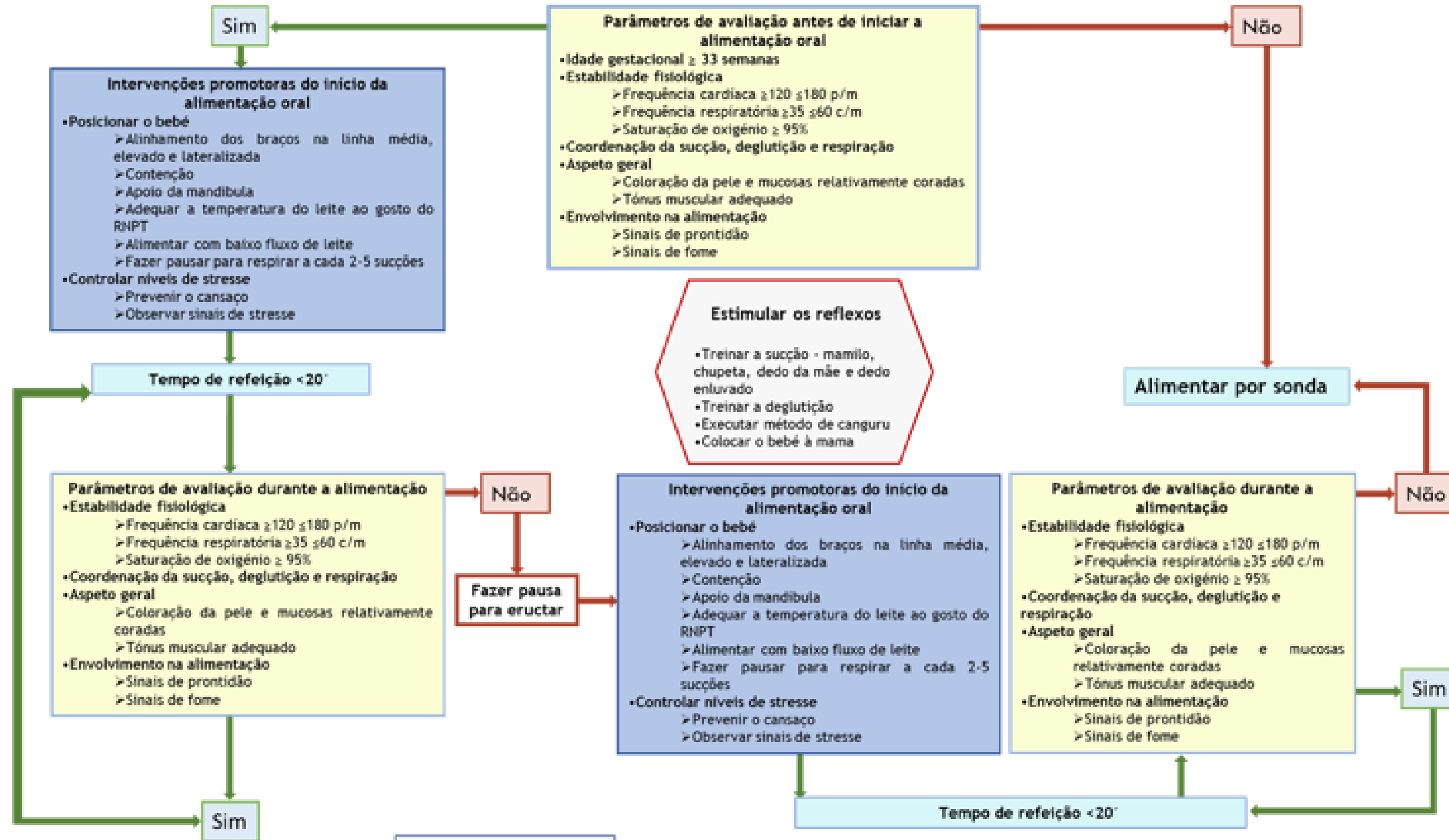
- Elimina a presença natural da pressão hidrostática positiva e a acumulação de vácuo interno dentro do biberão durante a alimentação;
- Ritmo estabelecido pelo bebé e não pela gravidade.



- Posição semi-sentado em contacto corporal;
- Tetina de fluxo lento, inclinada o suficiente para encher o bico da tetina com leite;
- Na pausa, baixar ligeiramente a tetina sem retirar da boca.



Guia orientador da alimentação oral do recém-nascido prematuro



(Neto, França & Cruz, 2014)

CASO CLÍNICO III

- H.K.
- IG: 31s + 2d
- PN: 1385g
- Cesariana
- IA: 10/10/10
- Pais nepaleses (barreira linguística) – *pouco presentes*
- CPAP inicial – alto fluxo – O2 óculos nasais – ar ambiente
- Má tolerância gástrica (20ml perfusão 1h) → depósitos; bolsa com frequência

- D20 vida – introdução biberão → vômitos em jato

Momento da alimentação: que relação terá este bebé?

CASO CLÍNICO III

- Estimulação SNN



CASO CLÍNICO III



CASO CLÍNICO III

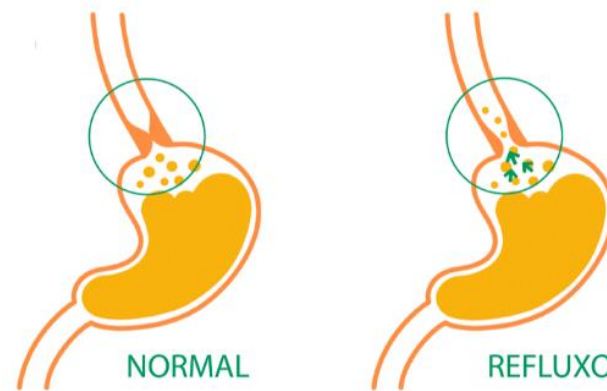


- Inibição reflexo mordida;
- Adequação SNN e SN.

- #RGE: medidas posturais + leite AR
- Mãe presente
- D32: autonomia alimentar

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

- Retorno de conteúdos gástricos para o esôfago consequência do relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior (EEI);
- Processo fisiológico normal em bebês (resolução espontânea até aos 2 anos de idade);
- Principais sintomas: Regurgitações e/ou vômitos, irritabilidade, choro excessivo recusa alimentar;



Alterações parâmetros vitais



Responsável pelo prolongamento do internamento

Regurgitações repetitivas, dor e desconforto pós ingestão, são desencadeadores de hipersensibilidade oral e de restrição ou recusa alimentar (Meira,1998).

DURANTE A INTERVENÇÃO

- ✓ Respeitar a individualidade de cada criança e sua família;
- ✓ Respeitar as rotinas da UCIN e do bebê;
- ✓ Trabalho em equipa;
- ✓ Respiração é a prioridade nº1 do ser humano;
- ✓ A via oral nem sempre é possível.

“As dificuldades são estímulos para quem sabe lutar.”



Obrigada
carla.joaquim@sapo.pt