

Érica Oliveira Almeida

**Frequência e fatores relacionados à
disfagia orofaríngea após acidente
vascular encefálico**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências
Biológicas da Universidade Federal de Minas
Gerais como pré-requisito para obtenção do
Título de Mestre em Neurociências.

**Belo Horizonte
2009**

Érica Oliveira Almeida

**Frequência e fatores relacionados à
disfagia orofaríngea após acidente
vascular encefálico**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências
Biológicas da Universidade Federal de Minas
Gerais como pré-requisito para obtenção do
Título de Mestre em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Lúcio Teixeira Jr.

**Belo Horizonte
2009**

REITOR:

PROFESSOR RONALDO TADEU PENA

PRÓ-REITORA DE PÓS GRADUAÇÃO:

PROF^a. ELIZABETH RIBEIRO DA SILVA

DIRETORA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS:

PROF^a. MARIA CRISTINA LIMA DE CASTRO

COORDENADORA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS:

PROF^a. ÂNGELA MARIA RIBEIRO

COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS:

PROF^a. ÂNGELA MARIA RIBEIRO (COORDENADORA)

PROF. ANTÔNIO LÚCIO TEIXEIRA JÚNIOR

PROF. LEANDRO FERNANDES MALLOY-DINIZ

PROF. HELTON JOSÉ REIS

PROF^a. MIRIAM MARTINS CHAVES

IZABELA GUIMARÃES BARBOSA (REPRESENTANTE DISCENTE)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Lúcio Teixeira Júnior, pelo exemplo de profissionalismo, dedicação e disponibilidade.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Neurociências pelos ensinamentos, especialmente à Profa. Ângela Maria Ribeiro, pelo incentivo inicial.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Neurociências pelos momentos de alegria e companheirismo.

Aos colegas do Hospital Público Regional de Betim, especialmente à Equipe de Neurologia, pela amizade e incentivo.

Ao Dr. Carlos Geraldo Rocha, pela disponibilidade e paciência no diagnóstico neurológico e leitura das tomografias computadorizadas.

Às fonoaudiólogas do Hospital Público Regional de Betim, especialmente à Marina Tupi Barreira, pelo incentivo e ajuda nas buscas ativas dos pacientes.

Aos meus familiares pelo incentivo e cumplicidade, especialmente à minha mãe, pelo apoio, amor e confiança.

“Os homens deveriam saber que de nenhum outro lugar senão do cérebro vêm as alegrias, as delícias, os risos, os divertimentos, as tristezas, as afeições, os desesperos e as lamentações. E, por meio dele, de maneira especial, adquirimos sabedoria e conhecimento, vemos e ouvimos, sabemos o que é certo ou errado, o que é bom, o que é mau, o que é doce ou o que é insípido”

Hipócrates

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE FIGURAS	X
LISTA DE QUADROS	XI
LISTA DE ABREVIACÕES	XII
RESUMO	XIII
SUMMARY	XV
1.INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 MATERIAL E MÉTODOS	17
3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	17
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	17
3.3 INSTRUMENTOS	18
3.4 PROCEDIMENTOS	21
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
4 RESULTADOS	24
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	25
4.2 AVALIAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS	30
4.2.1 AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL	30
4.2.2 COMPARAÇÃO ENTRE AS AVALIAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS INICIAL E NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR	36

4.3 COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E COMORBIDADES CLÍNICAS ENTRE OS GRUPOS DISFÁGICOS E NÃO DISFÁGICOS	41
5 DISCUSSÃO	48
6 CONCLUSÃO	56
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
8 ANEXOS	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Características sócio-demográficas da população com AVE estudada

TABELA 2: Comorbidades clínicas da população com AVE estudada

TABELA 3: Dados clínicos à admissão hospitalar dos pacientes com AVE estudados

TABELA 4: Características do AVE da população estudada, de acordo com o tipo, localização e fisiopatologia

TABELA 5: Característica do AVE da população estudada de acordo com a idade

TABELA 6: Característica do AVE da população estudada de acordo com o gênero

TABELA 7: Avaliação fonoaudiológica inicial da população com AVE estudada - Órgãos fonoarticulatórios

TABELA 8: Avaliação fonoaudiológica inicial da população com AVE estudada – Domínio de fala e linguagem

TABELA 9: Pontuação obtida em cada etapa da escala Guss pela população com AVE estudada – Avaliação inicial

TABELA 10: Investigação preliminar/Avaliação indireta da deglutição da população com AVE estudada (escala GUSS) – Avaliação inicial

TABELA 11: Avaliação inicial direta da deglutição da população com AVE estudada – escala GUSS

TABELA 12: Pontuação total obtida na escala GUSS, na avaliação inicial da deglutição, pela população com AVE estudada.

TABELA 13: Avaliação fonoaudiológica inicial e no momento da alta hospitalar da população com AVE estudada – Domínio de fala e linguagem

TABELA 14 Pontuação obtida em cada etapa da escala Guss pela população com AVE estudada – Alta hospitalar

TABELA 15 Investigação preliminar/Avaliação indireta da deglutição da população com AVE estudada (escala GUSS) – Avaliação inicial e no momento da alta hospitalar

TABELA 16 Avaliação direta da deglutição da população com AVE estudada (escala GUSS) - Avaliação inicial e no momento da alta hospitalar

TABELA 17: Pontuação total obtida na escala GUSS, na avaliação inicial da deglutição e no momento da alta hospitalar, pela população com AVE estudada

TABELA 18: Comparação das variáveis sócio-demográficas entre pacientes pós AVE considerados disfágicos e não disfágicos na primeira avaliação clínica da deglutição

TABELA 19: Comparação das comorbidades clínicas entre pacientes pós AVE considerados disfágicos e não disfágicos na primeira avaliação clínica da deglutição

TABELA 20: Comparação dos grupos de pacientes disfágicos e não disfágicos quanto ao nível de consciência (Glasgow) à admissão hospitalar, estado de dentição e diagnóstico de comunicação na primeira avaliação fonoaudiológica do paciente com AVE estudado

TABELA 21: Comparação dos grupos de pacientes disfágicos e não disfágicos quanto à localização do AVE (Classificação OCSP)

TABELA 22: Comparação dos grupos de pacientes disfágicos e não disfágicos quanto à fisiopatologia do AVE (Classificação Toast)

TABELA 23: Localização da lesão (Classificação OCSP) e pontuação total obtida na avaliação da deglutição (Escala GUSS), na população com AVE estudada – Avaliação inicial

TABELA 24: Fisiopatologia do AVE (Classificação TOAST) e pontuação total obtida na avaliação da deglutição (Escala GUSS), na população com AVE estudada – Avaliação inicial

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Artérias encefálicas – vista anterior

FIGURA 2: Artérias cerebrais anterior e posterior

FIGURA 3: Artéria cerebral média

FIGURA 4: Esquema de irrigação das artérias cerebrais

FIGURA 5: Vascularização venosa encefálica

FIGURA 6: Vascularização venosa encefálica

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Principais estudos relacionando disfagia e AVE, no Brasil.

QUADRO 2 – AVE: Denominação/subgrupo, localização da lesão e sinais clínicos de acordo com a Classificação Oxfordshire Community Stroke Project

LISTA DE ABREVIACOES

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVE i – Acidente Vascular Encefálico isqumico

AVE h - Acidente Vascular Encefálico hemorrágico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OCSP – Oxfordshire Community Stroke Project

TACI – Infarto total de circulação anterior

PACI – Infarto parcial de circulação anterior

LACI – Infarto lacunar

POCI – Infarto de circulação posterior

TOAST – Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment

GUSS – Gugging Swallowing Screen

N – Número de pacientes

DPM – Desvio-padrão da média

IAM – Infarto agudo do miocárdio

mmHg – Milímetros de mercúrio

BPM – Batimentos por minuto

MPM – Movimentos por minuto

RESUMO

Almeida, Érica Oliveira. Frequência e fatores relacionados à disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico. Belo Horizonte, 2009. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Minas Gerais.

A frequência de disfagia após o AVE é bastante diferente nos diversos estudos realizados. Os fatores de risco para disfagia e a associação entre a localização do AVE e a característica da deglutição também são bastante controversos na literatura.

Os objetivos deste estudo são verificar a frequência de disfagia orofaríngea em pacientes acometidos pelo AVE, relacionar o tipo e o grau da disfagia com os subtipos da doença e sua fisiopatologia e observar a evolução da disfagia durante o período de internação hospitalar. Além disso, comparar pacientes disfágicos e não disfágicos acometidos pelo AVE no que se refere à variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal em que foram avaliados 100 pacientes consecutivos admitidos com o diagnóstico de AVE no Hospital Público Regional de Betim. Os pacientes foram submetidos à avaliação fonoaudiológica sistemática e dados clínicos e sócio-demográficos foram coletados do prontuário e/ou através de entrevista. O AVE foi classificado de acordo com o tipo, a localização e a fisiopatologia. Dados da avaliação clínica da deglutição e da localização e fisiopatologia da lesão foram correlacionados. Para avaliação clínica da deglutição foi utilizada a escala GUSS e para a classificação do AVE, as escalas OCSP e Toast.

Na avaliação fonoaudiológica, a frequência da disfagia foi de 50%, sugerindo uma disfagia oral para as consistências pastosa e sólida e uma disfagia faríngea para a consistência líquida. A maioria dos disfágicos (56%) apresentou alteração grave com

alto risco de aspiração. Na avaliação clínica da disfagia realizada no momento da alta hospitalar, observamos frequência de disfagia de 37,9%, sendo que 58,3% dos disfágicos apresentou alteração moderada com risco de aspiração. Apenas o histórico de AVE mostrou relação com a disfagia ($p= 0,022$). Não observamos relação entre a localização e a fisiopatologia do AVE e a disfagia.

O estudo mostra que a frequência de disfagia após o AVE é alta e que há mudanças significativas no grau da alteração e no perfil de deglutição para cada consistência e, conseqüentemente, na possibilidade de alimentação dos pacientes durante o período de internação hospitalar.

Palavras chave: acidente vascular encefálico, disfagia, frequência, fatores de risco.

SUMMARY

Almeida, Érica Oliveira. Frequency and factors related to oropharyngeal dysphagia after stroke. Belo Horizonte, 2009. Dissertation (Master). Institute of Biological Sciences. Federal University of Minas Gerais.

The frequency of dysphagia after stroke is different in various studies. Risk factors for dysphagia and the association between stroke and swallowing are also controversial in the literature.

The objectives of the present study are to verify the frequency of oropharyngeal dysphagia in patients affected by stroke, to relate the type and degree of dysphagia with the subtypes of the disease and its pathophysiology and to observe the development of dysphagia during the hospitalization. Also compare non-dysphagic and dysphagic patients affected by stroke in relation to clinical and sociodemographic data.

A cross-sectional study was performed including 100 patients who were admitted to the Betim Regional Public Hospital with stroke. The patients underwent clinical evaluation with speech therapy and clinical and sociodemographic data were collected from medical records. The stroke was classified according to type, location, and pathophysiology. Data from clinical evaluation of swallowing and the type, location, and pathophysiology of the lesion were correlated. GUSS scale was used for clinical evaluation of swallowing. OCSF and TOAST scales were used for classification of stroke.

In the evaluation of swallowing, the frequency of dysphagia was 50%, suggesting an oral dysphagia for solid and pasty consistencies and pharyngeal dysphagia to liquid consistency. Most dysphagic patients (56%) showed severe

dysphagia with high risk of aspiration. In the clinical evaluation performed at hospital discharge, we observed frequency of dysphagia in 37.9% of patients. 58.3% of dysphagic patients showed moderate dysphagia with risk of aspiration. Only a previous history of stroke showed a relationship with dysphagia ($p = 0.022$). No relationship was observed between the location and pathophysiology of stroke and dysphagia.

This study shows high frequency of dysphagia after stroke and there are significant changes in the degree of dysphagia, in the profile of swallowing for each consistency and the possibility of feeding of patients during the hospitalization period.

Key-words: stroke, dysphagia, frequency, risk factors