

Perfil de via alimentar em pacientes internados para reabilitação

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a205084

Kissy Rodrigues Borges¹, Thaís Cristine Cardoso Ribeiro¹, Lethícia Silva Santos¹, Marianna Miotto Cintra¹, Rodrigo Parente Medeiros¹

¹Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição, Gastrostomia, Reabilitação

A disfagia orofaríngea é causada pelo acometimento da região central da deglutição e/ou nervos periféricos. Caracteriza-se pela disfunção dos músculos e estruturas envolvidas no processo de deglutição. Importante salientar que durante a internação hospitalar deve-se, preferencialmente, substituir uma via alimentar transitória para via alimentar permanente, devido a possíveis complicações.^{1,2} Com isso, esse trabalho visa elucidar o valor de se estabelecer uma via definitiva para a melhor segurança do paciente.

Objetivo

Acompanhar a evolução dos pacientes com dispositivos alimentares comparando o dia da admissão e o dia da alta hospitalar de pacientes que estavam internados em um centro de reabilitação.

Método

Foi realizado estudo longitudinal, com revisão de prontuários de 46 pacientes internados, por meio de busca ativa, em um centro de reabilitação, em Goiânia, entre o período 14/03/2022 a 14/09/2022, com o intuito de avaliar a via alimentar (via oral exclusiva, via sonda nasoentérica, via sonda de gastrostomia exclusiva, por via mista ou por via parenteral) na admissão e na alta dos mesmos. Foram incluídos todos os pacientes internados no período, excluídos apenas aqueles com evoluções incompletas.

Resultado

Pode-se aferir que dos 46 prontuários revisados, 13 pacientes (28%) utilizavam como dispositivo de administração alimentar a sonda de gastrostomia (GTT), sendo desses 02 em dieta mista (GTT e VO). Dos 46, 05 (10,8%) eram via sonda nasoentérica (SNE) e 23 (50%) se alimentavam por via oral exclusiva.

Detectou-se que todos os pacientes em uso de SNE progrediram de maneira eficaz e segura para via oral (VO), sendo que 03 destes (60% dos que utilizavam SNE) eram pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e os outros 2 pacientes (40%) que eram portadores de Lesão Raquimedular (LRM), com lesão inferior a dois meses (Figura 1).

Já em relação aos pacientes que utilizavam o dispositivo de sonda de gastrostomia, 02 pacientes (15%) admitidos em dieta mista evoluíram para VO total; outros 02 (15%), que estavam por via GTT exclusiva, passaram para via mista e 01 (0,07%) passou de nutrição enteral para parenteral e os demais (59,5%

do total de pacientes avaliados) mantiveram a mesma via alimentar da admissão como via alimentar segura (via oral exclusiva e dieta administrada por via sonda GTT). Sendo que esse resultado (Figura 2) foi obtido em um curto período, cujo tempo de permanência na internação de reabilitação variou entre 15 e 27 dias.

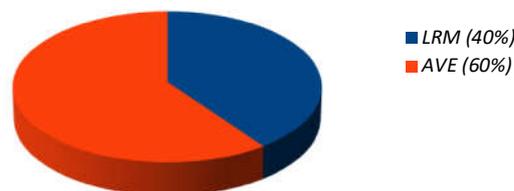


Figura 1: Perfil etiológico de disfagia dos pacientes internados na reabilitação

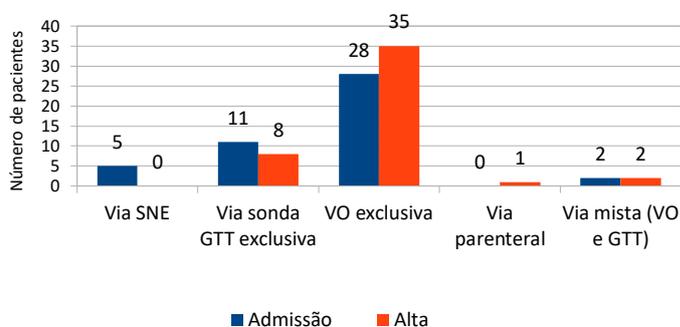


Figura 2. Via de administração de dieta na admissão e na alta

Desta maneira, observa-se positivamente a mudança de vias alternativas alimentares para as definitivas. É fundamental definir ainda na internação a condução dos casos que não é possível progredir a dieta, incluindo a programação da gastrostomia ou manutenção da mesma, pois além de estabelecer uma via permanente é de suma importância que seja segura (devido aos riscos de broncoaspiração e desnutrição, por exemplo).

Em concordância com o presente trabalho, constatou-se em uma revisão integrativa publicada em 2021,³ com uma amostra composta por 69 estudos primários que existe complicações importantes relacionadas ao uso de uma via alimentar transitória. Sendo que os efeitos adversos eram principalmente respiratórios. Em 16 artigos revisados foi relatado óbito.

Conclusão

Pode-se afirmar que as vias seguras e “permanentes” de alimentação são a via oral, via sonda de GTT e via parenteral. Em contrapartida, a SNE deve ser usada apenas como intermediária, enquanto o paciente se encontra em processo de reabilitação em internação. Todos os pacientes que se alimentavam por essa via transitória (SNE) conforme analisado nos prontuários, passaram a se alimentar por vias permanentes, evitando complicações de vias intermediárias, como respiratórias, esofágicas ou faríngeas, obstrução da sonda, perfuração intestinal, perfuração intracraniana e remoção acidental da sonda.

Deste modo, infere-se um resultado positivo durante internação de reabilitação no processo de manejo de disfagia e de estabelecer uma via segura alimentar no ato da alta, comparado à admissão.

Referências

1. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Rev CEFAC. 2013;15(1):94-104. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000079>
2. Silva LML, Lima CR, Cunha DA, Orange LG. Disfagia e sua relação com o estado nutricional e ingestão calórico-proteica em idosos. Rev CEFAC. 2019;21(3):e15618. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921315618>
3. Motta APG, Rigobello MCG, Silveira RCCP, Gimenes FRE. Eventos adversos relacionados à sonda nasogástrica/nasoentérica: revisão integrativa. Rev Latino-Am Enfermagem. 2021;29:e3400. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3355.3400>

Reabilitação em paciente politraumatizado: relato de trabalho em equipe multidisciplinar

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a205088

Wagner Thales Silva¹, Eliane Machado de Araújo²

¹Universidade Estadual do Rio de Janeiro

²Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad

Palavras-chave: Amputação, Equipe de Assistência Multidisciplinar, Reabilitação

O politraumatismo ocorre quando há duas ou mais lesões graves em pelo menos duas áreas do corpo. Constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo o acidente automobilístico um dos principais fatores.¹ O envolvimento fácil é comum e muitas vezes impressionante.^{2,3} Lesões traumáticas de nervos periféricos também podem ocorrer após acidentes de trânsito e levar a graves incapacidades e perdas funcionais. As lesões do plexo braquial geralmente resultam em sensibilidade e diminuição da força muscular do membro superior.⁴ Além disso, as amputações traumáticas representam 14,2% dos casos totais de amputações. E dentre esses a principal causa é o acidente de trânsito (82,8%) seguido do acidente de trabalho (17,2%).⁵

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) é um órgão da administração direta do Ministério da Saúde, referência no país para tratamento cirúrgico ortopédico de alta complexidade e reabilitação, onde atuam equipes multiprofissionais, destinado a atender exclusivamente aos pacientes do SUS. Oferece serviços em 13 especialidades ortopédicas e 20 áreas clínicas. Sua estratégia é a de segmentar a assistência em centros interdisciplinares, onde os diversos saberes são respeitados e compartilhados,

com a finalidade de abordar o paciente de forma integral.⁶

Objetivo

Expor as abordagens das equipes cirúrgicas e de reabilitação em um paciente politraumatizado, por meio de um relato de caso revisado em prontuário médico.

Relato de Caso

E.L.B, masculino, 46 anos, morador do Rio de Janeiro, reside em casa de cinco cômodos, rua com declives, Testemunha de Jeová, guarda de endemias. Paciente apresentou acidente automobilístico (colisão de moto com automóvel) em 22 agosto de 2013 com conseqüente politrauma: lesão de plexo braquial à esquerda (E), trauma em face com fratura de zigomático à esquerda e fratura exposta em membro inferior esquerdo (MIE), evoluindo para osteomielite. Foi previamente atendido pelo Hospital Adão Pereira Nunes onde submeteu-se a amputação transtibial em MIE. Encaminhado então ao INTO para seguimento. Em 2014, realizou neurotização (McKinon) do nervo mediano para o ramo motor do n. musculocutâneo + fixação, em virtude de paralisia do plexo braquial E: C5-C6-C7 e atrofia da cintura escapular E; restauração de órbita com refratura de zigomático E e reconstrução de assoalho orbitário com cantoplastia medial E, através de acesso triplo. A equipe de reabilitação juntamente com a saúde mental atuou precocemente, ainda em pré-operatório, no leito. Os objetivos ao longo do tratamento foram modelagem do coto, controle de dor, prevenção de quedas, ganho de marcha, ganho de amplitude de movimento, realizados por meio de fisioterapia motora global, terapia ocupacional, cinesioterapia e eletroestimulação. Ainda em 2014, realizou-se a pré-protetização com pilão e muletas canadenses adaptadas, treino para fortalecimento muscular, equilíbrio, isometria com bola e propriocepção. Em 2016, recebeu prótese e iniciou treino de marcha, retornou-se ao trabalho lotado em local com acessibilidade e adaptações. Em 2019, atingindo os marcos esperados, já com boa adaptação à prótese, bom domínio inclusive em rampas e escadas, obteve alta da reabilitação.



Figura 1. Amputação transtibial esquerda



Figura 2. Fratura antiga da parede lateral da órbita esquerda, do arco zigomático esquerdo e das paredes superiores, anterior e posterior do seio maxilar esquerdo