

Disfagia na fase aguda do AVC isquêmico em pacientes com e sem trombólise

Dysphagia in the acute phase of ischemic stroke in patients with and without thrombolysis

Disfagia en la fase aguda del ACV isquémico en pacientes con y sin trombólisis

Paola Coradi Guarnieri¹, Haliesca Biorchi da Silva²,
Ronan Mattos Mezzalira³, Angélica Savoldi⁴

1.Fonoaudióloga. Pós-Graduada em Atenção Clínica Especializada em Neurologia. Departamento de Fonoaudiologia. Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF). Passo Fundo-RS, Brasil.

2.Fonoaudióloga. Departamento de Fonoaudiologia. Universidade de Passo Fundo (UPF). Passo Fundo-RS, Brasil.

3.Preceptor e Docente de Fonoaudiologia dos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF). Mestrando em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Passo Fundo-RS, Brasil.

4.Professora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Doutoranda em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem pela Universidade Fernando Pessoa (UFP). Departamento de Fonoaudiologia. Passo Fundo-RS, Brasil.

Resumo

Introdução. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição que pode resultar em prejuízos neurológicos e levar à incapacidade funcional. A disfagia é uma alteração na biomecânica da deglutição e frequentemente pode estar presente em indivíduos acometidos por AVC. A trombólise endovenosa é o tratamento mais indicado e eficaz quando administrado no momento certo, restabelecendo o fluxo sanguíneo na área afetada. **Objetivo.** Comparar a incidência e o grau de severidade da disfagia e a necessidade de via alternativa de alimentação em pacientes trombolisados e não trombolisados acometidos por AVC isquêmico. **Método.** Estudo retrospectivo, quantitativo, comparativo, de análise de 331 prontuários de pacientes em fase aguda de AVCi, onde 98 realizaram tratamento trombolítico (G1) e 233 não realizaram o tratamento (G2). Os dados coletados em prontuário eletrônico foram: idade, sexo, realização ou não da trombólise, motivo da não trombólise, grau de disfagia, nível de dieta e AVC prévio. Foram realizadas análises descritivas e comparativas através do teste Quiquadrado de Pearson. **Resultados.** A incidência de disfagia nos dois grupos foi proporcional (G1=48% e G2=54,5%), entretanto, destacou-se a severidade da disfagia no G2 (48,8% disfagia severa) e a necessidade de via alternativa de alimentação (82,2%) em relação ao G1. **Conclusão.** Os indivíduos sem trombólise apresentam maior tendência a ocorrência de disfagia na fase aguda do AVCi, bem como pior grau de severidade em relação aos pacientes que realizaram a terapia trombolítica.

Unitermos. AVC Isquêmico; Terapia Trombolítica; Transtornos De Deglutição; Deglutição; Fonoaudiologia; Nutrição Enteral

Abstract

Introduction. Stroke is a condition that can result in neurological damage and lead to functional disability. Dysphagia is an alteration in the biomechanics of swallowing and can often be present in individuals affected by stroke. Intravenous thrombolysis is the most indicated and effective treatment when administered at the right time, restoring blood flow in the affected area. **Objective.** To compare the incidence and severity of dysphagia in thrombolysed and non-thrombolysed patients, as well as the need for an alternative feeding route. **Method.** Retrospective, quantitative, comparative analysis of 331 medical records of patients in the acute phase of stroke, where 98 underwent thrombolytic treatment (G1) and 233 did not undergo treatment (G2). Data collected from electronic medical records were: age, gender, having or not had thrombolysis, reason for not having thrombolysis, degree of dysphagia, level

of diet and previous stroke. Descriptive and comparative analyzes were performed using Pearson's chi-square test. **Results.** The incidence of dysphagia in both groups was proportional (G1=48% and G2=54.5%), however, the severity of dysphagia in G2 (48.8% severe dysphagia) and the need for an alternative route were highlighted. of food (82.2%) compared to G1. **Conclusion.** Individuals without thrombolysis have a greater tendency to develop dysphagia in the acute phase of stroke, as well as a worse degree of severity compared to patients who underwent thrombolytic therapy.

Keywords. Ischemic Stroke; Thrombolytic Therapy; Deglutition Disorders; Deglutition; Speech, Language And Hearing Sciences; Enteral Nutrition

Resumen

Introducción. El Ictus es una condición que puede resultar en daño neurológico y conducir a una discapacidad funcional. La disfagia es una alteración en la biomecánica de la deglución y, a menudo, puede estar presente en personas afectadas por un accidente cerebrovascular. La trombólisis intravenosa es el tratamiento más indicado y eficaz cuando se administra en el momento adecuado, restableciendo el flujo sanguíneo en la zona afectada. **Objetivo.** Comparar la incidencia y gravedad de la disfagia en pacientes trombolizados y no trombolizados, así como la necesidad de una vía de alimentación alternativa. **Método.** Análisis retrospectivo, cuantitativo y comparativo de 331 historias clínicas de pacientes en fase aguda de ictus, donde 98 recibieron tratamiento trombolítico (G1) y 233 no recibieron tratamiento (G2). Los datos recogidos de las historias clínicas electrónicas fueron: edad, sexo, tener o no trombólisis, motivo de no tener trombólisis, grado de disfagia, nivel de dieta y ictus previo. Los análisis descriptivos y comparativos se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. **Resultados.** La incidencia de disfagia en ambos grupos fue proporcional (G1=48% y G2=54,5%), sin embargo, se destacó la gravedad de la disfagia en G2 (48,8% disfagia severa) y la necesidad de una vía alternativa. De alimentación (82,2%) en comparación con G1. **Conclusión.** Los individuos sin trombólisis tienen una mayor tendencia a desarrollar disfagia en la fase aguda del ictus, así como un peor grado de gravedad en comparación con los pacientes que se sometieron a terapia trombolítica.

Palabras clave. Accidente Cerebrovascular Isquémico; Terapia Trombolítica; Trastornos De Deglución; Deglución; Fonoaudiología; Nutrición Enteral

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF). Passo Fundo-RS, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 14/01/2023

Aceito em: 19/04/2023

Endereço para correspondência: Ronan Mattos Mezzalira. R. Benjamin Constant 372. Bairro Centro. Passo Fundo-RS, Brasil. CEP 99010-130. E-mail: ronan_mm@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado uma disfunção neurológica aguda de origem vascular, com sinais e sintomas que correspondem ao comprometimento de áreas focais do cérebro¹. Ocorre predominantemente em adultos de meia-idade e idosos e está entre as mais importantes doenças crônicas e uma das principais causas de internações e mortalidade, causando na grande maioria de pessoas acometidas, algum tipo de sequela². O AVC ocorre pelo

extravasamento de sangue ou pela restrição do fluxo sanguíneo dentro do vaso sanguíneo em determinada área do cérebro¹.

Entre as duas possíveis classificações de AVC, destaca-se o Isquêmico, o qual representa 85% de todos os casos registrados². O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) é delineado como um déficit neurológico focal persistente em razão de uma isquemia subsequente de um infarto³. A obstrução pode ocorrer por um trombo, êmbolo ou compressão por um tumor^{3,4}. Nos principais fatores de risco do AVCi podemos apontar os modificáveis que incluem hipertensão, fibrilação atrial, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade e alcoolismo^{3,4}. E os não modificáveis que são sexo, idade, hereditariedade e localização geográfica⁴.

As sequelas ocasionadas pelo AVCi são capazes de tornar o indivíduo parcial ou totalmente incapaz. O tratamento trombolítico tem a finalidade de diminuir o impacto sintomatológico do AVCi². Esse tratamento é realizado nas primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas, pois facilita a restauração do fluxo sanguíneo cerebral na região de penumbra isquêmica e, conseqüentemente, há um retorno de sua função propiciando, assim, a recuperação dos déficits neurológicos e até redução da incapacidade funcional⁵.

O protocolo de tratamento trombolítico tem os seguintes critérios de inclusão: AVCi em qualquer território encefálico; possibilidade de se iniciar a infusão do rtPA (ativador do plasminogênio tecidual recombinante) dentro de

4,5 horas do início dos sintomas; tomografia computadorizada (TC) do crânio ou ressonância magnética (RM) sem evidência de hemorragia; e idade superior a 18 anos⁶.

A disfagia orofaríngea é um sintoma encontrado em cerca de 50% dos pacientes na fase aguda pós-AVC⁷. Deste modo, durante o processo de deglutição ocorrem sinapses entre o córtex, o cerebelo, o núcleo ambíguo do trato solidário e a formação reticular, e são essenciais para desencadear todo esse processo de forma sincrônica e eficaz⁷⁻⁹. Tudo isso é necessário para iniciar e coordenar os músculos envolvidos nas fases oral, faríngea e esofágica da deglutição^{7,9}.

Quando há um rompimento destas conexões, observamos que há interferências em um ou mais circuitos, resultando em alterações nos canais sensoriais ou no controle motor das estruturas que estão envolvidas no processo de deglutição, acarretando assim, o que chamamos de disfagia¹⁰⁻¹². Destaca-se também que nestes casos de AVC, a disfagia pode ser mais uma sequela dentre outras, como os distúrbios de linguagem e fala¹⁰. Os distúrbios de deglutição são descritos como uma alteração no processo de deglutir, que causam impacto no transporte do bolo alimentar da boca até o estômago, impedindo uma ingestão oral segura e confortável^{7,10}.

O AVC é considerado a causa mais comum de disfagia neurogênica e podem manifestar alterações nas fases oral e faríngea da deglutição. Estão relacionadas a um alto grau de

morbidade e mortalidade, pois constantemente causam alterações nutricionais, como: desidratação e aspiração traqueobrônquica de saliva, secreções ou alimentos, levando a complicações como risco de pneumonias aspirativas e de repetição ou até óbito do paciente^{7,10}.

A diminuição da eficácia da deglutição é observada frequentemente na fase aguda e tende a melhorar, porém a disfagia não desaparece em alguns pacientes⁸. Estudos comprovam que cerca de 50% dos indivíduos acometidos pelo AVCi não manifestam queixas pertinentes à deglutição, tornando evidente a importância da identificação precoce e o estabelecimento de um programa terapêutico da disfagia no ambiente hospitalar⁷. Desta maneira, a avaliação de deglutição visa identificar a presença de disfagia e propor a via de alimentação mais segura na fase aguda do AVCi⁷⁻⁹.

Considerando que a terapia trombolítica tem o propósito de reduzir o impacto sintomatológico do AVCi, a hipótese é de que pacientes não-trombolizados apresentem maior incidência de disfagia que os pacientes trombolizados. Desta forma, o objetivo deste estudo foi comparar a incidência e o grau de severidade da disfagia entre pacientes acometidos por AVCi trombolizados e não trombolizados.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de um estudo retrospectivo, quantitativo e comparativo, realizado por meio de análise de prontuário de indivíduos com diagnóstico médico de AVC isquêmico

internados em um hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul (RS), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob número de protocolo CAAE - 48061821.6.0000.5342.

Os critérios de inclusão adotados foram: pacientes que apresentaram AVCi como motivo da internação hospitalar registrado em prontuário eletrônico, com ou sem realização de trombólise, submetidos a avaliação fonoaudiológica em até 72 horas após a internação ou após o diagnóstico de AVCi, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos. Foram excluídos os pacientes que apresentaram outros diagnósticos neurológicos associados, pacientes com diagnóstico de AVC hemorrágico, histórico prévio de disfagia orofaríngea registrada em prontuário, registros fonoaudiológicos incompletos nos prontuários eletrônicos, e pacientes que foram submetidos a avaliação fonoaudiológica após 72 horas de internação ou diagnóstico. Não foram excluídos os pacientes com diagnóstico de AVC prévio, entretanto, foram descartados os pacientes com registro de sequelas neurológicas prévias.

Procedimento

Foram acessados os registros fonoaudiológicos hospitalares para identificação dos pacientes atendidos com diagnóstico de AVCi entre 2018 e 2021. Através de análise dos prontuários eletrônicos, foram obtidos os seguintes dados: idade, sexo, AVC prévio, realização ou não de trombólise, motivo da não realização da trombólise,

presença e grau de severidade de disfagia, nível de ingestão oral e uso ou não de via alternativa de alimentação.

Para a análise dos dados, os indivíduos foram divididos em dois grupos, sendo o grupo 1 (G1) composto por pacientes que realizaram trombólise e o grupo 2 (G2) composto por pacientes que não realizaram trombólise. A partir disto, foram realizadas análises descritivas e estatísticas dos resultados.

A amostra foi composta por 331 pacientes, sendo o grupo 1 composto por 98 indivíduos e o grupo 2 por 233 indivíduos. As informações clínicas dos pacientes foram coletadas dos prontuários eletrônicos por meio de registros médicos e fonoaudiológicos. Foram considerados os dados relativos à idade, sexo, tempo hábil para a realização da trombólise, motivo da não realização do tratamento trombolítico e AVC prévio.

No hospital onde foram coletados os dados, a avaliação fonoaudiológica é realizada entre 24 e 48 horas após a hospitalização do paciente com diagnóstico de AVC. Esta avaliação é realizada por meio de um protocolo institucional elaborado tomando como base os protocolos: Protocolo de Avaliação Preliminar (PAP), Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) e Protocolo Fonoaudiológico de Introdução e Transição da Alimentação por Via Oral (PITA) para a avaliação da deglutição, conforme sugerido pela literatura¹⁰. Além disso, a gravidade da disfagia é classificada por meio da escala *Dysphagia Outcome and Severity Scale*

(DOSS) e a definição das consistências da dieta ocorre a partir da escala *Functional Oral Intake Scale* (FOIS).

O PAP é um instrumento que tem como objetivo avaliar questões gerais de respiração, de fala, da voz, dos órgãos fonoarticulatórios e aspectos gerais do paciente, com o propósito de indicar a possibilidade ou não de realizar a avaliação com alimentos. O PARD auxilia na detecção de sinais clínicos sugestivos de disfagia e o PITA permite avaliar o desempenho da deglutição durante a ingestão de volumes de dieta maiores, como em refeições^{9,13,14}.

A escala FOIS tem como objetivo classificar o nível funcional de ingestão oral de alimentos e líquidos em pacientes com disfagia. A escala é composta por sete níveis, sendo o primeiro (nível 1) nada por via oral e o último (nível 7) via oral total sem restrições^{15,16}. A gravidade da disfagia é classificada por meio da escala DOSS, que também apresenta divisão em sete níveis, sendo o primeiro (nível 1) disfagia severa e o último (nível 7) deglutição normal em todas as situações^{13,17}. Ao classificar a severidade da disfagia, o presente estudo utilizou a divisão proposta pela escala DOSS quanto ao nível de dieta e suas modificações, sendo dividido então em disfagia severa (níveis 1 e 2), disfagia moderada (níveis 3 e 4), disfagia leve (nível 5) e deglutição normal (níveis 6 e 7).

Análise Estatística

A presença e o grau de disfagia foram as variáveis respostas. As variáveis explicativas foram idade, sexo e AVC

prévio. Para tal, foram realizadas análises descritivas e de associação dos dados. A investigação da existência de associação entre as variáveis foi realizada por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, sendo consideradas como associações estatisticamente significantes as que apresentaram valor de $p < 0,05$, esta análise foi efetuada através do software SPSS 23.

RESULTADOS

No período de análise estabelecido, foram coletados dados de 331 prontuários de pacientes em fase aguda do AVCi. A idade média dos pacientes foi de 68 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e máxima de 95 anos. Ao dividir os pacientes entre os grupos, verificou-se que a idade média (média \pm DP) dos pacientes trombolisados (G1) foi de 65 \pm 15,57 anos, e no grupo não-trombolisado (G2) foi de 68 \pm 13,57 anos.

Relacionado ao histórico de AVC prévio, no G1 observou-se que 19,4% havia apresentado algum episódio de AVC prévio, enquanto que no G2 15,5% apresentava histórico AVC prévio. Ressalta-se que os pacientes com sequelas neurológicas prévias foram excluídos da amostra.

No que se refere a realização da trombólise, 98 sujeitos foram submetidos à terapia endovenosa, totalizando 29,6% de todos os pacientes coletados. O restante dos pacientes, que não foram expostos à realização da trombólise, totalizaram 233 indivíduos e corresponderam a 70,4% da amostra. A principal causa da não realização da trombólise

endovenosa foi a ausência de tempo hábil para a realização do tratamento, ou seja, 216 pacientes (65,3%) chegaram ao hospital após 4,5 horas do início dos sintomas. Outros 14 pacientes (4,2%) apresentaram outros motivos menos prevalentes como causa para a não realização do tratamento trombolítico, como instabilidade hemodinâmica ou cirurgia recente.

A disfagia esteve presente em 48% (n=47) dos indivíduos trombolisados (G1) e em 54,5% (n=127) dos pacientes que não receberam o tratamento trombolítico (G2), sem associação estatística ($p=0,276$). A Tabela 1 apresenta a relação entre a realização da trombólise e a severidade da disfagia, identificando que os pacientes que não realizaram a terapia endovenosa com alteplase (rt-PA) apresentaram disfagia de maior comprometimento, existindo associação entre a não-trombólise e a severidade da disfagia ($p=0,001$), enquanto os pacientes submetidos à terapia trombolítica apresentaram proporcionalidade entre os graus de disfagia. Nesta comparação, foram analisados somente os sujeitos que apresentaram algum grau de disfagia, desta forma, os pacientes sem disfagia foram excluídos desta análise, pois não constituíram nível de interesse.

Os pacientes do G1 apresentaram menor dependência de via alternativa de alimentação, em contrapartida os sujeitos do G2 apresentaram maior dependência de via alternativa de alimentação, existindo associação entre a trombólise e a via de alimentação ($p=0,004$), conforme verificado na Tabela 2.

Tabela 1. Severidade da disfagia e realização ou não de trombólise.

| Estado clínico | n (%) | Disfagia leve n (%) | Disfagia moderada n (%) | Disfagia severa n (%) | p-valor |
|-----------------------|--------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Com trombólise | 47 (100) | 15 (31,9) | 17 (36,2) | 15 (31,9) | 0,918 |
| Sem trombólise | 127 (100) | 37 (29,2) | 28 (22,0) | 62 (48,8) | 0,001 |

n = número de indivíduos

Tabela 2. Dependência de via alternativa de alimentação e a realização ou não de trombólise.

| Estado clínico | Depende de via alternativa n (%) | Não depende de via alternativa n (%) | p-valor |
|-----------------------|---|---|----------------|
| Com trombólise | 16 (17,8) | 82 (34,0) | 0,004 |
| Sem trombólise | 74 (82,2) | 159 (66,0) | |
| | 90 (100) | 241 (100) | |

n=número de indivíduos

A respeito da caracterização da deglutição entre os dois grupos, a Tabela 3 descreve o nível de dieta por via oral dos pacientes avaliados. Ainda que não tenha sido identificada associação significativa entre a presença de disfagia e a realização de terapia trombolítica, pode-se dizer que os pacientes não-trombolizados apresentam maior tendência à disfagia que os sujeitos que foram submetidos ao tratamento.

Tabela 3. Nível de dieta (Escala FOIS) e realização ou não de trombólise.

| Estado clínico | Com trombólise | Sem trombólise |
|----------------|----------------|----------------|
| | n (%) | n (%) |
| Nível 1 | 15 (15,3) | 60 (25,8) |
| Nível 2 | ----- | 5 (2,1) |
| Nível 3 | 1 (1,0) | 5 (2,1) |
| Nível 4 | 9 (9,2) | 14 (6,0) |
| Nível 5 | 40 (40,8) | 67 (28,8) |
| Nível 6 | 25 (25,5) | 52 (22,3) |
| Nível 7 | 8 (8,2) | 30 (12,9) |
| | 98 (100) | 233 (100) |

Escala FOIS (*Functional Oral Intake Scale*); n=número de indivíduos

DISCUSSÃO

O AVCi ocorre pela obstrução de um vaso arterial cerebral e a terapia trombolítica, realizada ainda na fase aguda, tem como finalidade a desobstrução da artéria antes que haja lesão tecidual irreversível¹⁸. A terapia trombolítica tem demonstrado auxiliar na recuperação imediata e a longo prazo de pacientes após AVCi, apresentando redução no nível de gravidade neurológica e de incapacidade funcional¹⁹. Entretanto, a literatura ainda diverge sobre a ação efetiva da terapia trombolítica no processo da deglutição de pacientes com diagnóstico de AVCi.

A disfagia orofaríngea é um sintoma frequente na população acometida por AVC e exige que se façam

restrições quanto à consistência da dieta oral devido a perda da capacidade de se alimentar. Conseqüentemente, em muitos casos, se faz necessário a colocação de vias alternativas de alimentação como sondas nasoenteral ou nasogástrica e em casos mais graves até mesmo gastrostomia²⁰. Desta forma, é imprescindível o rastreamento de alterações de deglutição em indivíduos com AVC agudo antes mesmo da oferta de alimentos ou medicamentos por via oral para que se evite possíveis complicações futuras decorrentes da broncoaspiração^{6,21}.

Ainda que não tenha sido encontrada diferença significativa na relação entre a presença ou ausência de disfagia e a realização ou não da trombólise, o mesmo não se pode dizer do grau de severidade da disfagia e da dependência de via alternativa de alimentação.

Na presente pesquisa, a gravidade da disfagia estava associada à trombólise, de modo que os pacientes não-trombolisados apresentaram maior comprometimento na biomecânica da deglutição em relação aos pacientes trombolisados. No mesmo sentido, um estudo comparativo transversal demonstrou que os graus de disfagia moderado a grave estavam presentes em pacientes que não foram submetidos a terapia de reperfusão cerebral²².

Em contraponto aos resultados encontrados nesta pesquisa, um estudo retrospectivo de 2004, verificou maior ocorrência de disfagia nos pacientes submetidos a trombólise em relação aos que não realizaram o tratamento. Neste mesmo estudo, a gravidade da disfagia não apresentou

associação com a realização da trombólise²³. Em outro estudo de coorte prospectivo²⁴, verificou-se que os indivíduos submetidos à terapia trombolítica apresentaram menor grau de comprometimento da deglutição e os que não receberam o tratamento apresentaram maior gravidade no grau de disfagia, sendo este achado semelhante ao verificado no presente estudo.

Em relação ao nível de ingestão por via oral, a maioria dos indivíduos do grupo submetido à trombólise não necessitou uso de sondas, ao passo que dos pacientes que utilizaram via alternativa de alimentação, a maior parte integrava o grupo não-trombolizado. Este dado se relaciona diretamente com os achados acerca da gravidade da disfagia, visto que pacientes com disfagia de maior severidade apresentam elevada propensão ao uso de sondas para alimentação.

Um estudo prospectivo com objetivo de analisar e comparar os parâmetros da deglutição em indivíduos pós-AVC trombolizados e não-trombolizados demonstrou que aqueles que não foram submetidos à terapia de reperfusão apresentaram maiores índices de penetração laríngea com líquidos na avaliação mesmo 30 dias após o AVC. Ademais, a evolução no nível de ingestão oral foi melhor nos pacientes trombolizados, sendo que atingiram o nível 7 da escala FOIS na avaliação em 30 dias pós AVC²⁵. Estes dados se relacionam com os resultados do presente estudo, que identificou que os pacientes trombolizados apresentaram

disfagia de menor gravidade e conseqüentemente um melhor prognóstico de reabilitação.

Nesta pesquisa, a idade média de ambos os grupos se apresentou semelhante, não sendo possível afirmar sua influência sobre a severidade dos achados da deglutição. Esse dado é corroborado por outros estudos^{26,27}, que não identificaram influência da idade entre os fatores de risco para disfagia em pacientes com AVC. Todavia, estudos nacionais e internacionais²⁸⁻³⁰ mais recentes relatam a presença de disfagia em indivíduos pós-AVC com idade superior a 70 anos.

No presente estudo foram encontradas diferenças relacionadas à severidade das alterações de deglutição e ao uso de vias alternativas para alimentação entre o grupo trombolisado e o grupo não-trombolisado. Estes achados condizem com a literatura, que defende que o uso de alteplase intravenosa no tratamento de AVCi é benéfico ao paciente, sendo que sua efetividade está relacionada ao tempo entre o início dos sintomas e a manipulação da droga, ou seja, quanto menor for este intervalo de tempo, maiores serão as estimativas de um bom prognóstico².

Este estudo apresentou limitações decorrentes de seu desenho retrospectivo. Julgamos que tais fatores não comprometem os resultados encontrados, porém consideramos importante destacá-los para que futuras pesquisas não sejam comprometidas: pensou-se em coletar a variável grau de comprometimento neurológico através da pontuação da escala NIHSS (*National Institutes of Health*

Stroke Scale), entretanto, devido à ausência deste dado em alguns prontuários optou-se por não utilizar esta informação.

CONCLUSÃO

A disfagia orofaríngea decorrente do AVCi está presente tanto em pacientes trombolisados quanto em pacientes não-trombolisados, porém, apresenta-se mais grave e mais limitante em pacientes sem trombólise, refletindo em maiores incidências de via alternativa de alimentação. Deste modo, ressalta-se a prevalência das alterações na dinâmica da deglutição em sujeitos que não são submetidos à terapia trombolítica.

Mais estudos a respeito da disfagia em pacientes com AVC, trombolisados e não-trombolisados, poderão contribuir para aprimorar a atuação fonoaudiológica, nortear as intervenções preventivas e terapêuticas e colaborar com a redução das taxas de complicações clínicas relacionadas à disfagia.

REFERÊNCIAS

- 1.Roxa GN, Amorim ARV, Caldas GRF, Ferreira ASH, Rodrigues FEA, Gonçalves MOSS, *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com AVC isquêmico submetidos a terapia trombolítica: uma revisão integrativa. *Braz J Develop* 2021;7:7341-5. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-496>
- 2.Antonio DH, Bravo GRM, Sigolo JR, Palma R, Prestes SCC, Coelho TRF. Perfil funcional de pacientes com AVC isquêmico trombolisados e não trombolisados classificados pela CIF. *Braz J Develop* 2021;7:72074-83. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-401>
- 3.Marianelli M, Marianelli C, Neto TPL. Principais fatores de risco do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Braz J Health Rev* 2020;3:19679-90. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-344>
- 4.Rodrigues MS, Santana LF, Galvão IM. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev*

- Med 2017;96:187-92. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>
- 5.Freitas GR. Tratamento agudo do acidente vascular cerebral isquêmico: trombolíticos e antitrombolíticos. Rev SOCERJ 2001;1:74-81. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-318277>
- 6.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde; 2013, 9p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf
- 7.Passos KO, Cardoso MCAF, Scheeren B. Association between functionality assessment scales and the severity of dysphagia post-stroke. CoDAS 2017;29:e20160111. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016111>
- 8.Jotz GP, Angelis EC, Barros APB. Tratado da deglutição e disfagia: no Adulto e na Criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2009; 20p.
- 9.Netto CRS. Deglutição no feto, no infante, no adulto, no Idoso. 2ª ed. São Paulo: FUNPEC, 2012.
- 10.Souza IMCB, Vasconcelos VECBC, Ferraz PRR. Reabilitação fonoaudiológica da disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico: Revisão de Literatura. J Specialist 2018;1:1-11. <https://www.semanticscholar.org/paper/REABILITA%C3%87%C3%83O-FONOAUDIOL%C3%93GICA-DA-DISFAGIA-AP%C3%93S-DE-Sousa-Carvalho/69104c167be393aab2674f66c7ca1c29180ec28a>
- 11.Hanauer L, Schmidt D, Miranda RE, Borges MK. Comparison of the neurological deficit severity in patients with acute ischemic stroke submitted or not to thrombolytic therapy. Fisioter Pesqui 2018;25:217-23. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18020425022018>
- 12.Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-Fono Rev Atualiz Cient 2007;19:123-30. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>
- 13.Andrade CRF, Limongi SCO. Disfagia: prática baseada em evidências. São Paulo: Sarvier, 2012.
- 14.Pandovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. CODAS 2013;25:1-7. <https://www.scielo.br/j/codas/a/bbXzqL6WHjZjFXJZvKTsrqm/?format=pdf&lang=pt>
- 15.Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. Rev CEFAC 2008;10:503-12. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462008000400010>
- 16.Crary Ma, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1516-20. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>
- 17.O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia. Dysphagia 1999;14:139-45. <https://doi.org/10.1007/PL00009595>

- 18.Szymanski P, Neto IMDLF, Bitencourt LG, Moreira CFS. Trombólise endovenosa em acidente vascular cerebral isquêmico: uma revisão de literatura. *Rev Neurocienc* 2021;29:1-16.
<https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11637>
- 19.Gouveia CA, Melo RL Fo, Fantini FGMM, Fantini PR. Análise de resultados clínicos de pacientes tratados com trombólise venosa no AVC isquêmico agudo, com início dos sintomas há menos de três horas estendido até 4,5h. *Rev Bras Neurol* 2009;45:5-11.
<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a005.pdf>
- 20.Chaves SPL, Fonsêca ICDA, Macêdo MLM, De Lucena NNN, Pontes ES, Sarmiento AO, *et al.* Alteração de deglutição em idosos pós acidente vascular cerebral: um estudo de revisão integrativa. *Res Soc Develop* 2021;10:1-8. <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17978>
- 21.Almeida TM, Cola PC, Pernambuco LA, Magalhães HV, Magnoni CD, Silva RG. Instrumento de rastreio para disfagia orofaríngea no Acidente Vascular Encefálico - Parte I: evidências de validade baseadas no conteúdo e nos processos de resposta. *Codas* 2017;29:1-9.
<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172017009>
- 22.Avelino MR, Montibeller CG, Luchesi KF, Mituuti CT, Ribeiro PW, Fagundes DA, *et al.* Oral dietary intake level in thrombolysed and non-thrombolysed patients after ischemic stroke. *Neurorehabilitation* 2016;40:49-55. <https://doi.org/10.3233/NRE-161389>
- 23.Pedra EFP, Pontes VL, Mourão AM, Braga MA, Vicente LC. Pacientes pós-AVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. *CODAS* 2020;32:1-6. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018229>
- 24.Ribeiro PW, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Luvizutto GJ, Braga GP, *et al.* The Incidence of Dysphagia in Patients Receiving Cerebral Reperfusion Therapy Poststroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014;23:1524-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.12.033>
- 25.Ribeiro PW. O efeito da reperfusão cerebral na deglutição de indivíduos após acidente vascular cerebral (tese). Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2017.
https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150108/ribeiro_pw_dr_bot.pdf;jsessionid=56F73F3CC380E3F9473686E261A1CA5D?sequence=3
- 26.Mourão AM, Lemos SMA, Almeida EO, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequência e fatores associados à disfagia após acidente vascular cerebral. *CODAS* 2016;28:66-70. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015072>
- 27.Baroni AFFB, Fábio SRC, Dantas RO. Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arq Gastroenterol* 2012;49:118-24.
<https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000200005>
- 28.Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, *et al.* Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke individuals: A cohort study.

- Neurogastroenterol Motil 2018;30:e13338.
<https://doi.org/10.1111/nmo.13338>
- 29.Souza JT, Ribeiro PW, Paiva SAR, Tanni SE, Minicucci MF, Zornoff LAM, *et al.* Dysphagia and tube feeding after stroke are associated with poorer functional and mortality outcomes. Clin Nutr 2020;39:2786-92.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.11.042>
- 30.Labeit B, Mueller H, Muhle P, Claus I, Warnecke T, Dziewas R, *et al.* Predicting dysphagia with national institute of health stroke scale: distinction between infra- and supratentorial region is essential. Cerebrovasc Dis 2018;46:152-60.
<https://doi.org/10.1159/000493371>