

	NS1 - DISFAGIA	Data revisione
	Adattato da: Michelini Fabio, Daniela Donati, Ivana Fioriti, Maria Grazie Bernardi. Valutazione e revisione: Mazzoni Elisa, Bonazzi Sara, Paolo Chiari	18 settembre 2015

RACCOMANDAZIONI

Possono essere a rischio di disfagia i bambini con danno neurologico ipossico-ischemico, ischemico- emorragico, infettivo, tossico, post-traumatico, metabolico, malformativo, neoplastico, da encefalopatie epilettiche. Altre patologie a rischio disfagico sono patologie genetiche quali: Sindrome di Rett, Sindrome di Down; distonia, discinesia, ipotonia o malattie neuromuscolari, malattie del tronco encefalico e dei nervi cranici.

Nel bambino prematuro, l'immaturità neurologica può causare disfagia perché comporta riflesso orale depresso, lingua poco mobile, suzione ipovalida e affaticamento respiratorio, insufficiente energia per consumare un pasto adeguato, difficoltà di coordinazione suzione-deglutizione-respirazione, ipersensibilità orale.

La disfagia rappresenta una seria minaccia al mantenimento dello stato nutrizionale e può provocare aspirazione acuta o cronica, causa di peggioramento respiratorio.

- E' essenziale conoscere la fisiologia deglutitoria normale e patologica e gli altri fattori di sviluppo che influenzano la disfagia (**Grado B**).
- La consapevolezza dei fattori di rischio è importante nel riconoscimento e nella valutazione della disfagia. Quando si sospetta disfagia, dovrebbero essere riviste le condizioni del bambino dal medico e richiesta la consulenza di un'equipe formata per una valutazione specialistica (**Grado B**).
- Un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento della famiglia è essenziale per la valutazione e la gestione della disfagia (**Grado B**).
- È importante essere consapevoli che i bambini con danno cognitivo possono richiedere un intervento cognitivo e comportamentale come parte della gestione della loro disfagia (**Grado B**).

Quando si sospetta la presenza di disfagia è importante valutare:

- scarso accrescimento o malnutrizione (**Grado B**).
- informazioni dei genitori su eventuali difficoltà di alimentazione quando si sospetta la presenza di disfagia (**Grado B**).

Durante la presa in carico vanno monitorati:

- crescita, stato della nutrizione e dell'idratazione (**Grado B**)
- i segni di aspirazione (**Grado B**)
- la capacità di deglutire del bambino. I cambiamenti di tale abilità dovrebbero essere riferiti all'equipe di riferimento (**Grado B**)
- care posturale (posizionare il bambino in modo che sia in grado di mantenere un allineamento corporeo centrale)
- il bisogno di supporto, informazioni e rassicurazioni dei familiari e dei caregivers (**Grado B**)
- gli ausili utilizzati abitualmente per la somministrazione di cibi solidi e liquidi
- le caratteristiche reologiche di cibi e liquidi somministrati al bambino

SINTESI DELLE EVIDENZE: DISFAGIA: GESTIONE

Basi cliniche

La disfagia è caratterizzata dalla difficoltà a far passare i cibi o i liquidi dalla bocca allo stomaco. Include anche la difficoltà nella fase della preparazione orale della deglutizione.

Un neonato o un bambino possono presentare sintomi generalizzati o problemi specifici della deglutizione.

I sintomi generali sono:

- crescita insufficiente (mancato aumento di peso secondo quanto previsto dalle scale specifiche per patologia) o perdita di peso;
- tosse e segni di soffocamento durante e/o in seguito ai pasti;
- tosse inefficace o assenza del riflesso;
- infezioni polmonari frequenti, febbre di origine sconosciuta;
- rifiuto o astinenza dal cibo;
- intolleranza ad alcune consistenze di cibo;
- aumento della sensibilità tattile orale e peri-orale;
- durata del pasto: più di 30 minuti o prolungamento significativo;
- segni di affaticamento durante il pasto (riduzione dell'alerta, aumento della permanenza del cibo in bocca, affanno o difficoltà di coordinazione del respiro);
- scialorrea medio-grave;
- difficoltà nel gestire il bolo in cavità orale (difficoltà di masticazione, rischio di caduta liquidi pre-deglutitoria, fuoriuscita di cibo dalla cavità orale, latenza nell'inesco deglutitorio);
- mancato svezamento, permanenza di unica consistenza, necessità di modificazioni reologiche del cibo;
- necessità di postura specifica per facilitare l'alimentazione (reclinazione del sistema di postura, posizione in estensione del capo);
- importanti alterazioni anatomico-morfologiche e del tono oro-bucco-facciali.

Tutti i segni e sintomi sono basati su raccomandazioni di **Grado A e B**.

La deglutizione è un complesso e coordinato processo neuromuscolare che implica attività sia volontarie che involontarie. Comporta numerose fasi, tra cui: orale, faringea e esofagea. La disfagia orofaringea potrebbe essere il risultato di un'ampia gamma di alterazioni strutturali che compromettono l'avanzamento del bolo.

Valutazione

Alcuni sintomi sono correlati ad una particolare fase del processo deglutitorio:

Fase orale - Soffocamento, conati, scialorrea medio-grave, suzione debole, perdita di cibo dalla bocca.

Fase faringea - Conati, soffocamento con l'ingestione di liquidi e solidi, tosse, difficoltà respiratoria.

Fase esofagea - Segni di difficoltà respiratoria durante l'alimentazione.

Un utile strumento durante la prima valutazione deglutologica è l'anamnesi alimentare fornita dai genitori e caregiver del bambino.

Dovrebbero essere ottenute le seguenti informazioni per la successiva valutazione:

- tipo di allattamento, capacità di suzione e divezzamento;
- difficoltà di masticazione o rifiuto del cibo o inappetenza;
- presenza di ipersensibilità orale;
- tosse e respiro rumoroso durante il pasto (possono suggerire aspirazione o residui in faringe);
- durata del pasto;
- influenza dell'ambiente, dell'orario e del care-giver presente sul successo dell'alimentazione;
- postura del bambino durante l'alimentazione.

Possono essere usati alcuni strumenti di indagine per la valutazione della disfagia.

Valutazione clinica multidisciplinare:

- esame delle capacità motorie orali;
- osservazione del pasto;
- stato dell'idratazione e nutrizione del bambino;
- valutazione della crescita e dello sviluppo.

In alcuni casi, può essere utile eseguire esame radiologico.

Gestione

Gli obiettivi principali della gestione di un bambino con disfagia sono di permettere un'alimentazione in sicurezza che garantisca il mantenimento di un buono stato nutrizionale.

Le informazioni date per assistere i caregiver riguardano:

- strategie di alimentazione orale;
- preparazione di cibi variati e nutrienti;
- disponibilità di ausili adeguati;
- come posturare il bambino durante il pasto;
- comportamenti di interazione positiva;
- come favorire lo sviluppo delle capacità motorie orali.

Il team multidisciplinare dovrebbe comprendere fra i suoi membri: medico pediatra, logopedista, fisioterapista, medico nutrizionista, dietista e infermieri.

In ogni programma di gestione dovrebbero essere tenuti in conto l'età dello sviluppo e l'attuale livello delle capacità di deglutizione funzionale. (**Grado B**).

Gli interventi comunemente usati sono sotto elencati.

Monitoraggio della nutrizione e dell'idratazione

Lo scopo del monitoraggio è di aiutare a mantenere la nutrizione e idratazione. (**Grado B**)

- monitoraggio dietetico e valutazione da parte del dietista con esperienza pediatrica;
- registrazione dell'assunzione e perdita dei liquidi (compreso il vomito e la scialorrea);
- registrazione dell'assunzione di cibo e l'aumento del peso;
- monitoraggio della durata del tempo del pasto.

Postura del bambino durante l'alimentazione

Lo scopo è di posturare il bambino in modo che sia in grado di mantenere un allineamento corporeo centrale, riducendo la probabilità di soffocamento e di aspirazione di cibo.

Dieta

Lo scopo della modificazione della dieta è di aiutare il bambino nella gestione delle diverse dimensioni, consistenze e sapori del cibo. Le modificazioni cambieranno secondo le necessità di ciascun bambino.

Quelli che seguono sono esempi di modificazioni che possono essere raccomandati. (**Grado B**):

Dimensione del bolo

Sono generalmente raccomandati bocconi piccoli, tuttavia in alcuni casi possono essere più utili bocconi più voluminosi. Può essere necessario modificare la dimensione in base alle diverse consistenze dei cibi e alla capacità del bambino di deglutire efficacemente.

Consistenza del cibo

I bambini con difficoltà deglutitorie possono tollerare una consistenza coesa meglio di una più diluita o del cibo più liquido, ma possono richiedere un tempo più lungo per masticare. Quando si considerano i cambiamenti della consistenza, dovrebbero essere considerate anche l'elasticità e le viscosità del cibo. Dovrebbe essere offerta a ciascun bambino una varietà di sapori della consistenza raccomandata. Dovrebbero essere registrate preferenze e tolleranze della consistenza per determinare quelle più efficacemente tollerate.

- Temperatura del cibo

I bambini variano nelle loro risposte alla temperature del cibo, e non ci sono evidenze per una ottimale temperatura del cibo.

Ausili utili nella gestione della disfagia

- Sistema di postura.
- Tettarelle, succhietti, bicchieri modificati.
- Cucchiai e forchette di diversa grandezza e forma.
- Piatti con dispositivi di fissaggio.
- Masticatore a retina.
- Spazzolino a dito per igiene orale.

Prevenzione delle complicanze dovute ad aspirazione

Informare i caregiver che devono segnalare eventuali segni di aspirazione (tosse, soffocamento, difficoltà respiratoria durante il pasto) e che è possibile aspirazione silente (assenza di segni). **(Grado B)**.

Favorire l'igiene orale alla fine di ogni assunzione di cibo per evitare il rischio di aspirazione di pocketing orale.

Raccomandazioni sulla miglior pratica

- Le strategie di trattamento promuovano un approccio famiglia-centrico. **(Grado B)**
- Le famiglie/caregivers che assistono i bambini con disfagia richiedono supporto, informazioni, rassicurazioni e apprezzamento dei loro sforzi. **(Grado B)**
- E' importante un approccio multidisciplinare per fornire i servizi con il coinvolgimento genitoriale nella valutazione e gestione della disfagia del proprio bambino **(Grado A e B)**
- In ogni programma di gestione dovrebbero essere tenuti in conto l'età dello sviluppo e l'attuale livello delle capacità di deglutizione funzionale. **(Grado B)**
- Lo scopo del monitoraggio è di aiutare a mantenere la nutrizione e idratazione. **(Grado B)**
- Non viene incoraggiata l'estensione del collo poiché questo può pregiudicare il movimento laringeo e la clearance faringea, mettendo il bambino a rischio di aspirazione. **(Grado B)**
- Può non essere possibile un giudizio visivo della posizione adeguata e sicura e può essere necessario uno studio videofluoroscopico con bario modificato. **(Grade B)**
- Una postura con mento abbassato e posizione reclinata a 30°, con anche flesse riduce l'aspirazione in bambini con problemi soprattutto alla fase orale della deglutizione, mentre una posizione eretta con flessione del collo e delle anche è adatta per bambini con difficoltà minori per la fase orale e prevalenti per la fase faringea. **(Grado B)**
- Lo scopo della modificazione della dieta è di aiutare il bambino nella gestione delle diverse dimensioni, consistenze e sapori del bolo. Le modificazioni cambieranno secondo le necessità di ciascun bambino. Lo studio della deglutizione con videofluoroscopia con bario modificato può esser usato per determinare la consistenza più sicura. **(Grado B)**
- Osservare il bambino per segni di aspirazione (tosse, soffocamento e affanno respiratorio) e registrare la modalità e la frequenza respiratoria. Se si sospetta aspirazione si dovrebbe sospendere l'alimentazione orale fino a che non ne sia indagata la causa. **(Grado B)**
- Nota: essere consapevoli che l'aspirazione silente (assenza di segni) è stata riportata in bambini con disfagia e può verificarsi prima, durante e dopo la deglutizione. **(Grado B)**

Forza delle raccomandazioni

Grado A: Forte evidenza che ne consiglia fortemente l'applicazione

Grado B: Moderata evidenza che ne consiglia l'applicazione
Grado C: Mancanza di evidenza

Referenze

1. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke -Identification and management of dysphagia: a national guideline. 2004 (78)*
2. *Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J of Evid -Based Healthc 2005; 3(8):207-215.*
3. *Rofes L, Arrola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, Garcia-Peris P, Speyer R. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional respiratory complications in the elderly. Gastroenterology Research and Practice, 2011. (Level IV)*
4. *Marik P, Kaplan D. Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. Chest. 2003; 124. 328-336. (Level IV)*
5. *Ramritu P, Finlayson K, Mitchell A and Croft G. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with neurological impairment. The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews. 2000; 8.*
6. *The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/ap_proach.php*
7. *Skitberg, LL & Bantz DL. Management of children with swallowing disorders. Journal of Pediatric Health Care 13. 1999; 13(5): 223-229.*
8. *Rudolph CD & Thompson D. Feeding disorders in infants and children. Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2002; 49(1): 97-112.*
9. *Dusick A. Investigation and Management of Dysphagia. Seminars in Pediatric Neurology.2003; 10(4): 255-264.*
10. *Garg BP. Dysphagia in children: An overview. Seminars in Pediatric Neurology.2003; 10(4): 252-254.*
11. *Sheppard JJ & Fletcher KR. Evidence-based interventions for breast and bottle feeding in the neonatal intensive care unit. Seminars in Speech and Language. 2007; 28(3): 204-212.*
12. *Bell HR & Alper BS. Assessment and intervention for dysphagia in infants and children: Beyond the neonatal intensive care unit. Seminars in Speech and Language. 2007; 28(3): 213-222.*
13. *The Joanna Briggs Institute. Identification and Management ofl A. Dysphagia in Children. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 4(3): 2000, 1-6.*