



EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

La disfagia neurologica nell'adulto

Modena L, Pellecchia C, *La disfagia orofaringea correlata a patologie neurologiche nel paziente adulto*, da Centro Studi EBN Attività 2001 Prima parte: 38-66. Totale pagine 28.

Definizione: per disfagia si intende qualunque difficoltà di deglutizione, cioè nel passaggio di cibi e bevande dalla bocca allo stomaco. E' presente nella normale evoluzione del processo di invecchiamento in circa il 20% della popolazione dopo i 50 anni, ma aumenta sensibilmente fra le persone residenti nelle case di riposo o assistite domiciliarmente, fra i portatori di esiti chirurgici della bocca e del collo o di patologia neurologica. E' stimata esserci una frequenza del 20%-40% nella popolazione con ictus cerebrale e morbo di Parkinson.

Obiettivo: esplorare la letteratura, per individuare i dati più significativi per un corretto approccio al paziente neurologico (ictus cerebrale, morbo di Parkinson, deterioramento neurologico) disfagico.

Materiali e Metodi: i dati sono stati reperiti, tramite internet, su banche dati di linee guida – SIGN e NGC; su banche dati di revisioni sistematiche – Cochrane Library, Medline; su siti specialistici – Joanna Briggs Institute per EBN, e Centro EBN York University.

Risultati: senza dubbio le pubblicazioni sul tema sono varie e vaste, ma non sempre supportate da ricerche condotte in modo rigoroso. La selezione effettuata si è rivolta alle più importanti linee guida utilizzate in campo internazionale e ad alcuni articoli che presentano il miglior livello di evidenza.

Protocollo per lo screening della disfagia

Osservare il paziente per i seguenti segni, che possono essere indicativi di difficoltà deglutitoria:

- fonazione monotona (qualità della voce monotona rauca);
- riduzione dell'elevazione laringea durante la deglutizione;
- anomala tosse volontaria;
- anomala qualità della fonazione;
- basso livello di coscienza.

Assicurarsi che il paziente sia seduto, che sopporti la posizione e sia attento. Se il livello di coscienza è buono e la tosse volontaria è normale, somministrare 5ml di acqua con un cucchiaino da the. Se il paziente non tossisce, ripetere facendogli assumere un sorso pieno da una tazza. Se il paziente tossisce, o soffoca, dopo avere assunto qualsiasi quantità di acqua, o mostra qualche segno di possibile aspirazione, comunicarlo al logoterapista. Se, invece, questo screening è soddisfacente, può essere fatta un'ulteriore prova con 5ml di frullato, l'assunzione di 50 ml di liquidi con una tazza, e poi un piccolo biscotto.

Questo procedimento dovrebbe essere compiuto normalmente dall'infermiere prima della assunzione del pasto.

SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

Interventi infermieristici

Queste raccomandazioni sono basate sulla migliore evidenza disponibile, ma richiedono, tuttavia, ulteriori ricerche di supporto.

- Un programma formalizzato di gestione multidisciplinare per la disfagia può essere di giovamento nel promuovere una prima indagine, una gestione appropriata e la prevenzione delle complicanze. Livello III e IV.
- La conoscenza dei fattori di rischio, dei segni e sintomi della disfagia è essenziale per la prima identificazione. Livello III e IV.
- La presenza di protocolli infermieristici o strumenti di screening (incluso linee guida di riferimento) può aiutare nella prima identificazione e gestione del paziente disfagico. Livello IV.

- Un soggetto identificato come disfagico o a rischio di disfagia, non deve assumere nulla per os, fino alla valutazione del professionista competente. Livello IV.
- Una volta che un soggetto è stato identificato come disfagico o a rischio di disfagia, deve essere sottoposto all'esame del medico esperto o al logopedista per una valutazione supplementare. Livello IV.
- L'infermiere dovrebbe assicurarsi che la struttura, la consistenza e il tipo di cibi, solidi e liquidi, assunti dal paziente disfagico corrispondano alla prescrizione. Livello IV.
- L'infermiere deve assicurarsi che le tecniche di alimentazione siano intraprese in accordo con i metodi specifici raccomandati dal logopedista o dal fisioterapista, ed essere a conoscenza delle tecniche di alimentazione sicure, raccomandate per gli individui con disfagia neurogenica. Livello IV.
- Deve essere monitorata la quantità di cibo assunta per assicurare un'adeguata nutrizione e idratazione. Livello IV.
- È essenziale la conoscenza degli interventi per ridurre il rischio di aspirazione Livello IV.
- L'infermiere deve assicurarsi che tutti gli addetti all'assistenza abbiano le conoscenze e abilità per alimentare in sicurezza l'individuo con disfagia. Livello III e IV.

The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Grado delle evidenze: "The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery"

Livello I: evidenza ottenuta da una revisione sistematica di sole sperimentazioni rilevanti randomizzate e controllate.

Livello II: evidenza ottenuta da almeno una sperimentazione propriamente definita randomizzata e controllata.

Livello III.1: evidenza ottenuta da sperimentazioni controllate senza randomizzazione ben designate.

Livello III.2: evidenze ottenute da studi di coorte o studi analitici di casi controllati ben designati eseguiti preferibilmente da più di un centro o gruppo di ricerca.

Livello III.3: evidenza ottenuta da molteplici serie temporali con o senza intervento. Risultati sbalorditivi negli esperimenti non controllati.

Livello IV: opinioni di autorità stimate, basate su esperienze cliniche, studi descrittivi, o rapporti di commissioni esperte.

Tecnica di terapia deglutitoria - AGA-American Gastroenterological Association

Tecnica	Esecuzione (razionale)	Indicazioni
<i>Modificazioni della dieta</i>		
Liquidi ispessiti, addensati, gelificati	Riducono la tendenza a gocciolare nella base della lingua	Funzione linguale compromessa, gocciolamento - aspirazione predeglutitoria, chiusura glottica compromessa
Liquidi semplici (scorrevoli)	Offrono minor resistenza al transito	Debole contrazione faringea, apertura cricofaringea ridotta
<i>Modificazioni posturali</i>		
Inclinazione del capo	<ul style="list-style-type: none"> Inclinazione posteriore dall'inizio della deglutizione (la gravità deterge la cavità orale) Inclinazione laterale verso il lato sano (dirige il bolo verso la parte più efficiente) 	Insufficiente controllo linguale Paralisi o paresi faringea unilaterale
Pressione sul mento	Abbassamento del mento (allarga le vallecole, sposta posteriormente la base della lingua e l'epiglottide)	Aspirazione, ritardo della risposta faringea. Ridotta motilità posteriore della base della lingua
Rotazione del capo	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione del capo verso il lato lesa (isola la parte compromessa dal passaggio del bolo). Riduce la pressione dello sfintere esofageo superiore Rotazione del capo verso il lato lesa con una pressione estrinseca sulla cartilagine tiroidea (aumenta l'adduzione) 	Paralisi o paresi faringea unilaterale Disfunzione laringea unilaterale Disfunzione faringea unilaterale
Decubito laterale	Decubito laterale destro o sinistro Bypass dell'introitus laringeo	Aspirazione, compromissione faringea bilaterale o ridotta, elevazione laringea



SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1997

- IaA Evidenza ottenuta da meta-analisi di trials randomizzati e controllati.
- Ib A Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato e controllato.
- IaB Evidenza ottenuta da almeno un ben designato studio controllato senza randomizzazione.
- IiB Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio ben designato quasi sperimentale.
- IIIB Evidenza ottenuta da ben designati non sperimentali studi descrittivi, come studi comparativi, studi correlati e studi di casi.
- IVC Evidenza ottenuta da reports di comitati esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di autorità riconosciute.

Raccomandazioni

Screening

Tutti i pazienti con ictus dovrebbero essere sottoposti a screening prima di assumere cibi solidi o liquidi, per identificare coloro che hanno disfagia. Grado B, livello III

Il test di screening è normalmente un semplice test di deglutizione dell'acqua, ma bisogna inoltre indagare su: livello di coscienza, presenza di anomalie laringee (p.e. qualità della voce, elevazione laringea, qualità della tosse). Grado B, livello III

Nei ricoveri non acuti, l'osservazione dovrebbe inoltre essere fatta su: stato della respirazione e stato nutrizionale. Grado B, livello III

La presenza di anomalie in qualcuna delle precedenti osservazioni dovrebbe indirizzare ad una immediata richiesta al logopedista o ad altre persone esperte per un esame funzionale un più dettagliato della deglutizione. Grado B, livello III

Valutazione

I pazienti che presentano le caratteristiche che indicano disfagia e/o rischio di aspirazione dovrebbero avere un'ulteriore valutazione clinica, che può includere: prove con cibi di diversa consistenza, tecniche posturali, manovre di deglutizione, stimolazione sensoriale. Grado B, livello III

Questa valutazione dovrebbe essere iniziata entro due giorni lavorativi dalla richiesta. Grado B

L'esame videofluoroscopico: dovrebbe essere considerato quando, in seguito all'esame al letto del paziente, la ratio di rischi/beneficio nel procedere con prove di cibi è scarsa; ci sono dubbi sulle opzioni di gestione futura; c'è bisogno di chiarire la diagnosi. Grado B, livello II

Gestione

Dovrebbe essere concordato e comunicato ai pazienti, ai caregivers e a tutti i membri del team di assistenza e cura, il piano riabilitativo, o il piano di modificazione alimentare. Grado C

La documentazione sullo stato nutrizionale e di assunzione di liquidi dei pazienti dovrebbe essere riportato di routine nella cartella clinica del paziente e in quella infermieristica e regolarmente aggiornata. Grado C

La gastrostomia può essere considerata importante in molti pazienti, in particolare è raccomandata per coloro che richiedono un'alimentazione enterale, per un periodo stimato più lungo di quattro settimane. Grado C

Consapevolezza ed educazione

Tutto il personale a contatto con il paziente con ictus in fase acuta dovrebbe essere a conoscenza della possibilità della complicità di disfagia. Grado C

*SIGN – Management of Patients with Stroke Identification and Management of Dysphagia- A Quick Reference Guide – 1999

