



# Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Traduzione a cura di  
**Luciana Modena**  
Logopedista  
Collaboratrice Centro  
EBN - Direzione  
Servizio Infermieristico  
e Tecnico  
Azienda Ospedaliera  
di Bologna  
Policlinico S.Orsola-  
Malpighi  
Via Massarenti, 9  
40138 Bologna, Italia

## Valutazione e gestione della disfagia nei bambini con danno neurologico

### Raccomandazioni

- Le linee guida pubblicate nel 2000 rimangono valide e riconoscono che la valutazione e la gestione dei bambini con danno cerebrale e disfagia richiedono un approccio multidisciplinare e dovrebbero essere condotte con una modalità centrata sulla famiglia<sup>2,4-9</sup>.
- Per un precoce riconoscimento dei bambini a rischio di disfagia è 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, dovrebbe essere immediatamente sospesa l'alimentazione, dovrebbero essere riviste le condizioni del bambino dal medico e richiesta la consulenza del logopedista per una ulteriore valutazione (**Grado B**).
- Uno stato nutrizionale povero o uno scarso accrescimento possono essere associati a disfagia nei bambini e dovrebbero essere presi in considerazione quando si valuta la presenza di disfagia (**Grado B**).
- Si dovrebbero ottenere dai genitori/carers delle informazioni su eventuali difficoltà di alimentazione quando si sospetta la presenza di disfagia (**Grado B**).
- Un approccio multidisciplinare è essenziale per la valutazione e la gestione della disfagia (**Grado B**).
- Nei bambini con disfagia dovrebbero essere monitorati crescita, stato della nutrizione e dell'idratazione (livello B). Dovrebbero essere implementati interventi specifici di gestione basati sui bisogni specifici del bambino (**Grado B**).
- I bambini con disfagia dovrebbero essere monitorati per i segni di aspirazione. Per i bambini in setting per acuti, dovrebbero essere disponibili strumentazioni di sicurezza (p.e. ossigeno e aspirazione). Si dovrebbero implementare degli interventi come la nutrizione intermittente per assicurare una deglutizione sicura (**Grado B**).
- Dovrebbe essere monitorata la capacità di deglutire del bambino. Ogni cambiamento di tale abilità dovrebbe essere riferito alla logopedista o al medico (**Grado B**).
- È importante essere consapevoli che i bambini con danno cognitivo possono richiedere una terapia cognitiva e comportamentale come parte della gestione della loro disfagia (**Grado B**).
- I familiari ed i caregivers che assistono il bambino con disfagia richiedono supporto, informazioni e rassicurazioni (**Grado B**).
- Dovrebbe essere implementato un approccio incentrato sulla famiglia per la gestione della disfagia (**Grado B**).

### Fonte dell'informazione

Questo foglio informativo di Best Practice aggiorna e sostituisce una precedente pubblicazione del 2000 del JBI che ha lo stesso titolo<sup>2</sup>, basato su una revisione sistematica di 25 articoli<sup>3</sup>. Fino ad oggi sono stati identificati altri 5 articoli<sup>4-9</sup>. Di questi 30 studi, 17 erano basati su opinione di esperti, 10 erano classificati come studi descrittivi e tre erano studi caso controllo.

### Obiettivi

Lo scopo di questo documento di Best Practice è di presentare la migliore evidenza disponibile per la valutazione e la gestione del bambino con danni cognitivi e disfagia.

### Background

Alla nascita, il circuito neuronale coinvolto nella coordinazione della suzione, deglutizione e respirazione è generalmente ben sviluppato. Se la deglutizione è anomala, questo non solo porta ad una ridotta assunzione di latte, e conseguente scarsa nutrizione, ma anche ad aspirazione di latte nei polmoni, potenzialmente minacciosa per la vita, con conseguente tosse e complicanze respiratorie e polmonari. La disfagia in bambini con compromissioni neurologiche è generalmente associata a danno o anomalie dello sviluppo dei muscoli che controllano i processi di deglutizione e di assunzione del cibo o di parti del sistema nervoso o delle strutture a questo associate<sup>3</sup>, 6-7. E' caratterizzata da una disfunzione nella sequenza delle fasi del processo deglutitorio. I bambini disfagici possono avere difficoltà a controllare la lingua e a manipolare il bolo, problemi nel muovere il cibo dalla bocca alla faringe e/o ritardo dell'innesco deglutitorio, con maggior aumento del rischio di aspirazione di cibo nelle vie aeree. La disfagia può essere lieve, moderata o grave

### Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle Raccomandazioni sono stati basati sui Gradi di efficacia sviluppati dal JBI nel 2006<sup>1</sup>

- Grado A** Forte evidenza che merita applicazione
- Grado B** Moderata evidenza che giustifica la considerazione nell'applicazione
- Grado C** Mancanza di evidenza

## Definizione dei termini

**Disfagia** - E' definita come la difficoltà nella deglutizione.

**Danno neurologico** - Si riferisce ad una funzione anomala del sistema nervoso correlata in modo specifico alla deglutizione.

**Fase orale** - coinvolge il controllo volontario ed è mediata dai nervi cranici sia sensoriali che motori.

**Fase faringea** - durante questa fase della deglutizione le vie aeree sono chiuse e il palato molle è elevato per prevenire l'aspirazione di cibo.

**Fase esofagea** - durante questa fase della deglutizione si apre lo sfintere esofageo inferiore ed il bolo è trasportato nello stomaco dai movimenti peristaltici

## Segni e sintomi comuni della disfagia nei bambini con danno cerebrale

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

### Sintomi generali

- Crescita insufficiente.
- Nutrizione difficile.
- Infezioni frequenti alle alte vie respiratorie.
- Rifiuto del cibo.
- Segni di aumento dello sforzo, affaticamento e livello di allerta ridotto.

### Sintomi specifici

- Aumento della sensibilità tattile orale.
- Estrema sensibilità a toccare sia dentro che attorno alla bocca
- Astinenza dal cibo
- Smorfie facciali
- Intolleranza ad alcune consistenze di cibo
- Fuoriuscita di cibo
- Aumento della durata del pasto, p.e. oltre i 45 minuti
- Difficoltà nel gestire i liquidi, cibi morbidi, semi-solidi e solidi.

Anche se non correlati in modo specifico alla disfagia neurologica, i bambini con disfagia spesso soffrono di infezioni alle alte vie respiratorie e di reflusso gastroesofageo (GOR o GERD). I segni di GERD comprendono: irritabilità, incapacità di tollerare pasti abbondanti, precoce sazietà e vomito frequente.

Tutti e segni e sintomi sono basati su un Grado A e B dell'evidenza. 3-9

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

### Fase orale

Soffocamento, conati, sbavature eccessive, succhio debole, spinte della lingua, perdita di cibo dalla bocca per mancanza di controllo della lingua.

### Fase faringea

Conati, soffocamento con l'ingestione di liquidi e solidi, tosse, sbavature, reflusso nasofaringeo, affanno respiratorio, compresi lo stridore e l'ansare

### Fase esofagea

Segni di affanno respiratorio durante l'alimentazione: cambiamenti nelle normali modalità respiratorie; respiro con sforzo; respiro rumoroso; segni di affaticamento durante l'alimentazione.

### Criteri di valutazione

Quando si sospetta la disfagia dovrebbe essere sospesa immediatamente l'alimentazione e il bambino dovrebbe essere inviato al medico e al logopedista per la valutazione.

Un utile strumento nel determinare la causa della disfagia è la storia della disfagia fornita dai genitori e caregivers del bambino. Dovrebbero essere ottenute le seguenti informazioni per la successiva valutazione;

- La storia dei problemi a succhiare, ad allattarsi al seno e a passare ai solidi.
- Problemi a masticare e sputare il cibo o a mangiare solo piccole quantità di cibo.
- Tolleranza verso particolari cibi e consistenze.
- Tosse e respiro rumoroso (possono suggerire aspirazione o residui in faringe)
- Rifiuto del cibo (può indicare dolore alla deglutizione)
- Affanno durante l'alimentazione (può indicare dolore alla deglutizione)
- Una storia di durata eccessiva del tempo del pasto
- Gestione del cibo in bocca (p.e. sputa il cibo alla fine del pasto)
- Orari specifici del giorno in cui il bambino mangia meglio.
- Influenza dell'ambiente sul successo dell'alimentazione (p.e. il bambino mangia solo a certe condizioni o in certi luoghi).
- Metodi di alimentazione dei caregivers - se alcune tecniche sono più efficaci di altre.
- Posizionamento del bambino durante l'alimentazione.

Dovrebbe essere usata una combinazione di strumenti di indagine per valutare la ragione sottostante alla disfagia. Sono compresi:

- Valutazione clinica bedside da parte del logopedista.
- Esame della motricità orale (anomalie strutturali della lingua, palato e mascella; difficoltà in ciascuna fase della deglutizione; anomalie nei movimenti orali, laringei o faringei)
- Esame radiologico (p.e. studio videfluoroscopico con bario modificato).
- Valutazione neurologica per la presenza di distonia che può influenzare la capacità di mangiare.

Una valutazione addizionale dovrebbe comprendere:

- Lo stato dell'idratazione e nutrizione del bambino
- Valutazione della crescita e dello sviluppo.

Le ragioni di una deglutizione anomala dovrebbero essere relativamente facili da determinare (p.e. evidenti anomalie strutturali della mascella, lingua, sistema nervoso, ecc.), tuttavia, un'alimentazione difficoltosa o disagiata per il bambino, risultante da queste anomalie, può persistere come avversione indotta al mangiare. Lavorando insieme con il bambino e la famiglia/caregivers, le intuizioni dei diversi esperti permetteranno di stabilire la migliore strategia di gestione per ogni caso specifico.

## Fattori di rischio associati a disfagia

I bambini a rischio di disfagia comprendono quelli con disabilità multiple, paralisi cerebrale, trauma cranico, malattie genetiche, infarti cerebrali, Sindrome di Rett, Sindrome di Down, danno motorio superiore, distonia, discinesia, ipotonia o disordini articolari neuromuscolari, per esempio miastenia gravis e distrofia muscolare di Duchenne.<sup>3-6</sup>

Alcuni neurolettici e i farmaci usati per controllare gli attacchi possono ridurre l'allerta e la capacità di deglutire. I rilassanti muscolari somministrati ai bambini con spasticità possono influenzare la capacità di deglutire. (Grado B).

La disfagia può portare a disidratazione, a scarsa assunzione alimentare e a sottopeso.

## Gestione della disfagia

Gli obiettivi principali della gestione di un bambino con danno neurologico sono di aumentare e mantenere un'alimentazione adeguata per una buona crescita e per prevenire ulteriori complicanze dovuta all'aspirazione di cibo nei polmoni. Poiché questo viene fatto spesso nel setting domestico, è importante che 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). Le informazioni date per assistere i caregivers riguardano:

- Strategie di alimentazione orale.
- Preparazione di cibi variati e nutrienti
- Disponibilità di attrezzature adatte
- Come posizionare il bambino mentre mangiare.
- Comportamenti di interazione positiva
- Come determinare la progressione delle abilità deglutorie del bambino.

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). Il team multidisciplinare dovrebbe comprendere fra i suoi membri: medico, logopedista, fisioterapista, terapista occupazionale, dietista e infermieri. Riconoscere una deglutizione normale o anomala e le

tecniche terapeutiche è essenziale per la gestione e la riabilitazione dei bambini con disfagia. 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 elencati sotto.

## 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 continua 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. (alcuni bambini possono richiedere un'alimentazione supplementare non orale. La quantità dovrebbe essere inclusa nell'assunzione totale di liquidi e solidi del bambino).
- Monitoraggio della durata del tempo del pasto.

## Posizionamento del bambino durante l'alimentazione

Lo scopo è di posizionare il bambino in modo che sia in grado di mantenere un allineamento corporeo centrale, riducendo la probabilità di soffocamento e aspirazione di cibo. La posizione del bambino dipenderà dalla gravità della disfagia e da quale stadio della deglutizione è anomalo.

Nei bambini con paralisi cerebrale grave e problemi di deglutizione, la posizione per mangiare può dipendere dal grado di disfagia e se riguarda principalmente la fase orale o faringea. 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. (Grado 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).

## Dieta

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 essere usato per determinare la consistenza più sicura. 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 boli più voluminosi poiché aumentano la consapevolezza sensoriale del bambino nella cavità orale, inoltre aiutano la formazione del bolo e riducono il tempo di transito faringeo. Può essere necessario modificare la dimensione in base alle diverse consistenze dei cibi e alla capacità del bambino di deglutire efficacemente.

Nota: nei bambini con disordini neuromuscolari (e con deglutizione debole o scoordinata) una consistenza semi-solida può essere deglutita più facilmente come un singolo bolo.

### ● Consistenza del cibo

I fluidi addensati aiutano a ridurre il rischio di aspirazione. È raccomandato l'uso di addensanti a base di amido. I bambini con difficoltà deglutorie 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 delle consistenza, dovrebbero essere considerate anche l'elasticità e le viscosità del cibo. Dovrebbe essere offerta a ciascun bambino una varietà di aromi 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 temperature del cibo.

## Dispositivi di supporto nella gestione della disfagia

I dispositivi di supporto possono aiutare i bambini con disfagia orale a controllare la dimensione del bolo e lo guida ad auto-nutrirsi. Accesso e disponibilità dei dispositivi di supporto possono dipendere dal setting e dalla nazione. Possono comprendere:

- Sedia a rotelle per bambini/cuscini
- Cucchiari di diversa grandezza e forma
- Piatti e scodelle con dispositivi di fissaggio,
- Forchette e cucchiari con manopole sovrapposte
- Cucchiari con manopole angolate e girevoli e dispositivi come reggibraccio/dito a tasca

È richiesta la consulenza di un terapeuta occupazionale e di un fisioterapeuta quando si ritiene necessario l'uso di queste apparecchiature.

## Prevenzione delle complicanze dovute ad aspirazione

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).

Osservare il danno cognitivo. Se è sospettata la sua presenza il bambino dovrebbe essere inviato ad un professionista appropriato per una valutazione al fine di assicurare che sia in grado di seguire le istruzioni quando assistito per l'alimentazione. Le istruzioni verbali dovrebbero essere date secondo l'età mentale e il livello di comprensione del bambino. I bambini con deficit di memoria o facilmente distraibili dovrebbero essere costantemente ricordati a masticare e deglutire il boccone. La loro bocca dovrebbe essere guardata alla fine del pasto per prevenire il soffocamento dovuto a residui di cibo impacchettati.

Osservare i fattori comportamentali: usare strategie non aggressive nell'affrontare il

rifiuto del cibo. I bambini impulsivi richiederanno un monitoraggio assiduo uno a uno. Tenere le vivande fuori portata del bambino, ricordargli di mangiare lentamente e assicurarsi che il bolo sia deglutito prima di offrirgli un altro boccone. Nei bambini agitati con danno cerebrale, un ambiente senza distrazioni e il pasto fornito da persone familiari aiuteranno a mantenere l'alimentazione orale.

## Ringraziamenti

Questo è stato sviluppato dal Joanna Briggs Institute con l'assistenza di un panel di revisione esperto: Ms Prabha Ramritu, Queensland Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery, Australia. Inoltre questo foglio informativo di *Best Practice* è stato revisionato da persone designate da Centri Internazionali che Collaborano con il Joanna Briggs.

## Bibliografia

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/aproach.php>
2. The Joanna Briggs Institute. Identification and Management of Dysphagia in Children. *Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals*. 4(3): 2000, 1-6.
3. 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.
4. Skitberg, LL & Bantz DL. Management of children with swallowing disorders. *Journal of Pediatric Health Care* 13. 1999; 13(5): 223-229.
5. Rudolph CD & Thompson D. Feeding disorders in infants and children. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2002; 49(1): 97-112.
6. Dusick A. Investigation and Management of Dysphagia. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2003; 10(4): 255-264.
7. Garg BP. Dysphagia in children: An overview. *Seminars in Pediatric Neurology*. 2003; 10(4): 252-254.
8. 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.
9. 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.
10. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evidence Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.



This *Best Practice* information sheet presents the best available evidence on this topic. Implications for practice are made with an expectation that health professionals will utilise this evidence with consideration of their context, their client's preference and their clinical judgement.<sup>19</sup>



**THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE**

The Joanna Briggs Institute  
Royal Adelaide Hospital,  
North Terrace, South Australia, 5000  
[www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)  
© The Joanna Briggs Institute 2009

ph: +61 8 8308 4880  
fax: +61 8 8308 4881  
email: [jbi@adelaide.edu.au](mailto:jbi@adelaide.edu.au)

Published by  
Blackwell Publishing



**WILEY-  
BLACKWELL**

\*The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.