



Regione Emilia Romagna
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

DIREZIONE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO,

TECNICO E RIABILITATIVO

Centro Studi EBN

Area Governo Clinico



Evidence Based Speech Therapy

La presa in carico del Paziente con Disfagia neurologica post-Stroke in fase di ospedalizzazione

Ricercatore EBN
Modena Luciana

Gruppo di lavoro
Bettoni Maria
Montanari Vittoria
Poponi Carla

La presa in carico del paziente con disfagia neurologica post-stroke in fase di ospedalizzazione

Modena L.; *Bettoni M.; *Montanari V.; ****Poconi C.

** Logopedista, Ricercatore EBN, *Logopedista, *** Fisioterapista

Introduzione

La comparsa di disfagia con conseguente difficoltà ad alimentarsi oralmente, si manifesta in un cospicuo numero di pazienti con stroke. Anche se l'incidenza varia a seconda del periodo in cui viene effettuata l'indagine del disturbo, l'evidenza videofluoroscopica la rileva nel 64-90% dei pazienti coscienti post-stroke nella fase acuta con un'aspirazione confermata del 22-42% dei casi.¹

Date le importanti sequele correlate alla disfunzione deglutitoria, è generalmente riconosciuta l'importanza che essa sia precocemente diagnosticata poiché può portare a disidratazione, malnutrizione, infezioni polmonari e morte^{2,3}. La disfagia inoltre è associata ad un minore recupero riabilitativo, ad un allungamento dei tempi di ricovero ospedaliero e ad un elevato rischio di istituzionalizzazione⁴.

Per tutti i motivi suddetti le maggiori raccomandazioni in tema di disfagia insistono sull'importanza di effettuare lo screening di tutti i pazienti con stroke, prima di alimentarli oralmente, per identificare la presenza o l'assenza del disturbo.

Idealmente, lo screening dovrebbe essere intrapreso non appena il paziente è vigile e consapevole. È molto probabile che i pazienti che superano lo screening non abbiano significative difficoltà di deglutizione ed abbiano minimi rischi di complicanze da disfagia. Questi, pertanto, possono essere alimentati in modo normale. Coloro che invece falliscono allo screening devono essere mantenuti in NPO (Nihil per Os) fino a quando non saranno valutati in modo più approfondito, preferibilmente prima del terzo giorno dopo lo stroke.

L'approccio valutativo dovrebbe comprendere un esame clinico bedside e successivamente, se vengono identificati dei segni clinici, un esame strumentale, come una VFS⁵ o una FESS. I risultati dell'indagine supporteranno le decisioni sul come alimentare il paziente: dieta modificata o alimentazione enterale.

La presa in carico del paziente disfagico

Nelle unità assistenziali dedicate ai soggetti che hanno subito un ictus è fondamentale l'intervento del Team interprofessionale. Questo deve verificare alcune attività di base come stato di coscienza, stato nutrizionale, rischio di decubiti, esigenze del paziente correlate alle limitazioni motorie. In molti studi, queste ultime ed altre condizioni predisponenti l'infezione polmonare o l'ipossia, sono state viste collegate ad aspirazione di materiali solidi e liquidi e possono essere in parte evitate

¹ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] 2004: Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. Edimburgh

² SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] 2004. Op Cit.

³ Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002; 17: 139-46

⁴ S.PR.E.A.D. [Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion] 2005: "*Ictus Cerebrale, linee guida Italiane di prevenzione e trattamento*". Racc.ne 14.4

⁵ Logemann JA. (1986), "Manual of videofluorographic study of swallowing". College Hill press. S. Diego

facendo assumere al paziente posizioni che favoriscano il drenaggio bronchiale ed eventualmente attuando le manovre che favoriscano l'espulsione delle secrezioni bronchiali⁶.

Come parte del team, il logopedista, fin dalle prime 24-48 ore dall'evento,⁷ effettua lo screening per la disfagia,⁸ unitamente a quello per le abilità cognitive e l'efficienza comunicativa, e ne mantiene il monitoraggio quotidiano nei giorni successivi⁹. E' essenziale, in tale contesto, la condivisione delle decisioni riguardanti la gestione della persona disfagica¹⁰ con il team multidisciplinare e familiari/caregivers. Tali decisioni riguardano le modalità di alimentazione da utilizzare e, se è possibile la via orale, la consistenza del cibo e le posture di compenso da far assumere al paziente quando si alimenta.

Nel periodo post-acuto, se permane la sintomatologia disfagica, la logopedista effettua una valutazione, completata dall'indagine strumentale radiologica o endoscopica, per una migliore definizione del disturbo e per rilevare eventuali segni di aspirazione¹¹. In questa fase diventa particolarmente importante l'intervento riabilitativo mirato al ripristino della componente anatomico-funzionale coinvolta, utilizzando le metodiche più adeguate al paziente ed al quadro sindromico. Tale intervento non è attualmente sostenuto da una forte evidenza, ma trova il sostegno di informazioni aneddotiche tratte da studi ben condotti.^{12, 13}

⁶ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit Racc.ne 14.30

⁷ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit Racc.ne 14.24

⁸ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit Racc.ne 14.23

⁹ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] 2004. Op Cit

¹⁰ Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005

¹¹ SIGN[Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op.Cit.

¹² Sharkawi A.El, Ramig L, Logemann JA, Pauloski BR, Smith CH, Pawlas A, Baum S, Werner C. (2002) "Swallowing and voice effect of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT®): a pilot study" J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 72;31-36

¹³ Hamdy S.; Jilani S.; Price V.; Parker C.; Hall N.; Power M.(2003) Modulation of human swallowing behaviour by thermal an chemical stimulation in health and after brain injury Neurogastroenterology and Motility Vol.15 Num 1, pp 69-77

Pianificazione dell'intervento nella Stroke-Care

POPOLAZIONE	Adulti con disfagia post stroke in fase acuta ¹⁴
PERIODO DI TRATTAMENTO	Entro 24 ore dalla ripresa di coscienza al trasferimento/dimissione
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	15-30 minuti più volte al giorno
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Quotidiane per cinque giorni alla settimana ¹⁵
SCALE DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione clinica bedside della funzionalità deglutitoria orofaringea:¹⁶ - Test con acqua¹⁷ - Test con liquidi e solidi di diversa consistenza - Pulsossimetria (in associazione ai precedenti)¹⁸
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione al profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: miglioramento relativo ad uno o più tests

¹⁴ SPREAD (2005). Op.Cit Racc.ne 14.44

¹⁵ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit.

¹⁶ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit.

¹⁷ De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ. (1992), "Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke". Arch Neurol; 49: 1259-1261.

¹⁸ SIGN[Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

1° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura cartella riabilitativa - Presa in carico valutativa (screening delle competenze NP correlate¹⁹ : stato di vigilanza, controllo di capo e tronco, abilità prassiche, attentive, comunicative e linguistiche) - Lettura della documentazione clinica - Osservazione e screening valutativo - Presa in carico riabilitativa (introduzione di strategie compensative di alimentazione orale^{20, 21}; dieta modificata e/o posture di capo/collo/tronco²²; stimolazione della capacità attentiva²³) - Condivisione con il team multidisciplinare²⁴
DAL 2° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio e screening delle modificazioni della deglutizione - Intervento riabilitativo^{25,26} (stabilizzazione delle strategie di compenso; rinforzo muscolare; stimolazione termica; stimolazione chimica; esercizi vocali) - Addestramento di familiare e/o caregivers^{27, 28} - Counseling²⁹ - Partecipazione al team multidisciplinare
DIMISSIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione per trasferimento/dimissione³⁰ - Chiusura della cartella riabilitativa

¹⁹ SIGN[Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

²⁰ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

²¹ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit

²² Logemann, J.A., et al. (1989), "The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia". Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 70, 767-771

²³ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit Racc.ne GPP 14.38

²⁴ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit Racc.ne 14.7

²⁵ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

²⁶ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit

²⁷ SIGN (2004). 2004. Op. Cit

²⁸ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit

²⁹ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit

³⁰ S.P.R.E.A.D. (2005). Op.Cit

Pianificazione intervento riabilitativo in reparto predisposto alla degenza post stroke

POPOLAZIONE	Pazienti adulti con disfagia secondaria a stroke in fase post-acuta
PERIODO DI TRATTAMENTO	Entro 24 ³¹ ore dalla richiesta di presa in carico valutativa
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	30-60 minuti
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Quotidiane per cinque giorni alla settimana
SCALE DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione clinica bedside della funzionalità deglutitoria orofaringea³² - Test con acqua³³ - Test con liquidi e solidi di diversa consistenza - Pulsossimetria (in associazione ai precedenti)³⁴ - Rilevazione del controllo di capo e tronco e Screening delle competenze NP correlate allo stroke³⁵ (stato di vigilanza, abilità prassiche, attentive e comunicative)
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione al profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: Passaggio dall'alimentazione per sonda ad alimentazione per OS

³¹ Guida all'unità operativa di medicina fisica e riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*

³² SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit.

³³ De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ. (1992), "Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke". Arch Neurol; 49: 1259-1261.

³⁴ SIGN[Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

³⁵ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

1° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura cartella riabilitativa - Presa in carico valutativa - Raccolta dati clinici - Osservazione e screening e della capacità attentiva della funzione deglutitoria - Presa in carico riabilitativa (introduzione di strategie compensative di alimentazione orale^{36, 37}; dieta modificata e/o posture di capo/collo/tronco³⁸; - stimolazione attentiva³⁹) - Condivisione con il team multidisciplinare⁴⁰
DAL 2° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio e screening delle modificazioni della deglutizione - Programma riabilitativo^{41, 42, 43} (rinforzo muscolare; stimolazione termica; stimolazione chimica; esercizi vocali) - Addestramento di familiare e/o caregivers^{44, 45, 46} e counseling⁴⁷ - Partecipazione al team multidisciplinare
DIMISSIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione per dimissione/ trasferimento - Chiusura della cartella riabilitativa

³⁶ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

³⁷ S.P.R.E.A.D. (2005): Op.Cit

³⁸ Logemann, J.A., et al. (1989), "The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia". Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 70, 767-771

³⁹ S.P.R.E.A.D. (2005): Op.Cit Racc.ne GPP 14.38

⁴⁰ S.P.R.E.A.D. (2005): Op.Cit Racc.ne 14.7

⁴¹ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). Op. Cit

⁴² S.P.R.E.A.D. (2005): Op.Cit

⁴³ Neurogastroenterology & Motility (2003), "Modulation of human swallowing behaviour by thermal and chemical stimulation in health and after brain injury" Volume 15 Issue 1 Page 69

⁴⁴ SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2004). 2004. Op. Cit

⁴⁵ S.P.R.E.A.D. (2005): Op.Cit

⁴⁶ Ramritu P, Finlayson K, Mitchell A, Croft G. (2000). "Identification and Nursing Management of Dysphagia in Adult with Neurological Impairment". The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Volume 4, Issue 2,

⁴⁷ S.P.R.E.A.D. (2005): Op.Cit

Bibliografia

1. Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola Malpigli (2006): *Riorganizzazione del percorso assistenziale ospedaliero e attivazione di un'area dedicata ai pazienti con ictus*.
2. De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ. (1992). Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke. *Arch Neurol*; 49: 1259-1261.
3. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002; 17: 139-46
4. Guida all'unità operativa di medicina fisica e riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*
5. Logemann JA. (1986), "Manual of videofluorographic study of swallowing". College Hill press. S. Diego
6. Logemann, J.A., et al. (1989). The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 70, 767-771
7. *Neurogastroenterology & Motility* (2003). Modulation of human swallowing behaviour by thermal and chemical stimulation in health and after brain injury. Volume 15 Issue 1 Page 69
8. Ramritu P, Finlayson K, Mitchell A, Croft G. (2000). Identification and Nursing Management of Dysphagia in Adult with Neurological Impairment. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Volume 4, Issue 2,
9. Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005
10. S.P.R.E.A.D. [Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion] 2005: "*Ictus Cerebrale, linee guida Italiane di prevenzione e trattamento*".
11. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] 2004: Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. Edimburgh.