

VALUTAZIONE, PRESENZA E GRAVITA' DELLA DISFAGIA

STEFANO MANTOVANI

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE SERVIZI ALLA PERSONA

**58° CONGRESSO NAZIONALE SIGG
14° CORSO INFERMIERI SIGG**

TORINO, 28 e 29 NOVEMBRE 2013

Allo stato attuale l'indagine strumentale è di difficile applicabilità nelle RSA:

E' costosa sia in termini economici che di carico di lavoro (spostamento presso strutture specializzate, distacco operatori) , anche se ultimamente è possibile valutare gli anziani istituzionalizzati attraverso l'utilizzo di fibro-endoscopi da parte degli otorinolaringoiatri anche in soggetti debilitati o con deterioramento cognitivo.

- Nell'anziano spesso i problemi di deglutizione si manifestano in maniera subdola
- I tempi per alimentarsi si allungano progressivamente - cambiano le abitudini alimentari (consistenza e sapore diverso, diminuzione dell'assunzione di liquidi) - compare le tosse durante i pasti - episodi febbrili

- SUBITO: anamnesi mirata e swallow test O BEDSIDE eXAMINATION
- Laringoscopia
- Videofluorografia (difficile in RSA e complessa per molti pazienti)

Valutazione della disfagia

Esame clinico

- ❑ Livello di coscienza
- ❑ Disfonia
- ❑ Tosse volontaria
- ❑ Fuoriuscita involontaria di saliva
- ❑ Asimmetria nella sensibilità dei movimenti del volto

Il rischio di disfagia è la presenza di uno o più dei precedenti fattori

Per fare ciò basta osservare il nostro ospite, sono fattori semplici, affidabili, predittivi

L'OSSERVAZIONE DEL PASTO

La segnalazione di sospetta disfagia può e deve essere fatta da:

parenti

care givers

volontari

personale ASA e OSS

infermieri

educatori

riabilitatori

medici

**ASA, OSS,
care givers**

Osservazione

Pasto:

ci sono segni
sospetti di
disfagia

INFERMIERE

di

riferimento

osservazione

pasto

paziente

cartella

LOGOPEDISTA

Raccolta dati

da **ASA, OSS**

e Infermieri

+

VALUTAZIONE

COSA VI PUO' FAR PENSARE CHE UN PAZIENTE AVRA' PROBLEMI A DEGLUTIRE

L'ospite sembra
malnutrito e
disidratato

L'ospite fa fatica a stare
sveglio, non riesce a
concentrarsi

L'ospite fa fatica a
articolare le parole

L'ospite non ha appetito,
rifiuta di mangiare, vuole
solo alcuni piatti e non altri

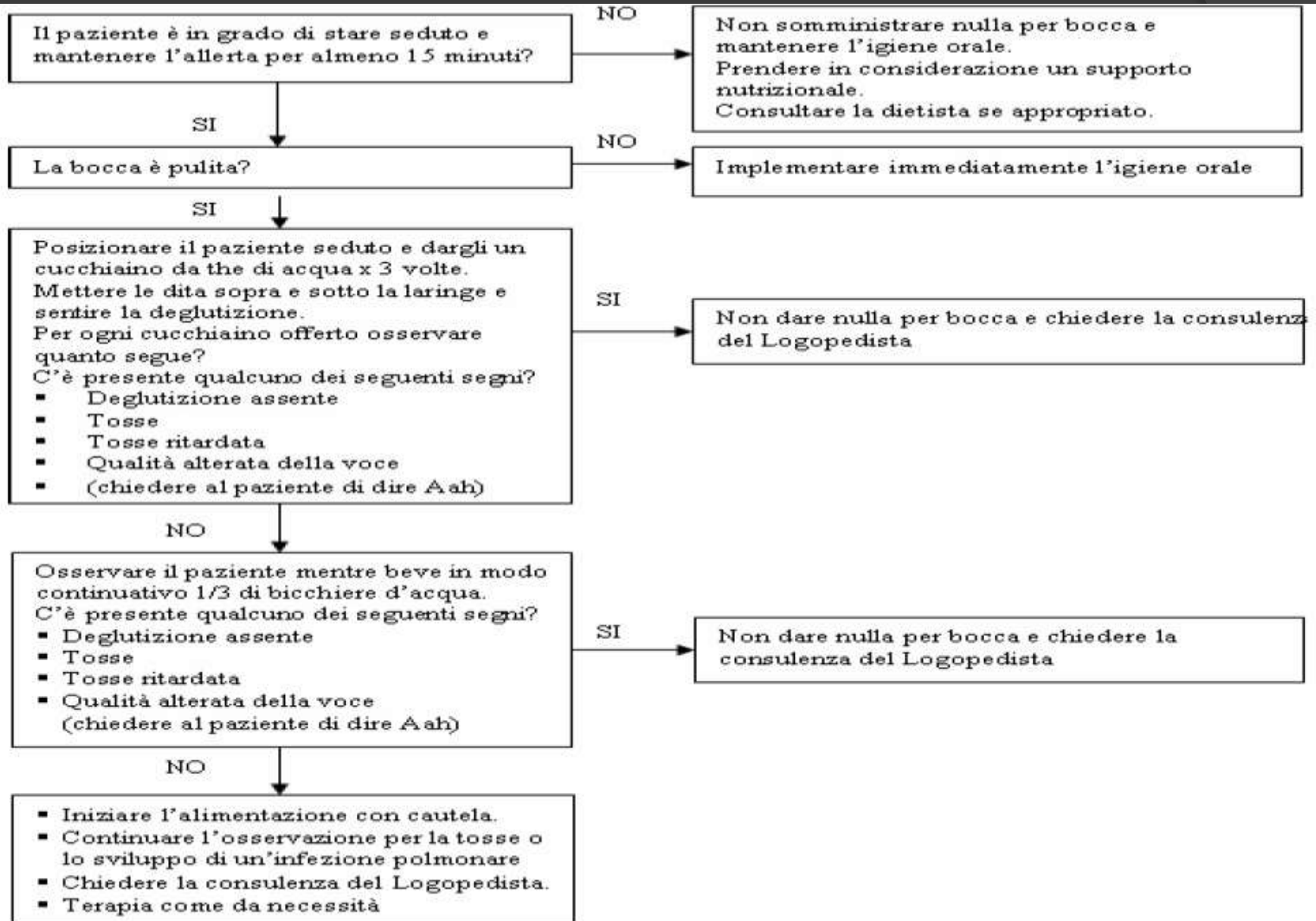
Generali

- difficoltà nel gestire le secrezioni orali o sbavature;
- assenza o debolezza di tosse e deglutizione volontaria;
- modificazione di qualità/tono della voce (raucedine);
- diminuzione dei movimenti della bocca e lingua;
- lingua protrusa / riflessi orali primitivi;
- schiarimenti di gola frequenti;
- igiene orale insufficiente;
- cambiamenti della modalità di alimentazione;
- rialzo di temperatura;
- perdita di peso e/o disidratazione;
- frequenti infezioni toraciche;

Durante il pasto

- Lentezza ad iniziare una deglutizione e/o ritardo a deglutire(oltre i cinque secondi);
- masticazione o deglutizione non coordinate;
- deglutizioni multiple per ogni boccone;
- Impacchettamento del cibo nelle guance;
- Rigurgiti orali e nasali di cibo/liquidi;
- Prolungamento del tempo del mangiare/bere;
- Tosse o starnuti durante/dopo l'alimentazione.

SCREENING DELLA DISFAGIA (SIGN 2004)



**GRIGLIA D'OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO
DURANTE IL PASTO DEL PAZIENTE DISFAGICO**
(A. Amtrano - M. Crinelli)

1. Soggette osservato

Cognome:

Nome:

Data dell'osservazione:

Data d'insorgenza dell'evento patologico:

- Eziologia:
- Stroke troncale
 - Stroke encefalico
 - Stroke cerebellare
 - Trauma cranico
 - Sclerosi multipla
 - Sclerosi laterale amiotrofica
 - Neoplasia
 - Parkinson
 - Altro

2. Check-list

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Il paziente è disteso nel letto durante il pasto: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2) È seduto: <input type="checkbox"/> in carrozzina
<input type="checkbox"/> sulla sedia
<input type="checkbox"/> sul letto | | |
| 3) Durante il pasto è presente un care giver: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4) È autonomo nell'assunzione del cibo: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5) La capacità di iniziare il pasto avviene in maniera autonoma: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6) È in grado di utilizzare adeguatamente le posate: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7) Si versa il cibo addosso: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8) Utilizza in modo adeguato il tovagliolo: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9) Inizia a mangiare solo se sollecitato: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Valutazione della disfagia

- ◉ **Three-oz Water Swallow Test:** al paziente seduto in posizione comoda ed eretta si richiede di bere senza interruzione tre sorsi d'acqua da un bicchiere. Si valuta la presenza di segni di disfagia: tosse (fino a un minuto dopo la deglutizione), gorgoglio o cambiamenti di voce;
- ◉ **Bedside Swallowing Assessment Scale:** è uno strumento abbastanza complesso, che valuta la presenza di disfagia analizzando molte variabili. In sintesi, vengono considerati: il livello di coscienza, il controllo della testa e del tronco, i nervi cranici e la muscolatura oro-facciale, il riflesso della tosse. Si somministra acqua, in quantità crescenti, con la valutazione dei segni classici di disfagia (tosse e gorgoglio).

TEST DELLA DEGLUTIZIONE SWALLOW TEST

- Far sedere l'ospite in posizione eretta
- Mento retratto
- Ambiente tranquillo
- Far bere 10 ml di acqua per tre volte consecutive con il cucchiaino

Ad ogni cucchiaino:
verificare l'avvenuta deglutizione;
attendere qualche secondo (ev. tosse)
far parlare la persona (voce gorgogliante)

Poi far bere un bicchiere d'acqua (circa 50 ml)

Sospendere il test se si manifesta qualsiasi
difficoltà alla deglutizione

La stessa procedura può essere ripetuta con
sostanze addensate o gelificate o con un budino.

ESITO DEL TEST

CLASSIFICAZIONE DELLA DISFAGIA

1. **ASSENTE** corretta deglutizione
2. **LIEVE** voce gorgogliante dopo la deglutizione di acqua
3. **MODERATA** voce gorgogliante/ tosse
4. **GRAVE** tosse severa alla deglutizione dei liquidi e dei solidi

Lo Swallow test

Ha una sensibilità dell' 67%

(può raggiungere l'88% se lo si associa ad auscultazione cervicale o all'uso del pulsossimetro) e una specificità dell'88 %

BEDSIDE EXAMINATION

STANDARDISED SWALLOWING SCREEN - modificato

(Tratto da: Perry L. 2001)¹

Checklist Pre-Screening della Deglutizione: da completare entro 24 ore dal ricovero

Nome _____ U.O. _____

Data _____ Firma _____

Igiene Orale: E' necessario provvedere alle pratiche di igiene orale? SI NO

Parte 1.

1. Il paziente è consapevole e vigile, o risponde verbalmente? SI NO

2. Il paziente è in grado di stare seduto e controllare la posizione della testa? SI NO

▪ Se la risposta è NO in entrambe le domande: - NON ANDARE OLTRE e
- NON PROCEDERE ALLO SCREENING

Rivalutare il paziente ogni 24 ore e se rimane impossibile effettuare lo screening o l'approfondimento, discutere con il team sanitario la via di somministrazione per l'apporto idrico e nutrizionale.

Parte 2.

3. Il paziente può tossire su richiesta? SI NO

4. Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva? SI NO

5. Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore ed inferiore? SI NO

6. Il paziente è in grado di respirare liberamente?
(p.e. non difficoltà respiratorie o problemi a mantenere Sa O₂) SI NO

Domande 3-6: Risposta SI PROCEDERE CON LO SCREENING

Risposta NO FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica

7. Il paziente ha voce "BAGNATA/GORGOGLIANTE":

SI FERMARSI E RICHIEDERE una valutazione specifica

NO PROCEDERE CON LO SCREENING

Parte 3

Water swallow test con controllo della saturazione di Ossigeno: controindicata per i pazienti in cui l'aspirazione sia probabile o nota sulla base di altri segni²

Porre il saturimetro al dito indice della mano "sana" e monitorare i valori da 1 minuto prima di iniziare la prova fino ai 2 minuti successivi alle somministrazioni di acqua.

- * Ripetere per tre volte la somministrazione di un cucchiaino da the di acqua (10 ml)
- * Far bere, senza interruzione, 50-ml di acqua con una tazza.³

Conclusioni

- nulla per OS
- possibilità di alimentazione per OS
- richiesta di consulenza per approfondimento.

VALUTAZIONE LOGOPEDICA DELLA DISFAGIA

La valutazione diretta, non strumentale, del paziente e degli organi coinvolti nella Deglutizione, viene definita

“ bedside examination ”

E comprende :

anamnesi e raccolta dati clinici
esame diretto non strumentale
prove di alimentazione

ANAMNESI E RACCOLTA DATI CLINICI

- Condizioni generali e nutrizione
- Patologie neurologiche
- Interventi chirurgici
- Consumo di alcool
- Uso di farmaci
- Eventuali S N G, PEG, tracheostomia

ESAME DIRETTO NON STRUMENTALE

Osservazione

postura,

respirazione ,

livello di vigilanza ,

livello comunicativo ,

articolazione della parola ,

posizione della bocca e lingua a riposo ,

condizioni dei denti e mucose , ristagni

presenza di scialorrea o perdita di saliva .

ESAME DIRETTO NON STRUMENTALE

Valutazione morfo-dinamica

Labbra (sigillo labiale)

Guance

Lingua (movimenti principali)

Mandibola

(apertura, chiusura, protrusione, retrazione, movimenti di lateralità)

Palato molle (movimento volontario A - involontario)

Laringe (basculamento)

Controllo muscolatura del capo - tronco

ESAME DIRETTO NON STRUMENTALE

Valutazione della sensibilità

TATTILE	guance	faringe
	labbra	palato
	lingua	
GUSTATIVA		

Valutazione riflessi

NORMALI	deglutizione
	gag reflex
	tosse
PATOLOGICI	Suzione -deglutizione
	Punti cardinali
	Morso

PROVE DI ALIMENTAZIONE

FASI ORALI

suzione

masticazione

FASE FARINGEA

(preferibilmente con FEES)

bolo semisolido

bolo liquido

PROVE DI ALIMENTAZIONE

Prima prova eseguita con Bolo liquido - fisiologica

NOTA : nessun test non strumentale è in grado di rivelare il grado dell'aspirazione silente, si può sensibilizzare il test con l'auscultazione cervicale e/o con l'ossimetria.

Quindi

- prima si ascolta il ritmo respiratorio del paziente
- Imparo a percepire i diversi rumori
- Ascolto eventuali cambiamenti respiratori (da 2 " a 60 " ristagno)
- Ascolto comparsa voce bagnata
- Ascolto la tosse anche a distanza di tempo (120 " - 180 ")

PROVE DI ALIMENTAZIONE

Prima prova eseguita con Bolo liquido - fisiologica

NOTA : abolire la fretta nella valutazione

NOTA : fare la valutazione almeno 2 volte a distanza di tempo, e in momenti diversi della giornata perché ci potrebbero esserci variabili che cambiano e modificano il risultato.

Es. sonnolenza

assunzione di farmaci

stanchezza

PROVE DI ALIMENTAZIONE

Seconda prova eseguita con Bolo semiliquido

Seconda prova eseguita con Bolo "solido"

NOTA : preferibile utilizzare sostanze bianche che favoriscono il rilevamento di ristagno nella cavità orale

NOTA : monitoraggio dei segni indiretti

- rialzo febbrile

- aumento delle secrezioni - muco bronchiale

- alterazioni della voce

- dolori sternali

- tosse ritardata

BEDSIDE EXAMINATION

- ⦿ Metodica non invasiva a basso costo
altamente specifica e sensibile
- ⦿ La BSE pone il sospetto o conferma
l'esistenza di disfagia e le sue
complicanze

CLINICAL BEDSIDE ASSESSMENT (Logemann et al. 1999)

Conservato Compromesso

Anamnesi

- ⊙ 1. Storia di ricorrenti polmoniti
- ⊙ 2. Frequenti innalzamenti di temperatura
- ⊙ 3. Ipotesi di polmonite ab ingestis
- ⊙ 4. Lungo periodo di intubazione (+ 1 sett) o di cannula tracheostomica

Comportamento

- ⊙ 5. Vigilanza
- ⊙ 6. Assenza di collaborazione / agitazione
- ⊙ 7. Attenzione / capacità di interazione
- ⊙ 8. Consapevolezza del problema di deglutizione
- ⊙ 9. Consapevolezza delle secrezioni
- ⊙ 10. Capacità di gestire le secrezioni

Funzioni motorie aspecifiche

- ⊙ 11. Controllo posturale
- ⊙ 12. Affaticabilità

Risultati dei test delle funzioni motorie orali

- ⊙ 13. Anatomia e fisiologia orale, faringea, laringea
- ⊙ 14. Capacità di eseguire ordini
- ⊙ 15. Disartria
- ⊙ 16. Deficit di forza facciale
- ⊙ 17. Aprassia orale
- ⊙ 18. Sensibilità orale
- ⊙ 19. Contrazione della parete faringea nel morso
- ⊙ 20. Deglutizione di saliva
- ⊙ 21. Tosse volontaria, autodetersione delle vie aeree

Osservazione durante prove di deglutizione : 1 cc di liquido, 1 cc di budino, ¼ di biscotto (a masticazione conservata)

- ⊙ 22. Aprassia della deglutizione
- ⊙ 23. Residui orali
- ⊙ 24. Tosse, autodetersione delle vie aeree
- ⊙ 25. Ritardo di innesco
- ⊙ 26. Ridotta elevazione laringea
- ⊙ 27. Voce gorgogliante
- ⊙ 28. Deglutizioni ripetute per singolo bolo

Dalle categorie soprariportate sono state create tre livelli di punteggio

- ① 1. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle 28 osservazioni
- ② 2. il numero totale totale di risposte “compromesso” ottenute dalle categorie Comportamento e Funzioni motorie aspecifiche
- ③ 3. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle categorie inerenti le Funzioni motorie orali e le osservazioni durante le prove di deglutizione.

UN ALTRO STRUMENTO

E 1. La difficoltà a deglutire mi causa perdita di peso	6. Deglutire mi causa dolore
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. La difficoltà a deglutire mi rende difficile pranzare fuori casa	7. La difficoltà a deglutire mi riduce il piacere del pasto
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Deglutire i liquidi mi risulta difficoltoso	8. Quando deglutisco il cibo si ferma in gola
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Deglutire i cibi solidi mi risulta difficoltoso	9. Quando mangio tossisco
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Ho difficoltà a deglutire i medicinali	10. Deglutire mi genera ansia
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

EAT-10:

Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria

Obiettivo Il test EAT-10 aiuta a misurare le difficoltà di deglutizione. Istruzioni Risponda ad ogni domanda barrando il valore corrispondente all'entità del sintomo.

Consideri che : 0 = nessuno problema e 4 = problema serio.

Punteggio: Sommi i singoli punteggi e scriva il totale nelle caselle. Punteggio totale Punteggio totale (massimo 40 punti)

Cosa fare dopo Se il suo punteggio totale è pari o maggiore di 3, potrebbe avere problemi a deglutire in modo corretto e sicuro. Le consigliamo di condividere i risultati del test EAT-10 con il suo medico.

Referenze: sono state determinate la validità e l'affidabilità del questionario EAT-10. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals Otology Rhinology 2008; 117 (12): 919-924

Valutazione ed identificazione della Disfagia SPREAD 2007

Raccomandazioni

Queste raccomandazioni sono basate sulla migliore evidenza disponibile, comunque, deve essere segnalato che alcuni studi hanno il limite di campioni piccoli e c'è bisogno di ulteriori ricerche per supportare quanto trovato.

Quando l'individuo è stato identificato a rischio o con disfagia, deve essere inviato, per ulteriori valutazioni, al medico specialista o al logopedista.
Evidenza di **Livello 4**

Gli infermieri devono assicurare che il sapore, la consistenza e il tipo di cibo o liquido sia dato come prescritto.

Evidenza di **Livello 4**

L'introduzione orale deve essere monitorata per assicurare un'adeguata nutrizione e idratazione.

Evidenza di **Livello 4**

Gli infermieri devono assicurare che tutti i care giver abbiano le conoscenze e abilità per alimentare individui con disfagia. Evidenza di **Livello 3 e 4**

Un programma ufficiale di gestione multidisciplinare per la disfagia potrebbe essere utile nella promozione del riconoscimento precoce, nella gestione corretta e nella prevenzione delle complicazioni. Evidenze di **Livello 3 e 4**

La conoscenza dei fattori di rischio e dei segni e sintomi della disfagia è fondamentale per la diagnosi precoce.
Evidenza di **Livello 4**

I protocolli infermieristici o gli strumenti per lo screening (comprese le linee guida di riferimento) possono aiutare nella diagnosi precoce e nella gestione. Evidenza di **Livello 4**

L'individuo identificato a rischio o con disfagia deve rimanere senza alimentazione orale finché non viene valutato da un professionista esperto. Evidenza di **Livello 4**

Bibliografia

Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982. the Eating Attitude Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12: 871-878;

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke, Identification and management of dysphagia. 2004

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion (SPREAD), *Ictus Cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*, 2003

Percorso assistenziale per il paziente con disfagia orofaringea, Centro studi EBN Bologna 2009

Grazie per l'attenzione