



È evidente che...

22

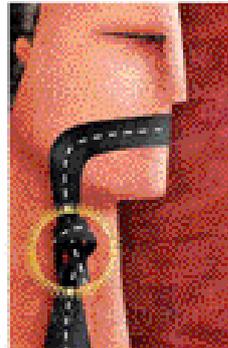
A cura di Stefano Sfondrini *

È EVIDENTE CHE... il problema della disfagia post ictus riguarda un numero elevato di persone, determinando conseguenze gravi e disabilitanti tra cui la disfagia. Per "disfagia" si intende la difficoltà di deglutizione, ovvero una funzione complessa controllata dall'emisfero cerebrale sinistro che coinvolge 20 muscoli e 5 nervi, che determina la temporanea chiusura della faringe impedendo a cibi e liquidi di entrare nei polmoni. È la principale causa di disabilità nelle persone affette da ictus (Schroeder et al., 2006), è presente in tutte le sue forme, colpisce circa il 30-50% dei casi ma resta soprattutto un importante fattore di mortalità (Altman et al., 2007). Le persone disfagiche hanno infatti un rischio più elevato ed immediato di sviluppare malnutrizione, disidratazione, infezioni polmonari, febbre idiopatica, fatigue, broncospasmo, depressione associato ad un incremento di disabilità e mortalità. Entro 6 mesi dall'evento possono inoltre insorgere problemi respiratori, polmoniti ab ingestis che sono soprattutto causati dall'assunzione di liquidi. Questo articolo, attraverso la ricerca bibliografica effettuata tra la letteratura disponibile, ha come scopo l'individuazione di uno strumento valido ed efficace al fine di consentire al professionista infermiere di valutare precocemente la disfagia in una persona adulta colpita da ictus cerebrale in fase acuta. In particolare si è cercato di verificare se tra gli strumenti ritrovati, "Il Toronto *Bedside*

*La valutazione della disfagia post ictus
Con il Toronto Bedside Swallowing Test*

Swallowing Test" può considerarsi quello più efficace per valutare tale manifestazione. Sebbene questo argomento risulti essere molto trattato in ambi-

to infermieristico, mi è sembrato interessante rivederlo tenendo conto delle informazioni scaturite da studi più recenti condotti in questo campo. L'obiettivo è stato quello di giungere ad una possibile conclusione rilevante per l'assistenza infermieristica, in grado di migliorare e modificare la pratica clinica per fornire un'assistenza infermieristica migliore, competente e personalizzata.



MATERIALI E STRUMENTI

Per individuare lo strumento migliore per rilevare la disfagia è stata effettuata, da Marzo a Giugno 2008, una ricerca bibliografica in diverse fonti quali: banche dati (Medline, Cinahl, Cochrane), siti di interesse infermieristico (www.evidencebasednursing.it, www.infermieri.com, www.strokeassociation.org, www.nursingtimes.net), libri di testo ed alcune riviste di settore on-line (Dysphagia, Stroke, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation).

La strategia di ricerca, nelle banche dati, è stata impostata sia con parole chiave (usando termini quali stroke, deglutition disorder, dysphagia, middle aged); che con parola libera (usando *strok**, *deglutition**, *disorder**, *vascular**, *accident**, *acute**, *dysphagi**, *nurs**, *aploplex**, *swallow**, *esophageal**;). I risultati ottenuti sono stati uniti mediante gli operatori booleani AND (intersecare) ed OR (unire).

¹ Apponendo un asterisco (*) alla radice del termine ricercato si includono nella ricerca tutte le parole che hanno la medesima radice (es. da *nurs** si ottiene: *nurse*, *nurses*, *nursing*, ...)



Gli articoli reperiti sono stati analizzati e valutati attraverso gli abstract; infine ne sono stati selezionati e richiesti 63 *full text* inerenti all'argomento. I criteri di inclusione degli articoli analizzati sono stati: il campione da studiare e le sue caratteristiche (persona adulta, colpita da stroke in fase acuta), i testi redatti in lingua italiana, inglese, francese, tedesca e spagnola (lingue studiate durante la precedente formazione scolastica), l'anno di pubblicazione (dal 1990 ad oggi). I documenti non considerati sono stati quelli che avrebbero richiesto un pagamento per la consultazione, gli articoli scritti in lingue diverse dalle sopracitate e la non pertinenza con l'argomento trattato.

Nella ricerca sono stati posti alcuni limiti come: il genere (solo human) e l'età (aged, middle aged) ed impostati alerts per poter ricevere eventuali aggiornamenti relativi a pubblicazioni di nuovi studi. La valutazione dei contenuti e degli aspetti principali, che potevano essere indice di autorevolezza, sono stati il punto chiave del lavoro; hanno avuto grande importanza: titolo, abstract, autore, grado di expertise, anno di pubblicazione, tipo di studi (soprattutto metanalisi, revisioni sistematiche e studi randomizzati controllati), ampiezza del campione (studi quantitativi e qualitativi), strategia di ricerca, obiettivi raggiunti, parole chiave utilizzate.

DISCUSSIONE

La disfagia è un problema che riguarda un numero elevato di persone e, poiché determina gravi e disabling conseguenze, mi sono chiesto in che modo il professionista infermiere possa contribuire allo screening precoce ottimizzando la gestione e prevenendo quindi le complicanze. Westergren (2006) in una recente revisione sistematica ha affermato che la valutazione della disfagia deve essere di competenza infermieristica, da ciò l'esigenza di un'adeguata formazione all'uso di specifici strumenti di valutazione (Lees et al., 2006) validati da studi effettuati con rigore. Fondamentale è che, entro 24 ore dall'evento, venga effettuato uno screening per la disfagia prima di iniziare qualsiasi somministrazione di cibi, bevande o terapie orali anche nelle persone vigili e collaboranti: ciò permette di identificare possibili problemi di deglutizione, di ridurre i costi dell'assistenza (Bates e Stineman, 2000) ma soprattutto di migliorare la qualità di vita della persona. Lo screening deve permettere di individuare tra le persone a rischio quelle che possono iniziare, in tempi brevi, un'alimenta-

zione appropriata e sicura (SPREAD, 2003). È possibile, ad esempio, offrire alimenti saporiti (formaggi e/o pesce) che stimolano, mediante l'attivazione delle ghiandole salivari, il riflesso deglutitorio; oppure cibi cremosi, curandosi di servirli in modo invitante e non sottoforma di brodaglia poiché alcuni studi hanno dimostrato che, dal punto di vista psicologico, le persone tendono a non consumare piatti che assomigliano più a pappe per neonati che a piatti ben presentati (Negus, 1994), disponendo nel piatto i vari alimenti frullati separandoli l'uno dagli altri. È inoltre importante evitare che le persone mangino isolate dagli altri, in quanto aumenta il rifiuto ad alimentarsi (Callen e Wells, 2003), ma invitarle a consumare il pasto in compagnia, favorendo l'appetito, la relazione interpersonale e riducendo così possibili insorgenze di stati depressivi (Thomas e Morley, 2004).

Nella pratica clinica è indispensabile che tutti i professionisti infermieri sappiano riconoscere i fattori di rischio, i segni e sintomi della disfagia (The Joanna Briggs Institute, 2000) quali tosse, soffocamento, problemi di masticazione, tempo impiegato per mangiare e bere, perdita di cibo dalla bocca, garantendo quindi una più sicura alimentazione ed idratazione che deve essere somministrata nei 3 giorni successivi l'evento per via endovenosa in quanto principale causa di aspirazione (Trapl et al., 2007). Solo dopo aver effettuato un'accurata raccolta dati si può richiedere, se ritenuto necessario, un'ulteriore valutazione da parte di altri professionisti più competenti quali logopedisti, neurologi o richiedere una valutazione strumentale più approfondita mediante l'uso del video fluoroscopio considerato per diversi anni il gold standard tra gli strumenti diagnostici invasivi, anche se non accettato universalmente in quanto non può essere usato per quelle persone che non possono essere mobilizzate e trasportate in un reparto di radiologia od incapaci di assumere autonomamente la posizione eretta.

Attualmente in letteratura esistono diversi test di screening tra cui citiamo:

- Esame Clinico con rilevazione di almeno 2 dei 6 caratteri connessi ai problemi deglutori quali: disfonia, disartria, riflesso faringeo anormale, tosse volitiva, cambio di voce e tosse dopo la deglutizione (Daniel et al., 2006);
- *Videofluoroscopic Dysphagia Scale* (VDS) che identifica, in modo oggettivo, l'eventuale disfagia permanente post evento valutando la chiu-



sura delle labbra, la masticazione, il tempo di transito del bolo e la deglutizione (Han et al., 2008);

- *Swallowing Provocation Test* (SPT): ove si cronometra il tempo di latenza, che deve essere inferiore a 3 secondi, tra la somministrazione in bolo di 2 ml di acqua distillata, introdotta mediante un catetere sottile (4 Ch.) e l'inizio della deglutizione (Teramoto et al., 2000).

Nel 2000 il gruppo di lavoro della dottoressa Rosemary Martino ha rilevato in diverse revisioni sistematiche una carenza di prove di efficacia per l'utilizzo dei test sopra riportati e pertanto nessun singolo approccio ha una buona sensibilità e specificità nell'identificare la presenza di disfagia poiché non in grado di diagnosticare la presenza di aspirazioni silenziose (Singh 2006). Per tale motivo ha ritenuto indispensabile creare un nuovo strumento valido ed efficace basato sulle migliori prove di efficacia: il *Toronto Bedside Swallowing Test* (TOR-BSST). Dopo un periodo di prova durato 4 anni e testato su più di 300 persone ricoverate in luoghi assistenziali per degenti acuti, cronici e di riabilitazione (Martino et al., 2007) è stato presentato all'International Stroke Meeting di San Francisco ed è considerato attualmente il gold standard.

Tale strumento può essere utilizzato, previa formazione, da qualsiasi professionista sanitario: risulta facile da applicare ed offre la miglior potenzialità di valutazione poiché in grado di indagare in modo preciso ed accurato la presenza di disfagia con una sensibilità superiore al 93% ed una specificità superiore al 91% (Martino et al., 2008). Il TOR-BSST è suddiviso in 2 parti: la prima spiega l'importanza della valutazione ed indica quali strumenti sono utili per determinare la presenza di disfagia (esame fisico e capacità deglutitoria); contiene inoltre le istruzioni pratiche su come utilizzarlo al meglio indicando, ad esempio, come durata massima 10 minuti, per evitare di creare nella persona uno stato di agitazione rendendo inaffidabili i risultati ottenuti. La seconda parte tratta dei 5 principali test clinici che lo compongono, ovvero:

- 1 – test dell'acqua con 50 ml;
- 2 – test della sensibilità faringea;
- 3 – test dei movimenti linguali indeboliti;
- 4 – disfonia;
- 5 – debolezza muscolare generale.

Il primo test prevede la somministrazione di 50ml di acqua e l'osservazione della comparsa di even-

tuali sintomi di soffocamento, di tosse o di cambiamento della qualità della voce; è ritenuto un potenziale predittore di aspirazione con una sensibilità dell'80% ed una specificità dell'86% (Martino et al., 2000).

Il test della sensibilità faringea è considerato un buon indicatore di disfagia avendo una sensibilità del 100% ed una specificità del 60% (Martino et al., 2000); si effettua stimolando alternativamente i lati in fondo della bocca alla base della lingua: la sensibilità la si ritiene normale se ci sono movimenti sia del palato molle che delle pareti orofaringee con o senza riflesso di vomito.

La valutazione dei movimenti della lingua ha una sensibilità del 64% ed una specificità del 71%; questo test viene eseguito tenendo, con l'aiuto di un bastoncino, la lingua fuori e chiedendo alla persona assistita di muovere da un lato all'altro la lingua controllando eventuali difficoltà a compiere tale gesto. La disfonia e la qualità della voce, già presenti in letteratura, costituiscono un importante fattore di rischio per l'aspirazione con una sensibilità del 70% ed una specificità dell'84%.

La debolezza muscolare generale viene valutata controllando, mediante l'esame neurologico, il grado di emiparesi (deficit parziale di forza) e/o emiplegia (deficit totale di forza).

Le persone che superano il *Toronto Bedside Swallowing Test* possono iniziare con totale sicurezza una dieta orale in quanto si è dimostrato che non svilupperanno disfagia (Martino et al., 2006) mentre coloro i quali non lo superano dovrebbero effettuare un'ulteriore valutazione da parte di uno specialista in logopedia, incrementare la quantità di liquidi infusi per via endovenosa, ma soprattutto ricevere una maggiore assistenza infermieristica in quanto, oltre ad essere più esposti a sviluppare problemi correlati alla disfagia (es. polmoniti ab-ingestis, inalazioni, ecc.), saranno anche meno autonomi nel soddisfare il loro bisogno di assistenza infermieristica (BAI) di alimentazione e idratazione.

CONCLUSIONI

Tra gli strumenti ritenuti validi ed affidabili ho individuato, dalla documentazione reperita, che il *Toronto Bedside Swallowing Test* è un utile strumento per l'infermiere. Se opportunamente formato, infatti, l'infermiere può utilizzare questo strumento di valutazione in quanto egli è il professionista più idoneo per svolgere la valutazione della disfagia della persona colpita da ictus in fase



acuta, sia per le sue competenze, sia per lo stretto rapporto che mantiene con la persona assistita.

Occorre ricordare che in passato l'uso di questi strumenti era di sola pertinenza medica: ciò fa riflettere sull'arricchimento che ha ottenuto la professione al fine di intervenire precocemente per prevenire le problematiche nutrizionali ed infettive correlate al problema della persona colpita da ictus (Lin et al., 2003). L'identificazione precoce della disfagia risulta infatti determinante durante la fase di raccolta dei dati ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica perché permette di pianificare l'assistenza infermieristica rispondendo in

primis al B.A.I di alimentazione ed idratazione, ma producendo benefici anche sulla funzione respiratoria (per l'elevato rischio di infezioni correlate che possono essere prevenute) e sulla possibilità della somministrazione sicura della terapia orale. L'agire professionale richiama a precise responsabilità contenute nel Codice Deontologico "l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessioni critica sull'esperienza e la ricerca al fine di migliorare la sua competenza [...] fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci [...]".

BIBLIOGRAFIA

- Altman K.W., Schaefer S.D., Yu G.P., Hertegard S., Lundy D.S., Blumin J.H., Maronian N.C., Bates B.E., Stineman M.G. (2000) Outcome indicators for stroke: application of an algorithm treatment across the continuum of postacute rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81: 1468-1478.
- Callen B.L., Wells T.J. (2003) Views of community-dwelling, old people on barriers and aids to nutritional health. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3): 257-262.
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2^a ed. Milano: Masson.
- Comitato Centrale Federazione Collegi IPASVI (1999). Il Codice Deontologico degli Infermieri. [online] Disponibile da: www.ipasvi-bergamo.it [consultato il 17 Aprile 2008].
- Daniels S., Schroeder M., McCain M., Corey D., Rosenbek J., Foundas A. (2006) Dysphagia in stroke: development of a standard method to examine swallowing recovery. *Journal of rehabilitation research & development*, 43: 347-356.
- Han T.R., Paik N.J., Park J.W., Kwon B.S. (2008) The prediction of persistent dysphagia beyond six months after stroke. *Dysphagia*, 23(1): 59-64.
- Lees L., Sharpe L., Edwards A. (2006) Nurse-led dysphagia screening in acute stroke patients. *Nursing Standard*, 21(6): 35-42.
- Lin L., Wang T., Chen H., Wu S. (2003) Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advance Nursing*, 44(5):469-478
- Martino R., Knutson P., Mascitelli A., Powell-Vinden B. (2006). Management of Dysphagia in Acute Stroke: An Educational Manual for the Dysphagia Screening Professional. Heart and Stroke Foundation of Ontario.
- Martino R., Nicholson G., Bayley M., Teasell R., Silver F., Diamant N.E. (2007) Psychometric Properties of the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©) for Stroke Patients. *Stroke*, 38(2): 473.
- Martino R., Silver F., Nicholson G., Diamant N.E. (2008) Validation of the Toronto Bedside Swallowing Screening Test for patients with stroke. *Dysphagia*: 210.
- National Stroke Association (2001). Clinical management of swallowing disorder following stroke. *Stroke, Clinical Update* 11(1): 1-8.
- Schroeder M., Daniels S., McCain M., Corey D., Foundas A. (2006) Clinical and cognitive predictors of swallowing recovery in stroke. *Journal of rehabilitation research & development*, 43: 301-310.
- Singh S., Hamdy S. (2006) Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal*, 82(968): 383-391.
- Smeltzer S., Bare B. (2006) Brunner Suddarth Nursing Medico-Chirurgico. 3^a ed. Milano: CEA.
- Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion (SPREAD) (2003) Ictus Cerebrale: linee guida italiane di prevenzione. Disponibile da: <http://www.spread.it> [consultato il 18 Marzo 2008].
- Teramoto S., Matsuse T., Fukuchi Y. (2000) Swallowing provocation test in stroke patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81:1517-1519.
- The Joanna Briggs Institute (2000) Identification and nursing management of dysphagia in adults with neurological impairment. *Best Practice* 4(2). Traduzione a cura di L. Modena, Bologna: Centro studi EBN.
- Thomas D.R., Morley J.E. (2004) Regulation of appetite in older adults. Disponibile da: www.cyberounds.com/conferences/geriatrics/conferences/07/02/conference.html [consultato il 13 Maggio 2008].
- Trapl M., Enderle P., Nowotny M., Teuschl Y., Matz K., Dachenhausen A., Brainin M. (2007) Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *Stroke*, 38: 2948-2952.
- Westergren A. (2006) Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International nursing review*, 53(2): 143-149.

* Infermiere U.O. Chirurgia 2B – Ospedale Valduce, Como – Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria. A.A. 2007/2008

