

LA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

Ospedale “*Pietro Milani*” - Noventa Vicentina
Unità Operativa Complessa di Medicina Interna
Direttore: Dr.ssa Michela Muriago

Relatrici:

Nicoletta Bellin: Infermiere con
competenze avanzate in area medica

Pamela Boscaro: Infermiere Case
Manager



LA GESTIONE DEL PAZIENTE ADULTO CON PROBLEMI DI DEGLUTIZIONE REALI O POTENZIALI

REGIONE DEL VENETO: DRG nr. 1450 del 08 Ottobre 2018

ULSS 8 BERICA : Esiti sensibili dell'assistenza – prevenire il rischio di aspirazione

GRUPPO DI LAVORO

F.C. Guglielmi	<i>Coordinatore del Gruppo di lavoro - Direzione delle Professioni Sanitarie</i>
A. Dal Maso	Coordinatore – UOC Medicina Generale 2 di Noventa Vicentina
S. Stefanello	Coordinatore – UOVD Recupero e Riabilitazione Funzionale Lonigo
L. Bertozzo	Tutor - Corso di Laurea in Infermieristica
F. Zordan	Logopedista – UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale di Vicenza
E. Pegoraro	Dietista - Servizio Ospedaliero di Dietetica e Nutrizione Clinica
N. Bellin	Infermiera - UOC Medicina Generale 2 di Noventa Vicentina
D. Ibba	Infermiera - UOC Medicina Generale 2 di Noventa Vicentina
K. Rizzotto	Infermiera - UOVD Recupero e Riabilitazione Funzionale di Lonigo
P. Boscaro	Infermiera – UOC Geriatria

ESITI SENSIBILI DELL' ASSISTENZA: GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE DISFAGICO

Disfagia: disturbo della deglutizione conseguente per lo più a patologie neurologiche, oncologiche, iatrogene o traumi. La disfagia può essere di vari gradi e compromettere la deglutizione di liquidi, cibi solidi, cibi semi-solidi o semiliquidi o più di questi insieme.

Presbifagia: modificazioni fisiologiche della funzione deglutitoria dovute all'invecchiamento.

“Alimentare un paziente disfagico è un obiettivo ad elevata complessità e richiede diversi livelli di competenza.....un ragionamento clinico per valutare la disfagia, comprenderne la gravità, scegliere l'intervento adeguato”

LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

La disfagia interessa l' 8% della popolazione nei paesi sviluppati


La prevalenza della disfagia:

- nei pazienti over 65 anni è tra il 30 e 40% (Rofes 2011)
- nei pazienti con stroke oltre il 30%
- nei pazienti con Parkinson tra il 52% e 82%
- nei pazienti con Alzheimer 84% (Di Pede 2015)
- nei pazienti anziani ospedalizzati intorno al 51% (Altman 2010)

OBIETTIVI DEL PROGETTO

- INDIVIDUARE I FATTORI DI RISCHIO DI ASPIRAZIONE
- VALUTARE IL LIVELLO DI COMPROMISSIONE DELLA DEGLUTIZIONE e le situazioni che richiedono valutazioni specialistiche
- PROMUOVERE LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
- GARANTIRE UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE E ASSUNZIONE DELLA TERAPIA ORALE
- EDUCARE FAMILIARI E CARE- GIVER E GARANTIRE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

SCHEDA DI GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

		Gestione del rischio di aspirazione UOC _____	ETICHETTA IDENTIFICATIVA DEL PAZIENTE
<input type="radio"/> Situazione all'ingresso (paziente cosciente non sottoposto a nutrizione artificiale e senza prescrizione di digiuno assoluto) <input type="radio"/> Ripresa dell'alimentazione <input type="checkbox"/> mantiene SNG			
Fattori di rischio presenti <input type="checkbox"/> sospetto episodio di aspirazione o polmonite ab ingestis <input type="checkbox"/> malattie neurologiche (ictus cerebrale, Alzheimer, Morbo di Parkinson, sclerosi multipla...) <input type="checkbox"/> disorientamento, problemi cognitivi, incremento dell'impulsività e/o agitazione <input type="checkbox"/> neoplasie/malformazioni/patologie delle prime vie digerenti e respiratorie <input type="checkbox"/> uso di farmaci psicotropi, neurolettici, antidepressivi, anticolinergici <input type="checkbox"/> età avanzata (> 85 anni)			
Problemi di deglutizione <input type="checkbox"/> paziente con disfagia nota		Accorgimenti da adottare	
<input type="checkbox"/> Segni di possibile compromissione della deglutizione <i>(pre-test della deglutizione con intervista e osservazione/ ispezione)</i>		<input type="checkbox"/> Rivalutare dopo 24 ore <input type="checkbox"/> Niente per OS <input type="checkbox"/> Si conferma esito della prima valutazione FIRMA _____	
DATA _____	FIRMA _____		
<input type="checkbox"/> Esito DUBBIO Test della deglutizione		<input type="checkbox"/> Rivalutare dopo 24 ore <input type="checkbox"/> Niente per OS <input type="checkbox"/> Si conferma esito della prima valutazione FIRMA _____	
DATA _____	FIRMA _____		
Esito test della deglutizione <input type="checkbox"/> non presenta segni e sintomi di aspirazione <input type="checkbox"/> segni e/o sintomi di aspirazione sono presenti soltanto con assunzione di liquidi; il paziente è in grado di assumere cibi semiliquidi e/o semisolidi <input type="checkbox"/> presenti segni e/o sintomi di aspirazione sia per i liquidi che per i cibi semisolidi		<input type="checkbox"/> Dieta _____ <input type="checkbox"/> Addensante consistenza _____ <input type="checkbox"/> Diario alimentare _____ <input type="checkbox"/> Richiedere la presenza di un familiare o care giver durante il pasto <input type="checkbox"/> In assenza di familiari o care giver provvedere a sorveglianza/assistenza durante il pasto <input type="checkbox"/> Istruire familiari/caregiver su tecniche alimentazione sicura e sul rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> Applicare e verificare tecniche di alimentazione sicura del care giver	
Valutazione nutrizionale infermieristica <input type="checkbox"/> non presenta segni e sintomi di malnutrizione <input type="checkbox"/> segni di MALNUTRIZIONE _____ <input type="checkbox"/> segni di DISIDRATAZIONE _____		<input type="checkbox"/> Monitorare ipertermia pomeridiana <input type="checkbox"/> Monitorare il peso	
Firma _____		Data _____	
Variazioni/eventi durante la degenza		Accorgimenti da adottare	
<input type="checkbox"/> presenza di tosse e voce gorgogliante durante il pasto DATA _____		<input type="checkbox"/> Niente per OS	
<input type="checkbox"/> miglioramento della capacità deglutitoria <input type="checkbox"/> rivalutazione con test della deglutizione <ul style="list-style-type: none"> o non presenta segni e sintomi di aspirazione o segni e/o sintomi di aspirazione sono presenti soltanto con assunzione di liquidi; il paziente è in grado di assumere cibi semiliquidi e/o semisolidi o presenti segni e/o sintomi di aspirazione sia per i liquidi che per i cibi semisolidi 		<input type="checkbox"/> Dieta _____ <input type="checkbox"/> Addensante _____ <input type="checkbox"/> Richiedere la presenza di un familiare o care giver durante il pasto <input type="checkbox"/> In assenza di familiari o care giver provvedere a sorveglianza/assistenza durante il pasto <input type="checkbox"/> Istruire familiari/caregiver su tecniche alimentazione sicura e sul rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> Applicare e verificare tecniche di alimentazione sicura del care giver <input type="checkbox"/> Monitorare ipertermia pomeridiana <input type="checkbox"/> Monitorare il peso	
Firma _____		Data _____	

Spazio riservato a Logopedista		

Firma _____		Data _____
Spazio riservato a Dietista		

Firma _____		Data _____
Ulteriori interventi di gestione del rischio di aspirazione effettuati durante la degenza		
	Data	Firma
Istruito il paziente su <i>tecniche di alimentazione sicura</i>		
<i>cibi da evitare – alimenti sicuri – uso di addensanti</i> _____		
Concordato con i familiari o care giver opportunità e modalità di una loro presenza al letto del paziente (specificare)		
Istruiti i familiari e/o care giver su <i>tecniche di alimentazione sicura</i>		
<i>cibi da evitare – alimenti sicuri</i> Verificata abilità dei familiari/care giver nelle tecniche sicure di somministrazione del pasto		
ALTRO		
Note alla dimissione		
<input type="checkbox"/> Consegnato materiale informativo per il domicilio <input type="checkbox"/> Segnalato il caso a _____		
Suggerimenti		

Firma _____		Data _____

FATTORI DI RISCHIO

Situazione all'ingresso (paziente cosciente non sottoposto a nutrizione artificiale e senza prescrizione di digiuno assoluto)

Ripresa dell'alimentazione mantiene SNG

Fattori di rischio presenti

- sospetto episodio di aspirazione o polmonite ab ingestis
- malattie neurologiche (ictus cerebrale, Alzheimer, Morbo di Parkinson, sclerosi multipla...)
- disorientamento, problemi cognitivi, incremento dell'impulsività e/o agitazione
- neoplasie/malformazioni/patologie delle prime vie digerenti e respiratorie
- uso di farmaci psicotropi, neurolettici, antidepressivi, anticolinergici
- età avanzata (> 85 anni)

VALUTARE IL RISCHIO DI ASPIRAZIONE E ACCORGIMENTI DA ADOTTARE

Problemi di deglutizione <input type="checkbox"/> paziente con disfagia nota	Accorgimenti da adottare
<input type="checkbox"/> Segni di possibile compromissione della deglutizione <i>(pre-test della deglutizione con intervista e osservazione/ ispezione)</i> DATA _____ FIRMA _____	<input type="checkbox"/> Rivalutare dopo 24 ore <input type="checkbox"/> Niente per OS <input type="checkbox"/> Si conferma esito della prima valutazione FIRMA _____
<input type="checkbox"/> Esito DUBBIO Test della deglutizione DATA _____ FIRMA _____	<input type="checkbox"/> Rivalutare dopo 24 ore <input type="checkbox"/> Niente per OS <input type="checkbox"/> Si conferma esito della prima valutazione FIRMA _____
Esito test della deglutizione <input type="checkbox"/> non presenta segni e sintomi di aspirazione <input type="checkbox"/> segni e/o sintomi di aspirazione sono presenti soltanto con assunzione di liquidi; il paziente è in grado di assumere cibi semiliquidi e/o semisolidi <input type="checkbox"/> presenti segni e/o sintomi di aspirazione sia per i liquidi che per i cibi semisolidi	<input type="checkbox"/> Dieta _____ <input type="checkbox"/> Addensante consistenza _____ <input type="checkbox"/> Diario alimentare _____ <input type="checkbox"/> Richiedere la presenza di un familiare o care giver durante il pasto <input type="checkbox"/> In assenza di familiari o care giver provvedere a sorveglianza/assistenza durante il pasto <input type="checkbox"/> Istruire familiari/caregiver su tecniche alimentazione sicura e sul rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> Applicare e verificare tecniche di alimentazione sicura del care giver <input type="checkbox"/> Monitorare ipertermia pomeridiana <input type="checkbox"/> Monitorare il peso
Valutazione nutrizionale infermieristica	
<input type="checkbox"/> non presenta segni e sintomi di malnutrizione <input type="checkbox"/> segni di MALNUTRIZIONE _____ <input type="checkbox"/> segni di DISIDRATAZIONE _____	
Firma _____	Data _____

VALUTARE IL RISCHIO DI ASPIRAZIONE E ACCORGIMENTI DA ADOTTARE

Variazioni/eventi durante la degenza	Accorgimenti da adottare
<input type="checkbox"/> presenza di tosse e voce gorgogliante durante il pasto DATA	<input type="checkbox"/> Niente per OS
<input type="checkbox"/> miglioramento della capacità deglutitoria <input type="checkbox"/> rivalutazione con test della deglutizione <ul style="list-style-type: none"> ○ non presenta segni e sintomi di aspirazione ○ segni e/o sintomi di aspirazione sono presenti soltanto con assunzione di liquidi; il paziente è in grado di assumere cibi semiliquidi e/o semisolidi ○ presenti segni e/o sintomi di aspirazione sia per i liquidi che per i cibi semisolidi 	<input type="checkbox"/> Dieta _____ <input type="checkbox"/> Addensante _____ <input type="checkbox"/> Richiedere la presenza di un familiare o care giver durante il pasto <input type="checkbox"/> In assenza di familiari o care giver provvedere a sorveglianza/assistenza durante il pasto <input type="checkbox"/> Istruire familiari/caregiver su tecniche alimentazione sicura e sul rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> Applicare e verificare tecniche di alimentazione sicura del care giver <input type="checkbox"/> Monitorare ipertermia pomeridiana <input type="checkbox"/> Monitorare il peso
Firma	Data

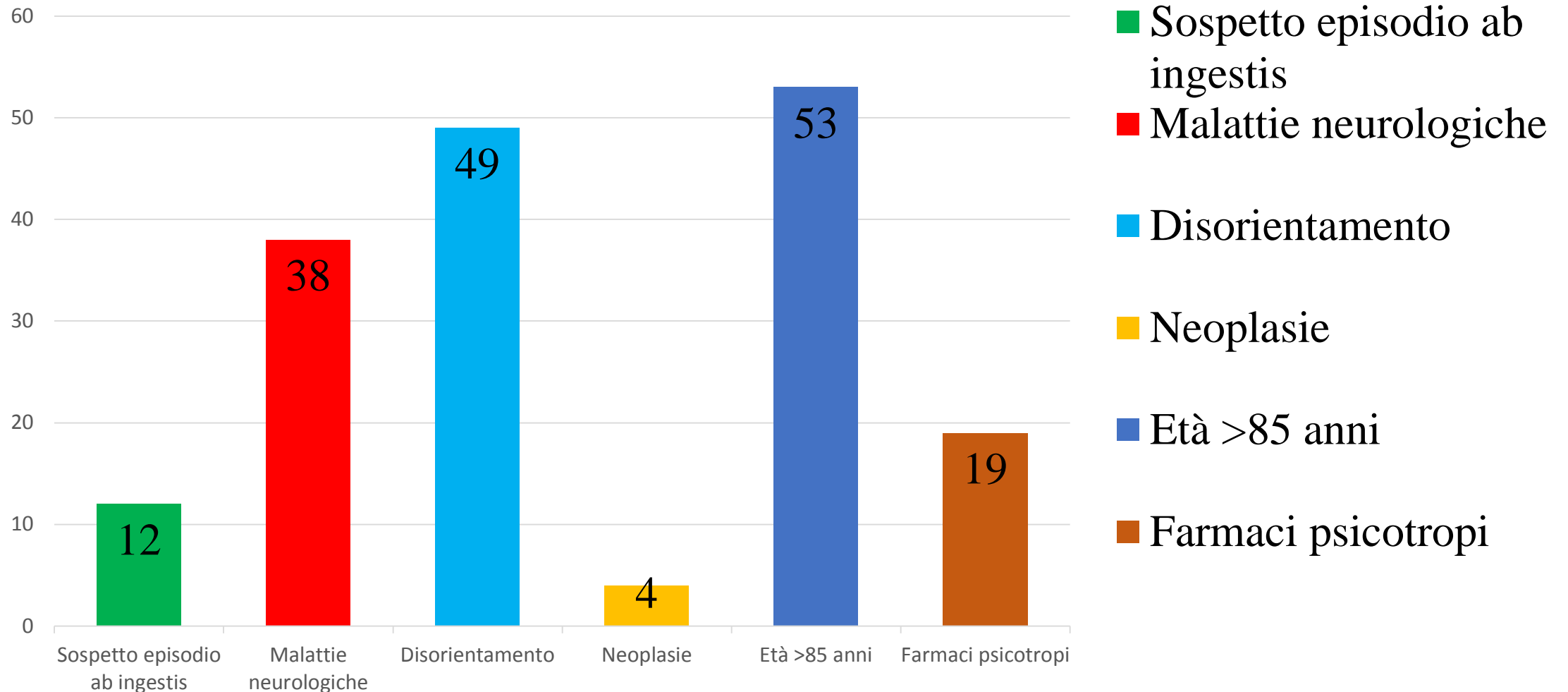
ALIMENTARE IN SICUREZZA

- **Scegliere i cibi adatti** (cibi semisolidi, di consistenza morbida e utilizzo di addensante per i liquidi)
- **Far assumere la posizione corretta al paziente** (seduto, capo reclinato leggermente in avanti)
- **Alimentare in modo sicuro** (rispettare i tempi del paziente)
- **Segnalare gli episodi di aspirazione e relative prescrizioni**
- **Istruire familiari e caregiver**

APPLICAZIONE
DEL PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLA DISFAGIA NELL'UO DI
MEDICINA GENERALE OSPEDALE
"PIETRO MILANI" DI NOVENTA VICENTINA
ULSS8 BERICA

ATTRAVERSO L'ANALISI DI 75 SCHEDE
DA GENNAIO 2019 AD AGOSTO 2019

FATTORI DI RISCHIO RILEVATI IN 75 PAZIENTI



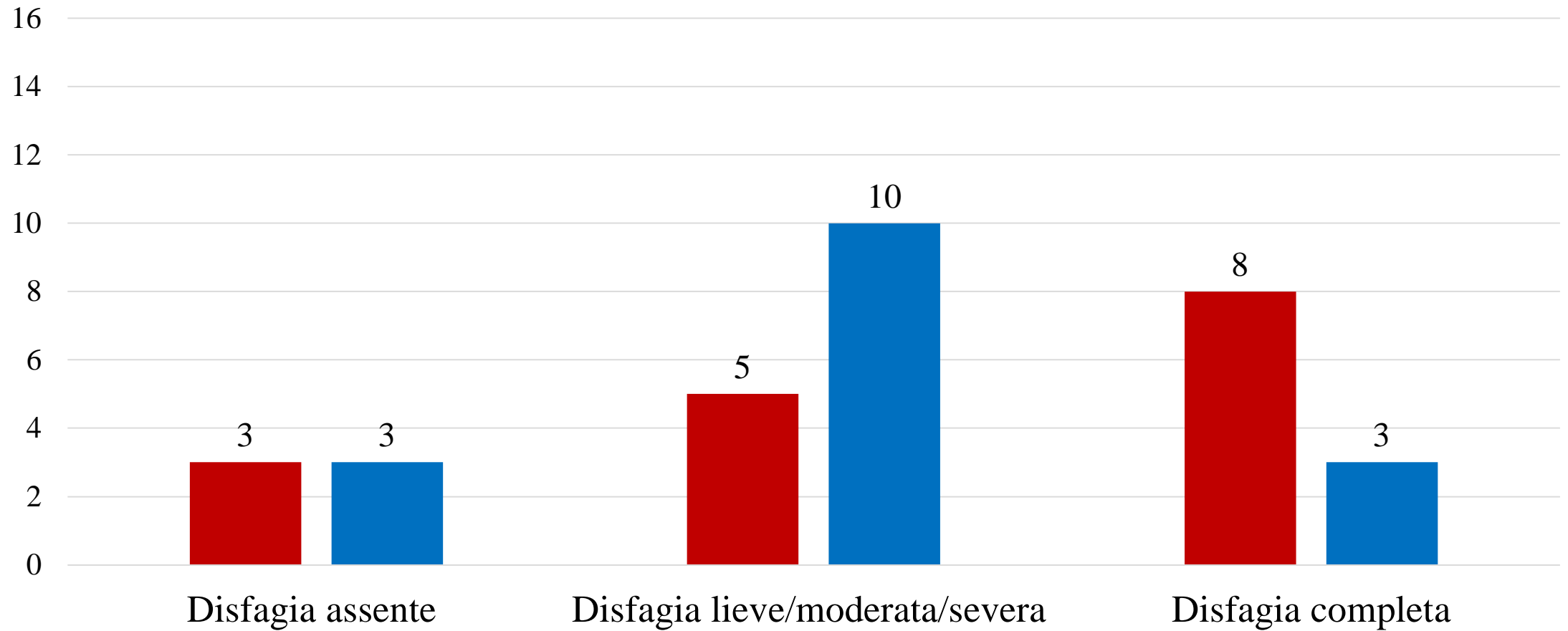
VALUTAZIONE CON TEST 3 SORSI SUI 75 PAZIENTI

Alla prima valutazione:

- 12 pazienti non presentavano problemi di deglutizione (disfagia assente – grado 1)
- 40 pazienti hanno presentato problemi di deglutizione compatibile con alimentazione con dieta morbida e utilizzo di addensante (disfagia lieve o moderata – grado 2-3-4)
- 7 pazienti presentavano disfagia completa incompatibile con l'alimentazione per bocca
- 16 pazienti sono stati rivalutati durante la degenza

RIVALUTAZIONE DI 16 PAZIENTI

■ prima valutazione ■ Rivalutazione



RISULTATI ALLA DIMISSIONE

