



DIOCESI
DI BERGAMO



UFFICIO
PASTORALE DELLA SALUTE

Convegno ECM
per Operatori Sanitari

**PERSONE
PER SEMPRE
VIAGGIO NELLO
STATO VEGETATIVO**

**31 ottobre
2015**
dalle ore 8.15
alle ore 14.00

Presso
Carisma
Via Gleno, 49
Bergamo



**"CURARE
PRESTO"**

31/10/15
DOTT. NICOLA TAIOCCHI
MEDICO FISIATRA

 **HABILITA**

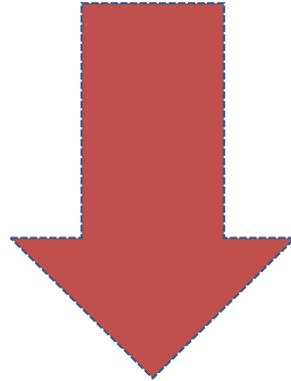
COMA >>> S.V.



- Un certo numero di pazienti con lesione cerebrale severa, dopo alcune settimane di coma (circa 4 settimane) ricomincia ad aprire spontaneamente gli occhi e a mostrare fasi irregolari di sonno durante la giornata, pur restando completamente non responsivo a richieste di comportamento attivo.
- Questa condizione di **dissociazione fra vigilanza e contenuti di coscienza** è stata variamente denominata (coma vigile, sindrome apallica, stato vegetativo permanente, coma vegetativo) ma oggi si preferisce usare una sola denominazione: **Stato Vegetativo (SV)**.
- E' una condizione clinica di completa non consapevolezza di sé e dell'ambiente accompagnata da apertura spontanea degli occhi e da evidenza di cicli sonno-veglia.

"wakefulness without awareness"

QUINDI...



L'apertura spontanea degli occhi in assenza di recupero della coscienza e di comportamenti motori volontari indica il passaggio dal coma al SV

POTENZIALE REPERTORIO COMPORTAMENTALE IN PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE - 1

- Sbadiglio, presenza di movimenti orali/masticatori
- Deglutizione di saliva
- Movimento afinalistico degli arti, opistotono, postura in decorticazione
- Risposta in estensione o flessione dallo stimolo doloroso
- Movimento della testa o degli occhi verso suoni o movimenti
- **“Sobbalzi” agli stimoli uditivi**
- **“Sobbalzi” con movimenti mioclonici**
- Erezioni sonno-correlate

POTENZIALE REPERTORIO COMPORIMENTALE IN PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE - 2

- Respiro spontaneo
 - Movimenti oculari erranti (non costantemente presenti)
 - Nistagmo
 - Emissione di suoni, vocalizzazioni, gemiti, ma non parole
 - Possibile inseguimento visivo breve e non sostenuto
 - **Grimace (“smorfie”), espressioni mimiche del volto (dolore?)**
- +
- Doppia incontinenza
 - Riflessi (oculari, troncoencefalici, spinali o prensione)
 - Possibili movimenti coordinati ma decontestualizzati

POTENZIALE REPERTORIO COMPORIMENTALE IN PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE

- NO** Comportamenti che testimoniano consapevolezza
(di sé e dell'ambiente)
- NO** Esplorazione attiva
- NO** Comunicazione, espressione, comprensione linguaggio
- NO** Movimenti intenzionali in relazione a stimolo
(interni od esterni)

La Diagnosi di SV dipende quindi da
un'evidenza negativa ("Dg di esclusione"):

LA MANCANZA DI COSCIENZA

SV >>> SMC



- Dopo un periodo variabile di tempo, alcuni di questi pazienti possono presentare un quadro clinico caratterizzato da una grave compromissione della coscienza nella quale, tuttavia, possono essere individuati comportamenti finalizzati, volontari, inconsistenti ma riproducibili, a volte mantenuti sufficientemente a lungo, non configurandosi così come comportamenti riflessi. Si parla così di **Stato Di Minima Coscienza (SMC)**.
- Possibile presentazione fluttuante con ricadute in SV / possibile persistenza per tempo indefinito fino alla morte

"consapevolezza intermittente"

Stato di Minima Coscienza

("consapevolezza intermittente")

- Limitata, ma riconoscibile evidenza di consapevolezza di sé e dell'ambiente, indicata dalla presenza non costante di uno o più dei seguenti comportamenti:
 - Eseguire semplici comandi
 - Risposta gestuale o verbale a domande si/no
 - Verbalizzazione comprensibile
 - Comportamenti propositivi: movimenti o atteggiamenti affettivi che appaiono in relazione ad importanti stimoli ambientali e non sono semplicemente movimenti riflessi
 - Nella valutazione vanno tenute presenti le limitazioni motorie e comunicative dei pazienti

CRITERI DIAGNOSTICI DI SMC

1. Apertura spontanea degli occhi
2. Ritmo sonno-veglia
3. Range di vigilanza: ottundimento/norma
4. Percezione riproducibile, ma inconsistente
5. Abilità comunicativa riproducibile, ma inconsistente
6. Range di comunicazione: nessuna risposta / risposta si-no inconsistente / verbalizzazione / gestualità
7. Attività motoria finalistica, riproducibile, ma inconsistente
8. Inseguimenti con lo sguardo
9. Comportamenti ed azioni intenzionali sulla stimolazione ambientale

**Tutto basato su
osservazione clinica**

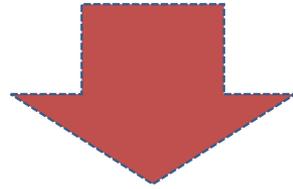
Stato di Minima Coscienza

- considerazioni -



- La diagnosi di SMC deve essere effettuata da personale qualificato, esperto e formato
- La diagnosi deve essere basata sull'osservazione **ripetuta** e circostanziata dei comportamenti del pz
- Concetto di **“Best Performance”**
- **Fattori di non-responsività**
 - La presenza di deficit delle **funzioni motorie** (tetra, spasticità...), **sensitive** (deficit sensibilità...), **sensoriali** (sordità, cecità...) e **corticali/cognitive** (afasia, aprassia, agnosia) può complicare la possibilità di diagnosi
- Non esistono, “ad oggi”, strumenti diagnostici in grado di supportare in modo inequivocabile la diagnosi di SMC

QUINDI...



Il passaggio dallo SV allo SMC è marcato
dall'evidenza di comportamenti volontari
riproducibili, **non riflessi**

(fissazione e/o inseguimento di stimoli visivi con lo sguardo, esecuzione di comandi semplici, risposte si/no verbali o gestuali, produzione di parole intellegibili o attività motoria finalizzata in relazione a stimoli ambientali)

LOCKED-IN SYNDROME (LIS)



- È condizione clinica in cui il pz è vigile e cosciente ma presenta gravi deficit delle funzioni motorie tali da rendere difficoltoso il riscontro dei segni di coscienza
- TETRAPLEGICO / ANARTRICO / MOV. OCULARI SUL PIANO VERTIVCALE (non riesce ad articolare parola pur possedendo capacità linguistiche integre)
- Forma classica / Forma incompleta / Forma totale
- **Neuroimaging**: lesione parte ventrale del ponte (fasci piramidali) (n.c. II, III, IV indenni)
- **EEG**: grossolanamente normale
- **Super-locked-in syndrome** ≈ **Stato Vegetativo**

"sveglia / cosciente / incarcerato"

SMC >>> DISABILITA' SEVERA

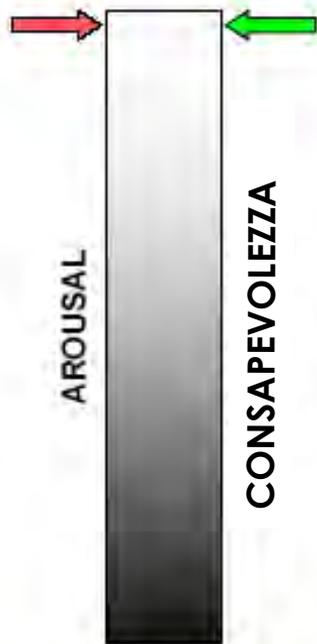


- L'emergenza dallo SMC verso una condizione di disabilità severa è segnalato dal ritorno ad una **comunicazione interattiva funzionale** (verbalizzazione, scrittura, risposte si/no, uso di comunicazione alternativa o comunicatori facilitanti) e/o dalla capacità di **uso funzionale** di oggetti (almeno 2 differenti oggetti)
- L'uscita dallo SMC ed il recupero verso uno stato superiore avviene lungo un **continuum** il cui limite superiore è necessariamente arbitrario

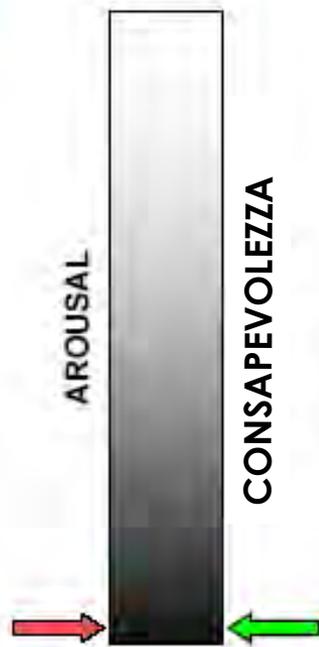
L'emersione dallo SMC è marcata dall'insorgenza di comunicazione funzionale

NON TUTTI "COMA"

**COSCIENZA
NORMALE**



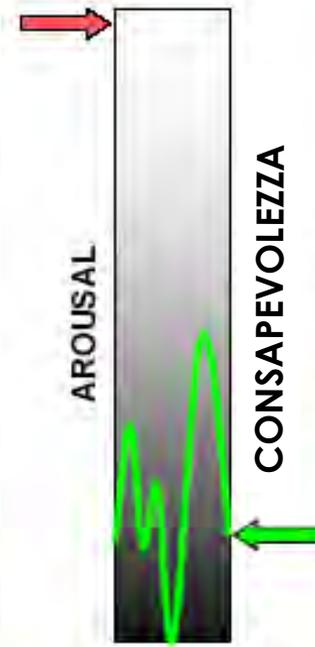
COMA



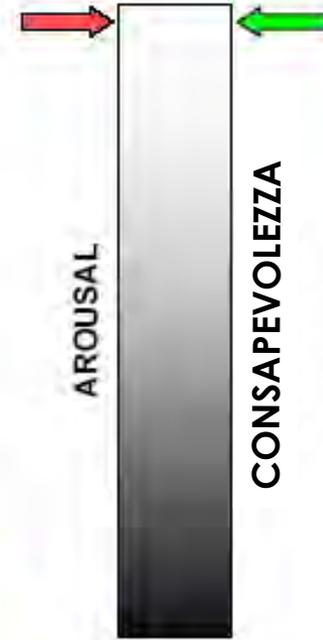
**STATO
VEGETATIVO**



**STATO DI
MINIMA
COSCIENZA**



**SINDROME
LOCKED-IN**



STATO VEGETATIVO PERSISTENTE ???



STATO DI VIGILANZA NON
RESPONSIVA (SVNR)

Pz in stato di minima responsività - come valutarlo? -



LE RISPOSTE COMPORTAMENTALI DIPENDONO DA NUMEROSI FATTORI

- ❑ Il tempo a disposizione per osservazione e valutazione
- ❑ La capacità di osservare accuratamente
- ❑ **Le capacità dell'osservatore di entrare in rapporto con il paziente (empatia)**
- ❑ La capacità fisica del paziente di rispondere
- ❑ Il desiderio o la compiacenza (se il pz è informato) del paziente di rispondere
- ❑ Il fatto che la famiglia e chi stia accanto al paziente spesso non sono coinvolti
- ❑ La mancanza di strumenti disponibili e certi di valutazione

Pz in stato di minima responsività - come valutarlo? -

BISOGNA CERCARE DI OTTENERE LA RISPOSTA OTTIMALE (BEST PERFORMANCE)

- Il paziente dovrebbe essere in buona salute (costipazione, IVU, infezioni bronco-polmonari, febbre)
- Il paziente dovrebbe essere in buono stato nutrizionale (ben nutrito tramite PEG?)
- Bisognerebbe ridurre o togliere tutti i farmaci interferenti (BDZ, neurolettici, antiepilettici)
- Dovrebbero essere evitate complicanze da squilibrio neurologico (spasticità, contratture)
- Attenzione alla postura!
(posizione seduta fondamentale per stimolare attenzione – ARAS e consentire movimento arti fuori gravità)

Pz in stato di minima responsività - come valutarlo? -

“BEST PERFORMANCE”

- Fornire ambiente controllato di regolazione sensoriale (input sensoriali semplici ed alternati a periodi di riposo – la **famiglia deve evitare l’overstimulation** prima della valutazione)
- Valutare il pz non immediatamente dopo clismi evacuativi o FKT
- **Buona illuminazione dell’ambiente**
- Effettuare la valutazione in ambiente privo di distrazioni
- Considerare familiare o caregiver o staff professionale dedicato (utile per identificare risposte migliori e circostanze ottimali)
- Considerare le risposte date in ritardo
- Fare attenzione che le richieste non superino capacità e possibilità del paziente
- Effettuare valutazioni corte, ripetute e per un lungo periodo di tempo (apprendimento pz ed esaminatore)

Pz in stato di minima responsività - come valutarlo? -



The Italian version of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R)

APPENDIX

**JFK COMA RECOVERY SCALE-REVISED © 2004
VERSIONE ITALIANA © 2007**

Scheda di registrazione

Questa scheda dovrebbe essere utilizzata solo insieme con le "Linee guida per le modalità di impiego e di determinazione del punteggio della CRS-R" che forniscono le istruzioni per la somministrazione standardizzata della scala.

Paziente: _____ Diagnosi: _____ Esiti: _____

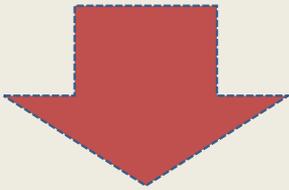
Data di emergenza: _____ Data di ricovero: _____

Settimana	Data															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Scala per la funzione uditiva																
4	Movimenti considerati su ordine*															
3	Movimenti riproducibili su ordine*															
2	Localizzazione del suono															
1	Reazione di sussulto uditivo															
0	Nessuna risposta															
Scala per la funzione visiva																
5	Riconoscimento dell'oggetto*															
4	Localizzazione del soggetto: raggiungimento*															
3	Inseguimento visivo*															
2	Fissazione*															
1	Reazione di sussulto visivo															
0	Nessuna risposta															
Scala per la funzione motoria																
5	Uso funzionale dell'oggetto†															
4	Risposta motoria automatica*															
3	Manipolazione degli oggetti*															
2	Localizzazione dello stimolo nocicettivo*															
1	Allontanamento in flessione															
0	Postura anormale															
0	Nessuna risposta/flessibilità															
Scala per la funzione motoria orofacciale																
3	Verbalizzazione comprensibile*															
2	Vocalizzazioni/movimenti orali															
1	Movimenti orali riflessi															
0	Nessuna risposta															
Scala per la comunicazione																
2	Funzionale: Appropriata?															
1	Non funzionale: Inappropriata*															
0	Nessuna risposta															
Scala per la vigilanza																
3	Attenzione															
2	Apertura degli occhi senza stimolazione															
1	Apertura degli occhi con stimolazione															
0	Non risvegliabile															
PUNTEGGIO TOTALE																

* Indice Stato di Minima Coscienza
† Indice emergenza dello Stato di Minima Coscienza.

Functional Neurology 2007; 22(1): 47-61

CRS-R
(Coma Recovery Scale - Revised)



DD clinica tra SV e SMC

Pz in stato di minima responsività

- fx visiva / fx uditiva -



Scala per la funzione motoria												
6	Uso funzionale dell'oggetto†											
5	Risposte motorie automatiche*											
4	Manipolazione degli oggetti*											
3	Localizzazione dello stimolo nocicettivo*											
2	Allontanamento in flessione											
1	Postura anomala											
0	Nessuna risposta/flaccidità											
Scala per la funzione motoria orale/verbale												
3	Verbalizzazione comprensibile*											
2	Vocalizzazione/movimenti orali											
1	Movimenti orali riflessi											
0	Nessuna risposta											
Scala per la comunicazione												
2	Funzionale: Appropriata†											
1	Non funzionale: intenzionale*											
0	Nessuna risposta											
Scala per la vigilanza												
3	Attenzione											
2	Apertura degli occhi senza stimolazione											
1	Apertura degli occhi con stimolazione											
0	Non risvegliabile											
PUNTEGGIO TOTALE												

* Indica Stato di Minima Coscienza.

† Indica emergenza dallo Stato di Minima Coscienza.

Perché è importante corretta diagnosi sul DOC?

- Prognosi (fx: SMC \neq SVNR)
- Potenzialità ed investimento risorse in strategie comunicative
- Accesso a percorsi di stimolazione cognitiva / sensoriale
- Possibilità di ricercare un codice comunicativo
(verbale, mimico, oculare, motorio con device)
(tablet - comunicatori)



IMPLICAZIONI PROGNOSTICHE



- I fattori di prognosi su cui concordano tutti gli studi prospettici e retrospettivi sono:

1) Causa dello SVN

SV da causa traumatica ha prognosi migliore in termini di sopravvivenza, recupero di coscienza e funzione rispetto allo SV da cause non traumatiche (danno assonale vs danno globale anche sost grigia)

2) Durata dello SVN

Maggiore è la durata dello SV più sfavorevole è la prognosi sia in termini di recupero della coscienza che in recupero di funzione

3) Età del pz

Elevata mortalità nei primi due anni di vita, prognosi globale migliore nei bambini rispetto agli adulti e, negli adulti, tra coloro che hanno fino a 40 anni rispetto ai più anziani

IMPLICAZIONI PROGNOSTICHE



- Secondo il lavoro della MSTF la probabilità di recupero della coscienza diventano trascurabili dopo:
1 anno x Eziologia traumatica **6 mesi** x altre eziologie
- Il pz in SMC sembra disporre di un potenziale di recupero \neq da SV
- Non esistono limiti temporali (vedi casi aneddotici – Voss 2007)
- **“Late discoveries”** / **“Late recoveries”**

Il tempo non è l'unico fattore: occorre che al pz sia stata assicurata nel frattempo una situazione assistenziale adeguata a mantenere e migliorare la **condizione clinica generale**, a **rimuovere fattori contrastanti**, a **fornire adeguata stimolazione**, a **prevenire complicanze** secondarie e terziarie

RIABILITARE GCLA



1. STABILITA' CLINICA / DEVICES



- ✓ Terapia antiepilettica
 - ✓ Monitoraggio idrocefalo
 - ✓ Lacuna craniotomica
 - ✓ Disordini metabolici
 - ✓ Disriflessia autonoma
 - ✓ Infezioni ricorrenti
-
- ✓ Svezzamento e gestione devices (***CVP, CVC, CT, DVP***)



2. NEUROMOTORIO



- ✓ Mantenimento range articolari e lunghezze mio-tendinee
- ✓ Prevenzione e contenimento terziarismi articolari
- ✓ Mobilizzazione precoce come profilassi TVP
- ✓ Stimolo ad emersione reazioni antigravitarie di controllo del capo/tronco
- ✓ Precoce rieducazione alla posizione seduta ed **all'ortostasi (stabilità clinica)**
(ausilio strumenti robotici)



Sistema ERIGO (Gait Trainer)



- ❑ Erigo è un lettino da statica al quale è stato aggiunto un sistema robotico di stepping che permette la mobilizzazione passiva degli arti inferiori in statica eretta **simulando il cammino**
- ❑ E' un sistema di **verticalizzazione assistita** per il recupero precoce e la prevenzione di complicanze in fase subacuta

Vantaggi



- Sessioni intensive di terapia motoria già nelle prime fasi riabilitative (ortostasi)
- Associazione di mobilizzazione passiva AAll + stimolazione propriocettiva della pianta del piede
- Stimolo dei Centri Locomotori Spinali (generano attivazioni muscolari anche in assenza di un controllo encefalico)
- **Mediante l'allungamento previene le retrazioni**
- **Come tutte le tecniche di verticalizzazione favorisce lo “scanning visivo”, stimola l'attenzione arricchendo i contenuti di coscienza**
- Effetto positivo su componente vascolare AAll
- Possibile influenza del movimento passivo sulla plasticità cerebrale?

3. SPASTICITA' (pz basso livello fx)



- ✓ Contrasto schemi e sinergie patologiche
- ✓ Ridurre contratture e deformità
- ✓ Controllo del dolore spasticità-relato
- ✓ Migliorare igiene e trasferimenti
- ✓ Migliorare riposo notturno / sonno
- ✓ Ridurre costi delle cure e carico del caregiver
- ✓ “Coscienza Incarcerata”

**Terapia
Farmacologica**

**Tossina
Botulinica**

**Baclofen
Intratecale**

Principali antispastici orali

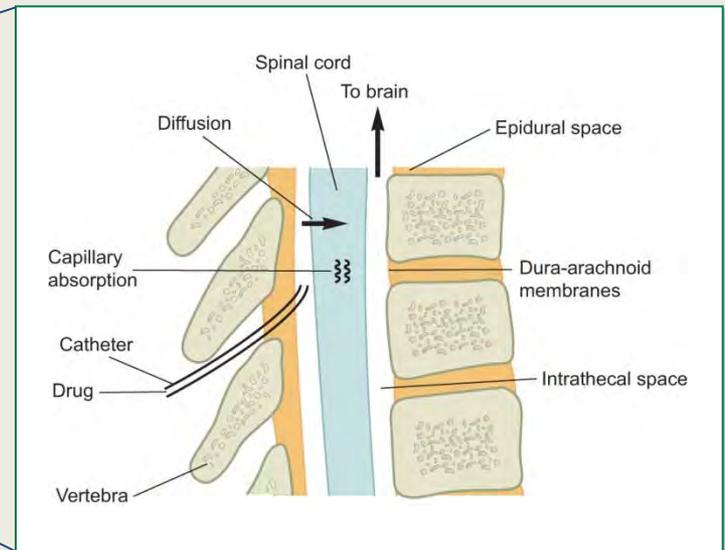
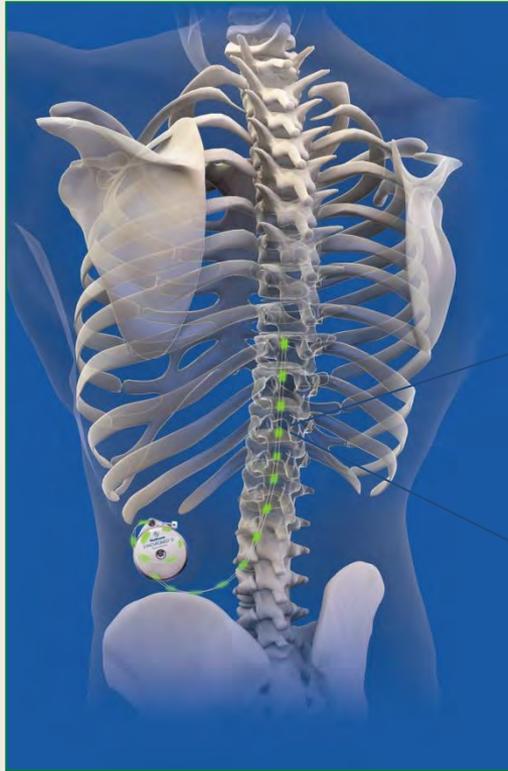


FARMACO	DOSE/die	SOMMINISTRAZIONI	EFFETTI COLLATERALI
BACLOFEN	40-100 mg	3-4 dosi	Sonnolenza , nausea, ipostenia.
TIZANIDINA	2-36 mg	3-4 dosi	Sedazione, acufeni, astenia, ipotensione ortostatica
DIAZEPAM	10-30 mg	3-4 dosi	Sedazione, dipendenza, depressione.
DANTROLENE	25-100 mg	3-4 dosi	Debolezza muscolare, delirio, sedazione, epatotossicità

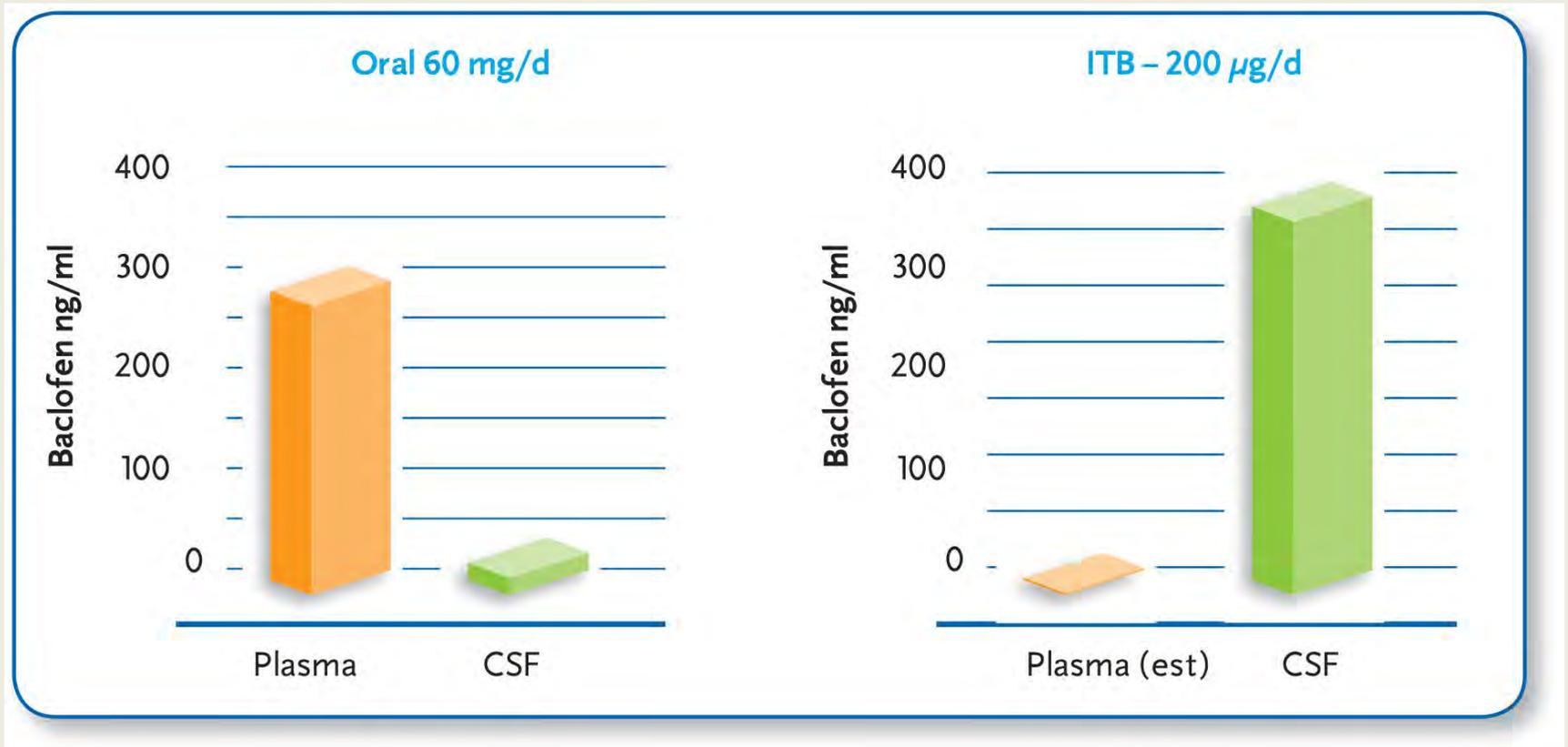
ITB Therapy[®]



La terapia ITB infonde baclofen in maniera continua nel liquido cerebrospinale (CSF), e quindi direttamente ai recettori, attraverso un sistema pompa-catetere



Concentrazione di Baclofen



Vantaggi della ITB



- Migliora il sonno
- Minori effetti collaterali sistemici rispetto alla terapia orale
- La programmabilità consente di ottimizzare le esigenze quotidiane del paziente
- Il dosaggio può essere tarato fino a raggiungere **l'effetto** ottimale della terapia
- Recupero coscienza?



CASO CLINICO - 1



- P.C. donna, 37 anni, ictus ischemico bilaterale da dissecazione carotidea bilaterale in displasia fibromuscolare (nov 2014)
- Ingresso (gen 2015) DG : SVN → **SMV**
- “Vigile, inseguimento visivo +, esegue ordini semplici solo con OO, vocalizzi in anartria, non apertura cavo orale a richiesta e presentazione del bolo alimentare, NE tramite PEG (disfagia severa DOSS NV)
- Doppia emiparesi spastica severa
- Impianto ITB (marzo 2015)
- Alla titolazione del baclofen oltre 120 ug/die
 - Liberazione movimenti finalizzati AASS
 - Recupero fonazione funzionale (eloquio ipofluente ma conservato, congruo)
 - Recupero abilità di deglutizione (dieta modificata)
 - Recupero ortostasi assistita
 - Recente intervento allungamento achilleo – reimpostazione cammino

Trattamento con ITB Therapy®



- La pompa è chirurgicamente impiantata sotto anestesia generale
- Il catetere è inserito con una puntura lombare fino alla regione toracica per rilasciare il baclofen direttamente nel CSF
- È preparata una tasca addominale sottocutanea
- La pompa è riempita con baclofen
- La pompa è inserita nella tasca addominale
- Titolazione dose con programmatore esterno



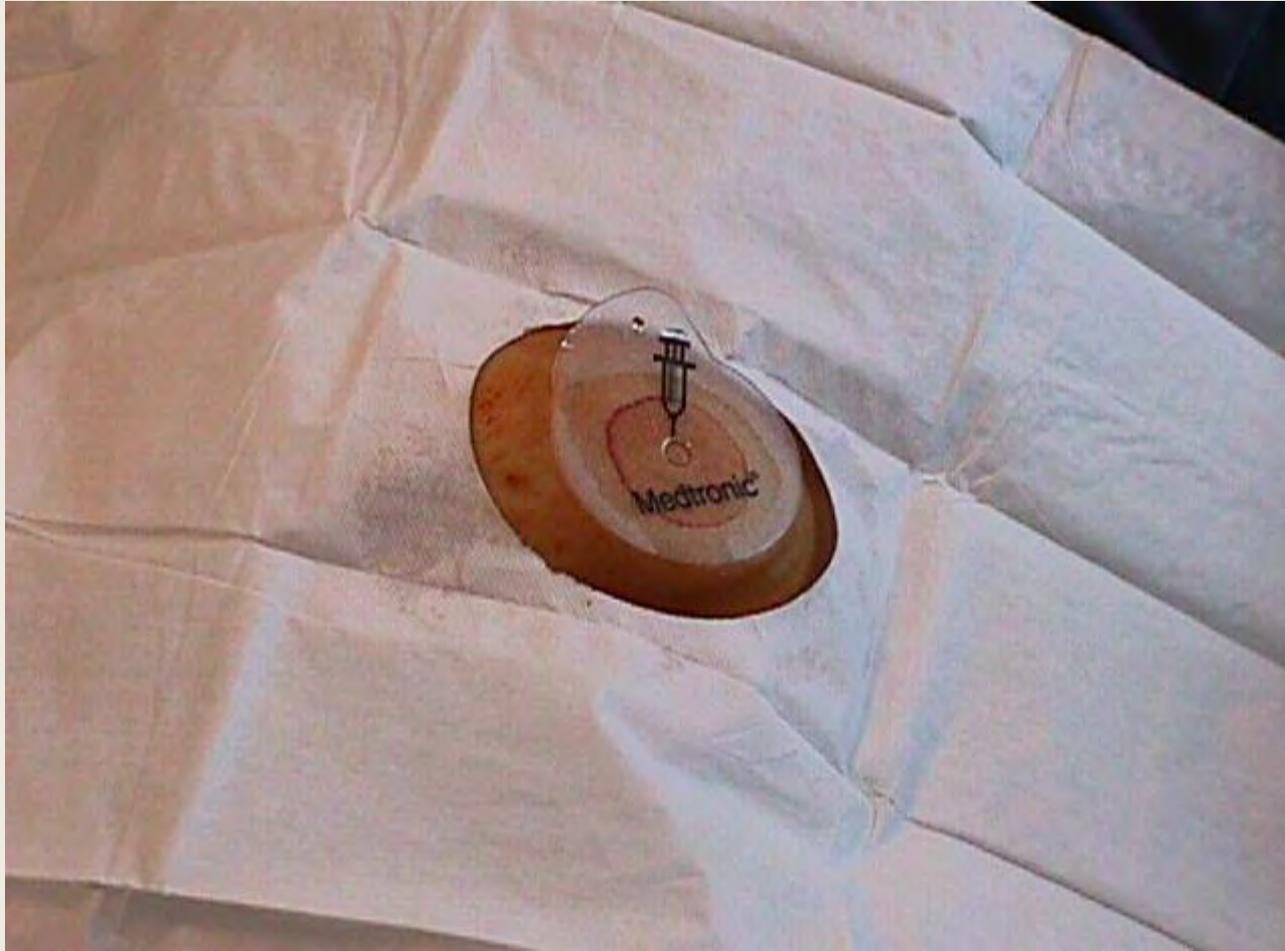
Lettura stato di funzionamento pompa



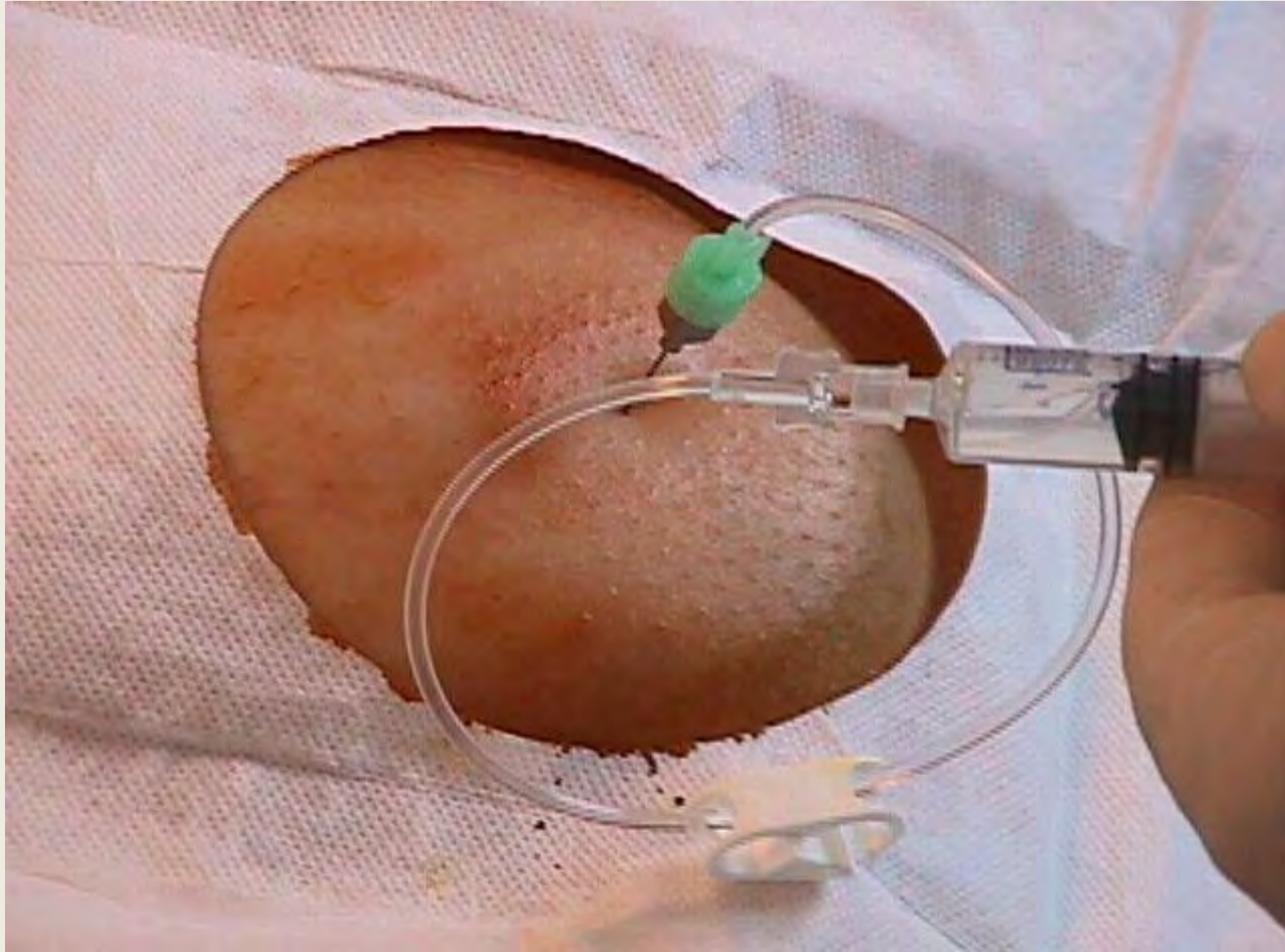
Disinfezione con Betadine



Reperimento setto centrale



Svuotamento serbatoio



Riempimento serbatoio



Riprogrammazione pompa



ITB



- La terapia ITB è raccomandata per il trattamento della spasticità severa, non focale e non controllabile tramite farmaco orale
- *La terapia ITB può essere titolata per soddisfare i bisogni individuali dei pazienti*
- *La terapia ITB può essere usata insieme a trattamenti riabilitativi, interventi chirurgici possono essere considerati se necessari*



TOSSINA BOTULINICA



- Prodotta da un batterio (*Clostridium botulinum*)
- 7 sierotipi
- Inoculo direttamente **all'interno** del muscolo iperattivo o distonico (guida ecografica o EMG)
- Chemodenervezione temporanea, focale, reversibile
- Effetto entro 72 h, max entro 2 settimane
- Durata effetto 3-6 mesi

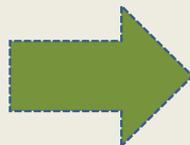


CASO CLINICO - 2



- G.J. maschio, 20 anni, TCE con danno assonale diffuso + emorragia nucleo-capsulare dx (aprile 2015)
- Ingresso (giugno 2015) DG : SV + doppia emiplegia
- “**Pz** occhi chiusi, apre al richiamo, fissazione -. Morso +. NE tramite PEG. ASDx atteggiato in schema patologico flessorio gomito/polso/dita riducibile passivamente (Ash 2), assente motilità attiva spontanea; a sn plegia profonda.
- Inoculo con tossina multilivello ASDx (luglio 2015)

CASO CLINICO - 2



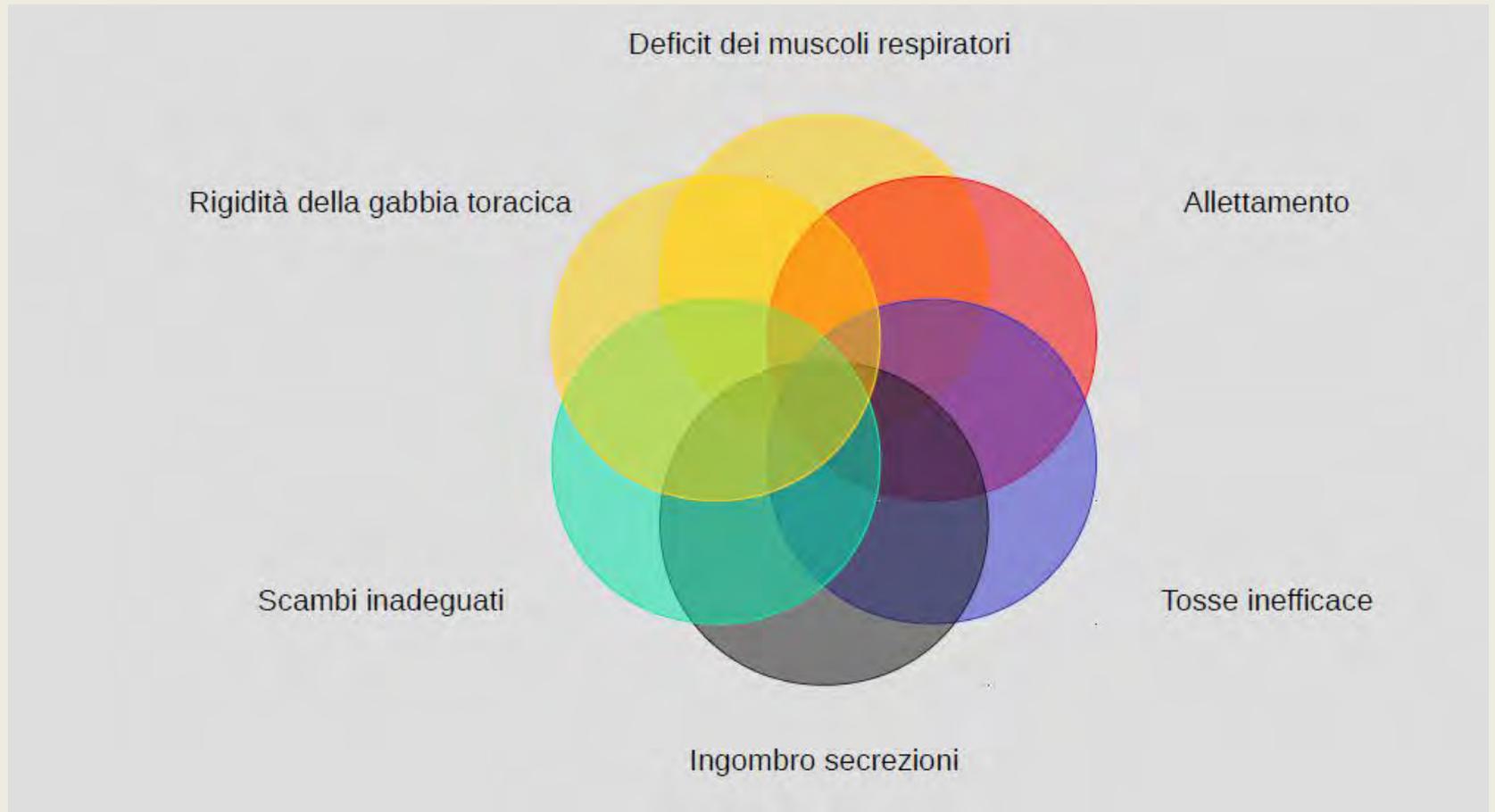
4. NURSING POSTURALE & ASSISTENZIALE (CARE)



- ✓ Gestione e cura delle stomie
- ✓ Gestione e medicazione delle ferite e lesioni cutanee
- ✓ Utilizzo eventuale di presidi antidecubito
- ✓ Variazioni posturali
- ✓ Mantenimento corretto allineamento posturale capo/tronco/arti



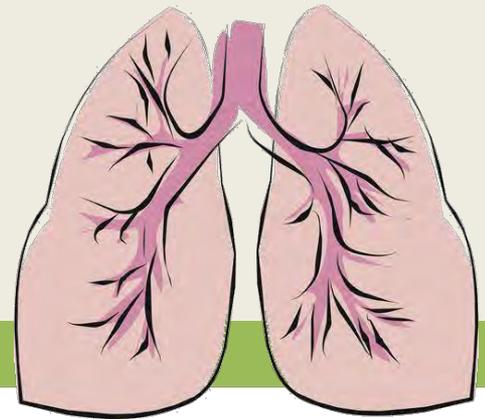
5. RESPIRATORIO



5. RESPIRATORIO



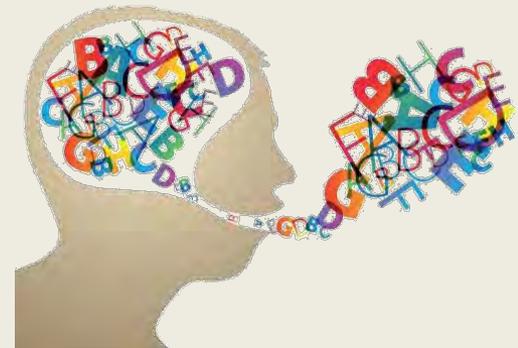
- ✓ Prevenzione complicanze respiratorie ed infettive
- ✓ Monitoraggio fx respiratoria
- ✓ FKT respiratoria per reclutamento unità alveolari distali e prevenzione atelectasie (***Ambate quotidiane +/- valvola PEEP***)
- ✓ Facilitare espettorazione e rimozione delle secrezioni tracheo-bronchiali (***air stacking, drenaggio posturale, in-exsufflator, broncoaspirazione***)



6. DEGLUTIZIONE/LOGO



- ✓ Stimolare contatto e consapevolezza ambientale
- ✓ Stimolare le funzioni orali (respirazione, deglutizione, comunicazione)
- ✓ Tentativo di ripristino delle funzioni comunicative e deglutitorie
- ✓ Counselling per il caregiver
- ✓ Trattamento prevenzione e contenimento terziarismi



TERAPIA ORO-FACCIALE - 1



A livello dell'omuncolo motorio e sensitivo emerge l'elevata rappresentazione di bocca, mano e della correlazione tra le due, per cui sarà su questi distretti che si agirà primariamente.

La percezione tattile permette di attivare la plasticità cerebrale proprio per la grande rappresentazione di questa zona.

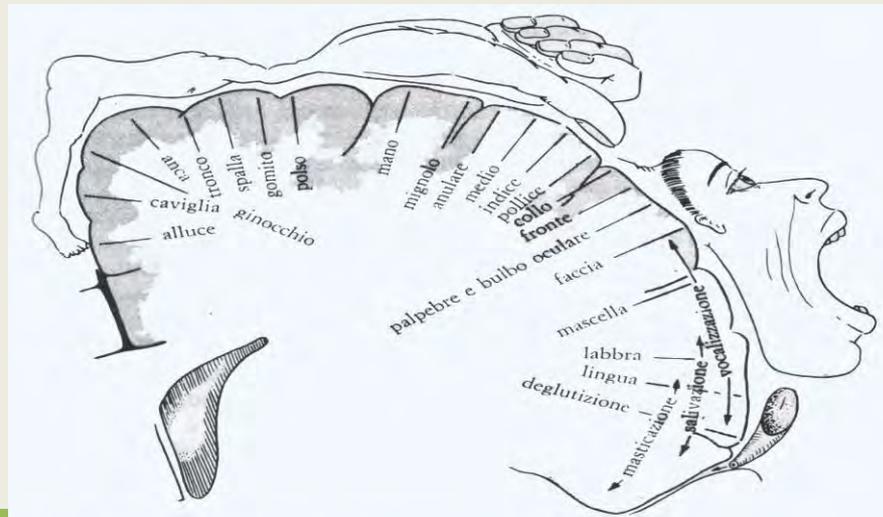


Figura 6 - Rappresentazione corticale motoria («Homunculus» di Penfield).

TERAPIA ORO-FACCIALE - 2



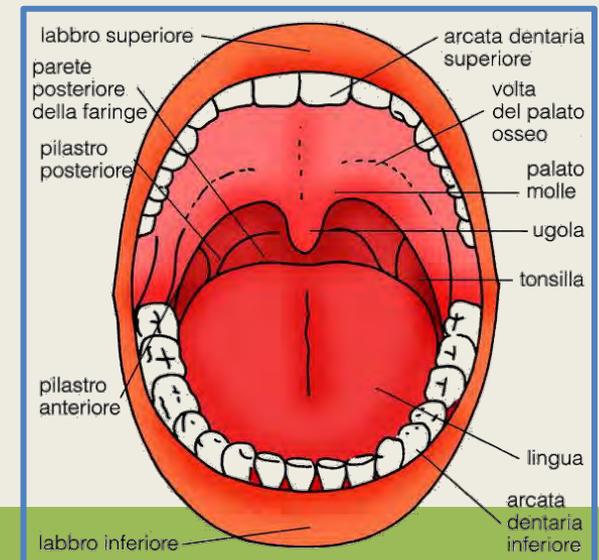
Nella fase acuta si cerca di sviluppare la PERCEZIONE DEL DISTRETTO ORO-FACCIALE INTRA-ORALE tramite stimoli **che vengono applicati all'interno della bocca al fine di attivare** questa regione.



- Stimolazione distretto cranio/cefalico (viso, collo, spalle)
- Stimolazione intra-orale (lingua, pulizia denti, ghiaccio)

TERAPIA ORO-FACCIALE – obiettivi

- ✓ Migliorare la vigilanza
- ✓ Stimolare fissazione visiva
- ✓ Rallentare respirazione
- ✓ Modificare il tono peri-orale
- ✓ Migliorare motilità ed agilità della lingua
- ✓ Agire sui pre-requisiti della comunicazione e deglutizione



DEGLUTIZIONE- 1



Valutazione elementi sfavorevoli per intraprendere training svezzamento dalla NE:

- Presenza di riflessi arcaici (morso, grugno, suzione)
- Scialorrea
- Difficoltà masticazione
- Disturbo di sensibilità e forza delle labbra
- Incoordinazione orale (lingua/mandibola)
- Ristagno del bolo
- Assenza riflesso di deglutizione
- Tosse protettiva inefficace
- Paralisi faringea/laringea

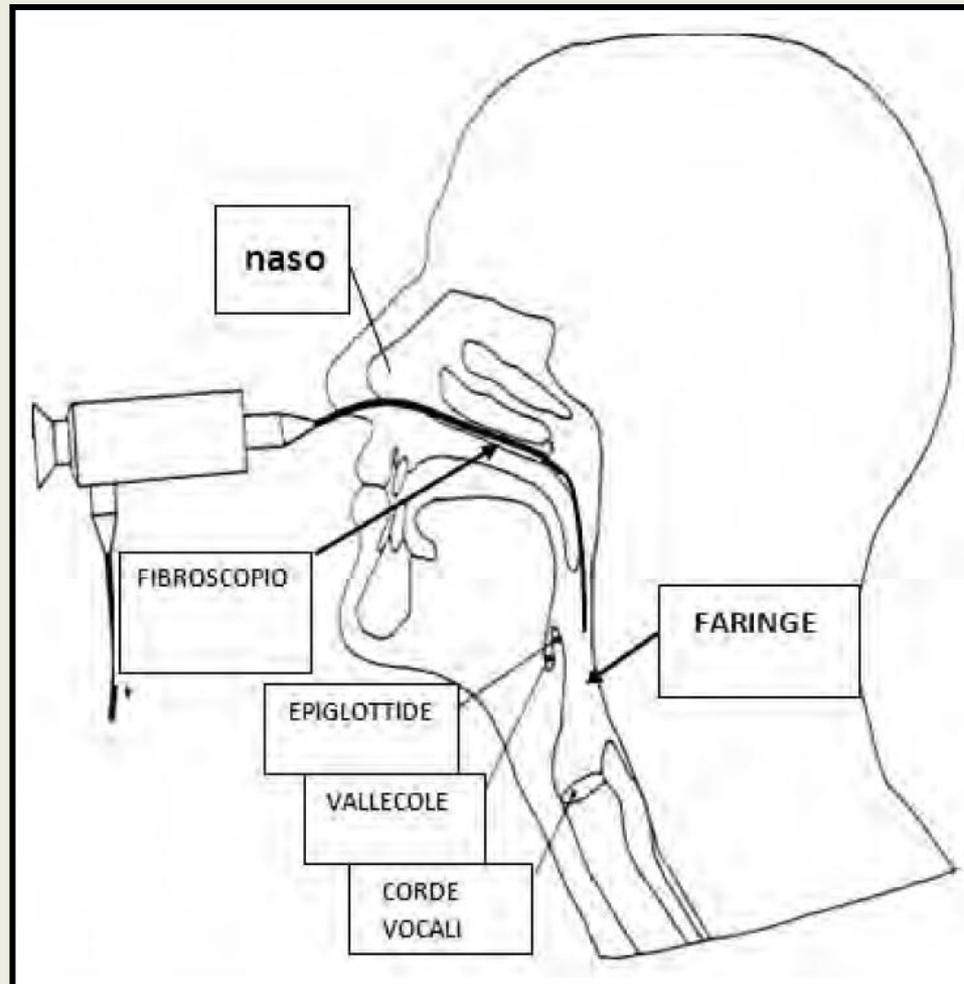
DEGLUTIZIONE- 2



Valutazione funzionale locale:

- a) Blue Dye Swallow Test
- b) Valutazione movimento laringeo
- c) Verifica funzionalità strutture deputate a deglutizione
- d) Prova di alimentazione orale
- e) Verifica disturbo sensitivi/sensoriali
- f) Approfondimento strumentale (FEES al letto)

FEES



CASO CLINICO - 3



- G.G. maschio, 38 anni, TCE da precipitazione (aprile 2014)
- Ingresso (febbraio 2015) DG : SVN/SM+ spiccata doppia emiparesi in fase di terziarismi retrattivi
- “Pz occhi aperti, dubbia fissazione, non inseguimento visivo. Non possibile esecuzione compiti semplici. NE tramite PEG.
- Valutazione FEES (settembre 2015)

DEGLUTIZIONE- 3



Principi di trattamento GCLA disfagico:

- Adeguata postura del paziente
- Inibizione riflessi patologici
- Condizionare la respirazione (relax)
- Sollecitare automatismi della deglutizione
- Manovre di facilitazione (intra – extraorali)
- Preparazione del cibo
- Gradualità





6. NURSING NUTRIZIONALE

**7. AUSILI, ORTESI, PALMARI, SISTEMI
POSTURALI**

8. STIMOLAZIONE SENSORIALE

9. DOLORE

10. PRESA IN CARICO FAMIGLIA

FINE



"L'aspetto più ottuso e inefficiente delle applicazioni sanitarie o dell'assistenza è la scontatezza. Si crede di sapere perché si vede e si manipola la superficie biologica dell'esperienza umana".

GRAZIE !