Lo screening infermieristico della disfagia nel paziente con ictus in fase acuta: validazione italiana del contenuto del “Gugging Swallowing Screen”

Il riconoscimento precoce dei segni e sintomi della disfagia è uno dei primi steps che porta a evitare le complicanze del paziente e conduce i professionisti sanitari a una pianificazione accurata dell’assistenza da erogare alla persona colpita da ictus. Considerando che l’infermiere è una delle prime figure ad accogliere il paziente nell’unità di degenza, l’identificazione precoce della disfagia può essere determinata grazie all’utilizzo di test di screening efficaci e somministrabili dagli infermieri al letto dell’assistito. Per questi motivi lo strumento analizzato (Gugging Swallowing Screen) potrebbe essere utilizzato per identificare la disfagia nella popolazione anziana dando indicazioni di immediata applicazione riguardo gli alimenti da somministrare. Ciò eviterebbe delle restrizioni alimentari che potrebbero peggiorare condizioni di salute già precarie della persona.

Di Debora Rosa *(IRCCS SMN Fondazione Don Gnocchi, Milano)*, Monica Piccione *(Helios Klinikum München West, Monaco di Baviera)*, Cristina Reverberi *(Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia)*

Le persone con disfagia hanno difficoltà a trattenere cibo e liquidi in bocca o a deglutire cibo e liquidi. La deglutizione è una funzione complessa che coinvolge venti muscoli e cinque nervi (Nazarko, 2008). La disfagia può causare complicazioni come malnutrizione, disidratazione, aspirazione, soffocamento, polmonite e morte (Westergren, 2006). La prevalenza complessiva è del 16-22% tra le persone di età superiore ai 55 anni (Kemps et al., 2015).

La disfagia neurogena si verifica nel 50% dei pazienti con ictus acuto e nel 25% dei pazienti cronici, nel 50% delle persone con malattia di Parkinson, nel 48-100% dei casi di sclerosi laterale amiotrofica, nello stadio iniziale del 70% dei casi di grave trauma cerebrale, in circa il 26% dei pazienti con tumori cerebrali e in più del 15% dei casi di paraplegia elevata. Nella sclerosi multipla, la disfagia è considerata “non frequente”. La disfagia neurogena comprende disturbi della deglutizione in pazienti geriatrici (38%) e affetti da demenza (45%). Il rischio di disfagia aumenta con l’età (Simon et al., 2009). Si stima che il 15% dei pazienti ricoverati in ospedale e il 12-74% delle persone che vivono in case di cura abbia la disfagia (Kemps et al., 2015).

Obiettivi

Molti autori sostengono che, per gestire in modo efficace la disfagia, sia necessario un approccio multidisciplinare e integrato (Park et al., 2015). In tale ottica, la gestione infermieristica ha l’obiettivo di ridurre il rischio di aspirazione e di mantenere l’idratazione e la nutrizione per bocca con tecniche di alimentazione sicure. E’ altresì importante che già al momento della presa in carico, l’infermiere effettui una valutazione della funzionalità deglutitoria del paziente, al fine di attuare tempestivamente degli interventi preventivi, per evitare le complicanze legate alla disfagia (Park et al., 2015). Questo è possibile grazie alla disponibilità di svariati test di screening: *3 oz swallowing water test (Suiter et al., 2009)*, *Mann Assessment of Swallowing Ability* (Mann, 2002), *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (Martino et al., 2014), Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Trapl et al., 2007).

La scala GUSS (Gugging Swallowing Screen)

La scala GUSS è costituita dai 2 parti: il test di deglutizione indiretta e la prova di deglutizione diretta. Questi test devono essere eseguiti in maniera sequenziale e possono essere raggiunti massimo 5 punti per ogni test. Tanto più alto sarà il punteggio tanto le prestazioni saranno migliori. Nella valutazione preliminare il paziente deve deglutire semplicemente la propria saliva con successo anche una volta sola. Il valutatore deve indicare se la persona è vigile per almeno 15 minuti consecutivi e se è in grado di schiarirsi la voce. Inoltre deve specificare se la persona deglutisce senza difficoltà, presenta perdite di saliva o modificazione della voce. Per poter procedere alla prova di deglutizione diretta, la persona deve raggiugere il punteggio massimo.

La seconda prova si compone di 3 fasi in sequenza. Si inizia con la somministrazione di cibo semisolido, poi liquido ed infine solido. In questa fase vengono valutate per ogni *texture*: capacità deglutitoria, presenza o meno di tosse, perdita di saliva, modifica della voce. Per poter somministrare la successiva *texture* la persona deve raggiungere un punteggio di 5.

Il punteggio finale ha un range che va da 0 a 20, così suddiviso: da 0 a 9 che indica che è fallita l'indagine preliminare o l'assunzione dei cibi semisolidi e la disfagia è classificata come grave con alto rischio di aspirazione; da 10 a 14 la persona ha deglutito senza difficoltà i cibi di consistenza semisolida, ma ha presentato difficoltà con i liquidi e la disfagia viene considerata moderata con rischio di aspirazione basso; da 15 a 19 non si sono presentate difficoltà nella deglutizione di cibi semisolidi o liquidi, mentre si sono incontrate difficoltà con i cibi solidi, quindi la disfagia viene considerata lieve con basso rischio di aspirazione e il punteggio di 20 corrisponde all'assenza di difficoltà e quindi è stata riscontrata lieve/assente disfagia con minimo rischio di aspirazione (Trap et al., 2007). Questa scala non è stata validata in italiano. L' obiettivo è stato relativo alle seguenti forme di validazione: linguistico-culturale, di contenuto e di facciata.

Materiali e metodi

Nella prima fase e? stata condotta la validazione linguistico-culturale, secondo una metodologia standardizzata di "*translation, back-translation e forward translation"* (Polit, Beck., 2008; Jones et al, 2001; Lynn, 1986) per formulare gli item nella loro versione italiana (GUSS-ITA). Prima di procedere con l'inizio dello studio e? stata chiesta l'autorizzazione agli autori della GUSS originale. La metodologia utilizzata ha previsto una iniziale traduzione dall'inglese all'italiano (*translation*) e ritraduzione indipendente, dall'italiano all'inglese, da parte di due esperti bilingui (*back-translation*). La riconciliazione delle due versioni degli esperti bilingui e ritraduzione dall'inglese all'italiano (*forward translation*) e? stata condotta coinvolgendo un panel di sei esperti (foniatri, infermieri, logopedisti) in una discussione di consenso (Polit, Beck., 2008; Jones et al, 2001; Lynn, 1986).

Alla fine della discussione di consenso e? stato chiesto ai medesimi esperti di esprimere un proprio giudizio sulla comprensibilità? e fedeltà? della traduzione, utilizzando una scala Likert da 1 a 4, dove 1= non rilevante, 2 = lievemente rilevante, 3 = abbastanza rilevante, 4 = molto rilevante. Il raggiungimento del consenso sulla traduzione è stato oggettivato attraverso il calcolo dell'indice K di *Fleiss*, fissando il valore 0,70 come *cut-off* per indicare l'ottenuto consenso (Hallgren, 2012). In questa fase è stato chiesto a un gruppo di 6 esperti (foniatri, infermieri e logopedisti) di esprimere un loro giudizio sulla pertinenza di ogni item della GUSS-ITA utilizzando una scala Likert a quattro passi (1=completamente non pertinente; 4=completamente pertinente) per calcolare gli indici relativi alla validazione quantitativa di contenuto e domande aperte per determinare la validità qualitativa di contenuto (validità di facciata).

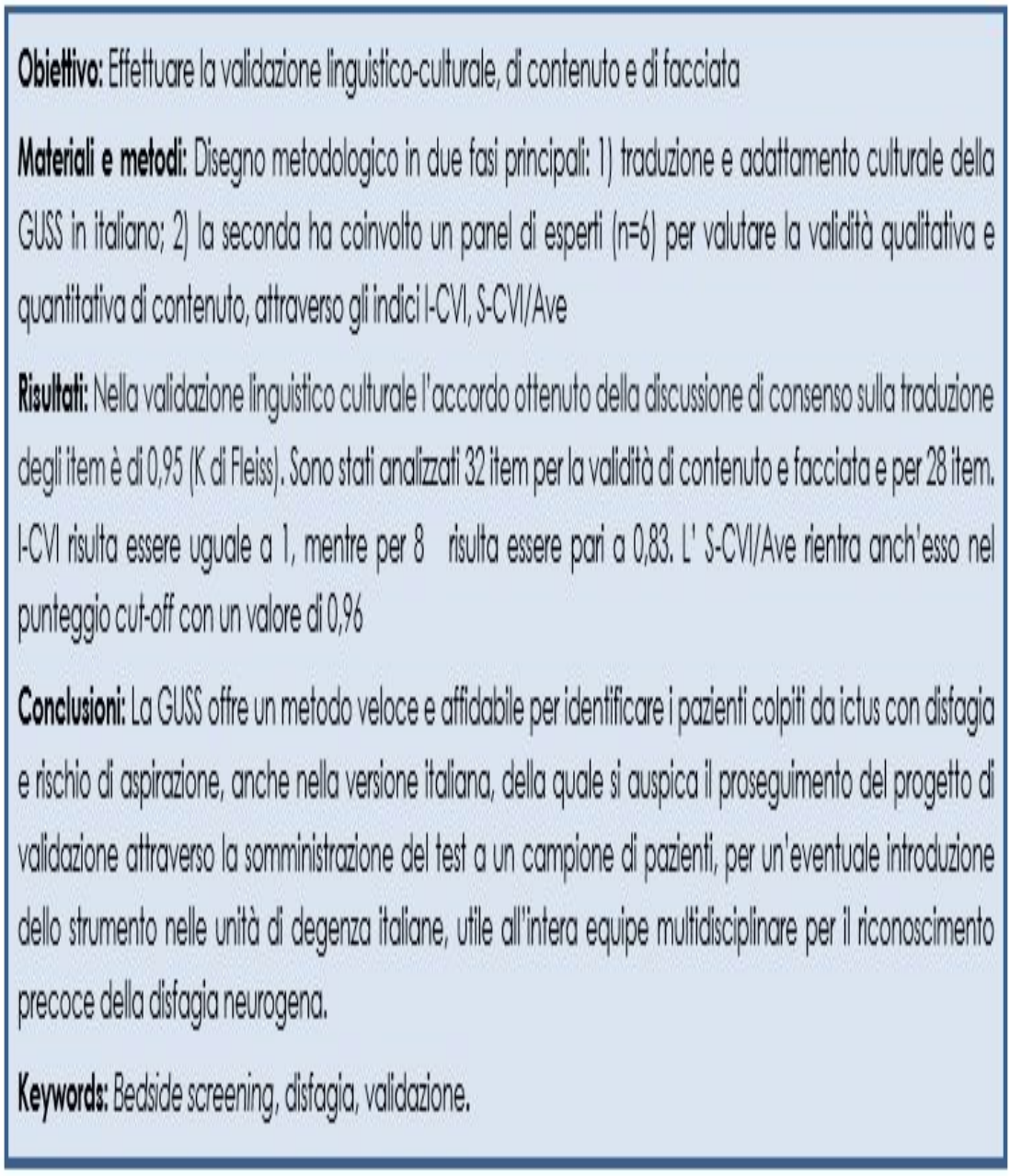
Attraverso le risposte su scala Likert è stato possibile il calcolo dei seguenti indici: *Content Validity Index* a livello dei singoli item (I-CVI) e sull'intero strumento (S-CVI/Ave). L'ottenimento della validità quantitativa di contenuto è fissata dal cut-off di 0,78 o più alto per gli I-CVI e 0,8 e 0,9 o più alto per lo S-CVI/Ave (Polit, Beck, 2008). Una volta ottenute le valutazione degli esperti si è creato un database elettronico tramite il programma Microsoft Excel versione 2016, in cui sono stati inseriti tutti i

punteggi che gli esperti hanno attribuito ad ogni item ed è stata effettuata l'analisi statistica dei dati, seguendo le indicazioni di Polit e Beck (Polit, Beck., 2008).

Risultati

Nella validazione linguistico culturale i sei partecipanti coinvolti (due medici, due infermieri e due logopedisti) nella riconciliazione e "*forward-translation*" (traduzione eseguita da preferibilmente un professionista della salute, che abbia familiarità con la terminologia contenuta nella scala di valutazione. Il traduttore dovrebbe conoscere la cultura anglofona, ma la sua lingua madre dovrebbe essere la lingua italiana) delle precedenti traduzioni indipendenti (traduttori bilingui) erano in maggioranza donne (90%), con una età media 42 anni. L'accordo ottenuto della discussione di consenso sulla traduzione degli item è stato ottimo (K di Fleiss=0,95).

Per la validità di contenuto e facciata sono stati analizzati 32 item. Per ogni item è stato anche considerato il "*number agreement*", ossia il grado di accordo tra tutti i valutatori per ogni singolo item, espresso in un rapporto, che complessivamente risulta essere tra 5 e 6 (soltanto 8 item nell'intera scala hanno avuto un n*umber agreement* di punteggio 5). Inoltre è stato valutato il "*total agreement*" ossia il numero degli item che ha ottenuto lo stesso punteggio da tutti i valutatori, che corrisponde a 24 su 32 item, con punteggio Likert di 3 e 4. Per quanto riguarda l' I-CVI, dai risultati consegue che i 32 item della scala rientrano nel punteggio cut-off dell'indicatore, tra cui soltanto 8 di questi hanno un punteggio di 0,83. L' S-CVI/Ave rientra anch'esso nel punteggio cut-off con un valore di 0,96. Pertanto da ciò si evince chiaramente che sia complessivamente, che per ogni singolo item, il contenuto del test di *screening* risulta essere valido.



Obiettivo: Effettuare la validazione linguistico-culturale, di contenuto e di facciata

Materiali e metodi: Disegno metodologico in due fasi principali: 1) traduzione e adattamento culturale della GUSS in italiano; 2) la seconda ha coinvolto un panel di esperti (n=6) per valutare la validità qualitativa e quantitativa di contenuto, attraverso gli indici I-CVI, S-CVI/Ave

Risultati: Nella validazione linguistico culturale l'accordo ottenuto della discussione di consenso sulla traduzione degli item è di 0,95 (K di Fleiss). Sono stati analizzati 32 item per la validità di contenuto e facciata e per 28 item. I-CVI risulta essere uguale a 1, mentre per 8 risulta essere pari a 0,83. L' S-CVI/Ave rientra anch'esso nel punteggio cut-off con un valore di 0,96

Conclusioni: La GUSS offre un metodo veloce e affidabile per identificare i pazienti colpiti da ictus con disfagia e rischio di aspirazione, anche nella versione italiana, della quale si auspica il proseguimento del progetto di validazione attraverso la somministrazione del test a un campione di pazienti, per un'eventuale introduzione dello strumento nelle unità di degenza italiane, utile all'intera equipe multidisciplinare per il riconoscimento precoce della disfagia neurogena.

Keywords: Bedside screening, disfagia, validazione.

Box – Lo screening infermieristico della disfagia del paziente con ictus in fase acuta: validazione italiana del contenuto del "Gugging Swallowing Screen"

Discussione e conclusioni

Un semplice protocollo di valutazione per la disfagia può essere utilizzato come strumento di *screening* rapido per la rilevazione del rischio di aspirazione in pazienti neurologici ad alto rischio di disfagia, la quale rappresenta un problema collaborativo all'interno dell'equipe multidisciplinare sanitaria. Sulla base della combinazione delle migliori proprietà psicometriche e sulla fattibilità dei metodi di *bedside screening,* i test con l'acqua che usano un misto di item, come tosse e alterazione della voce producono migliori risultati in termini di rilevamento di pazienti con disfagia, ma la GUSS impiega un nuovo approccio per la somministrazione sequenziale della consistenza delle varie sostanze (semisolido, liquido e solido), mentre tutte le altre scale utilizzano solo l'assunzione dei liquidi e trascurano le altre consistenze.

Inoltre, oltre a offrire un metodo rapido e affidabile per i pazienti colpiti da ictus con la disfagia e il rischio di aspirazione, è l'unica scala che è stata progettata per consentire una dieta specifica in base al grado di disfagia, una valutazione graduale delle capacità di deglutizione del paziente ed è anche l'unica scala che utilizza un punteggio per classificare la gravità della disfagia. Dalla validazione del contenuto della scala in lingua italiana, si evince che essa risulta essere di facile comprensione a livello di significato da parte di un team di esperti diversificato. Inoltre, la GUSS, mostra avere un eccellente grado di accordo tra i valutatori per quanto concerne la valutazione del contenuto sia nella versione inglese che in quella italiana. Da ciò si evince che la traduzione rispecchia in maniera piuttosto precisa l'originale in lingua inglese.

Pertanto essendo ormai certa la validità del contenuto del test in italiano, non resterebbe che continuare con il processo di validazione procedendo con la valutazione psicometrica della scala, tra cui anche l'accordo intervalutatore in ambito clinico. Ciò sarebbe utile ai fini di un'introduzione di questo semplice strumento di bedside screening nelle unità di degenza italiane per permettere agli infermieri e a tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente neurologico, di gestire in maniera rapida e globale la presa in carico del soggetto disfagico.

Photo by National Cancer Institute on Unsplash

BIBLIOGRAFIA

Polit DF., Beck CT., (2008), *The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations*, in Research in Nursing & Health, Oct 29(5), 489-97.

Hallgren KA., (2012), *Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial*, in Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 8(1), 23–34.

Jones PS., Lee JW., Phillips LR., Zhang XE., Jaceldo K B., (2001), *An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research*, in Nursing Research, Sept–Oct 50(5), 300–304.

Kemps G., Sewitch M., Birnbaum R., Daniel SJ., (2015), *Contrast pooling in videofluoroscopic swallowing study as a risk factor for pneumonia in children with dysphagia*, in International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Jun 79(8), 1306–1309.

Lynn MR., (1986), *Determination and Quantification Of Content Validity*, in Nursing Research,Nov-Dec, 35(6), 382-386.

Mann G., (2002), *MASA : the Mann assessment of swallowing ability*, Australia; Clifton Park, NY: Singular/Thomson Learning.

Martino R., Maki E., Diamant N., (2014), *Identification of dysphagia using the Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©): Are 10 teaspoons of water necessary?*, in International Journal of Speech-Language Pathology, Jun 16(3), 193–198.

Nazarko L. (2008), *The clinical management of dysphagia in primary care*, in British Journal of Community Nursing, Jun 13(6), 258–264.

Park YH., Bang HL., Han HR., Chang HK., (2015), *Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review*, in J. Korean Acad. Nurs., Feb 45(1), 1–13.

Simon M., Reuther S., Schreier MM., Bartholomeyczik S., (2009), *Screening-Verfahren zur Identifikation einer Dysphagie bei älteren Menschen-Ein systematischer Literaturüberblick*, in Pflege, 22(3), 193–206.

Suiter DM., Leder SB., Karas DE., (2009), *The 3-ounce (90-cc) water swallow challenge: A screening test for children with suspected oropharyngeal dysphagia*, in Otolaryngology – Head and Neck Surgery, 140(2), 187–190

Trapl M., Enderle P., Nowotny M., Teuschl Y., Matz K., Dachenhausen A., Brainin M., (2007), *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen, in Stroke*, Nov 38(11), 2948–2952.

Westergren A., (2006), *Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review*, in International Nursing Review, Jun 53(2), 143–149