

GESTIONE DEL PAZIENTE CON COMPROMISSIONE DELLA DEGLUTIZIONE

Luca Pantarotto

Hospice “Casa San Giovanni di Dio” Ospedale S. Raffaele Arcangelo
Fatebenefratelli Venezia



Fisiologia della deglutizione

- atto complesso che implica l'utilizzo coordinato e sincrono della muscolatura orofaringea, laringea ed esofagea per permettere il passaggio del bolo dalla bocca allo stomaco in modo efficace e sicuro.



Fisiologia della deglutizione

- meccanismo in parte **volontario** ed in parte **involontario**.



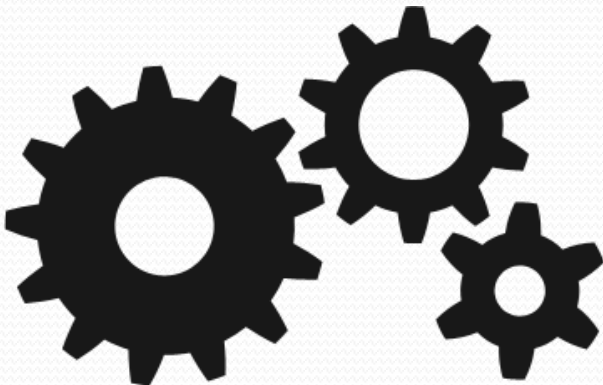
CONTROLLO VOLONTARIO

- fase preparatoria orale
- fase orale



CONTROLLO INVOLONTARIO

- fase faringea
- fase esofagea



Fisiologia della deglutizione

FASI DELLA DEGLUTIZIONE

- VOLONTARIE

- **Preparatoria Orale**
- **Fase Orale**

- RIFLESSO PERISTALTICO INVOLONTARIO

- **Fase Faringea**
- **Fase Esofagea**

- il bolo arriva in esofago attraverso lo sfintere esofageo superiore che si apre automaticamente
- per mezzo delle onde peristaltiche, percorre tutto l'esofago fino allo sfintere esofageo inferiore

trattenere il cibo sul dorso della lingua.



Patologia della deglutizione

DISFAGIA

- processo patologico che descrive qualsiasi disturbo della progressione del cibo dal cavo orale allo stomaco.
- può riguardare l'assunzione di cibi solidi, liquidi, semiliquidi, semisolidi.
- può presentare un carattere persistente o saltuario.



Patologia della deglutizione

LA DISFAGIA NON COMPRENDE SOLO LE
ALTERAZIONI DURANTE LA DEGLUTIZIONE, MA
ANCHE...

**ALTERAZIONE DI ATTI COMPORTAMENTALI,
SENSORIALI E MOTORI PRELIMINARI IN
PREPARAZIONE ALLA DEGLUTIZIONE**



Patologia della deglutizione



Aspirazione



LA DISEACIA

Aspirazione
silente



complicanze

di rischio di

- complicanza più frequente di **aspirazione**, associata a morbidità e mortalità



L'infermiere nella gestione della disfagia

Efficacia ed appropriatezza di intervento:

- medico, infermiere e logopedista collaborano in un team multidisciplinare
- anche operatori sociosanitari, volontari, familiari devono essere a conoscenza dei principali segni della disfagia e dei rischi connessi



Presa in carico di pazienti disfagici presso l'hospice “Casa San Giovanni di Dio”



All'ingresso...

ANAMNESI



POSITIVA PER
DISFAGIA



CON STANDARDISED SWALLOWING SCREEN



Assenza



MONITORAGGIO E
SORVEGLIANZA



VALUTAZIONE DEI

FATTORI DI RISCHIO

GENERALI/SPECIFICI
PRE/POST PRANDIALE



Presenza



SCREENING

CON STANDARDISED SWALLOWING SCREEN

L'infermiere nella gestione della disfagia

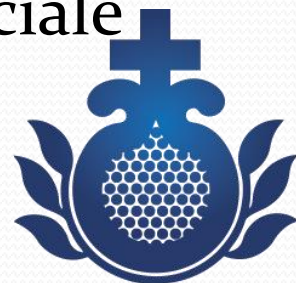
- **SCREENING** l'infermiere evidenzia eventuali **deficit o fattori di rischio** così da impostare adeguate strategie di compenso



L'infermiere nella gestione della disfagia

Fattori di rischio non specifici di disfagia:

- diminuzione abilità cognitive: consapevolezza, orientamento, memoria, vigilanza e attenzione
- incremento dell'impulsività o agitazione
- l'uso di alcuni farmaci come neurolettici e antidepressivi
- iper estensione del collo o contratture
- diminuzione o assenza di forza, movimento e simmetria dei muscoli facciali, lingua e muscoli orali
- diminuzione o assenza della sensibilità orale e facciale
- problemi di linguaggio
- età avanzata.



L'infermiere nella gestione della disfagia

Fattori di rischio specifici di disfagia:

- tosse durante o dopo la deglutizione
- assenza di tosse volontaria
- assenza deglutizione volontaria
- eccessiva lentezza nell'assunzione dei cibi
- presenza di residuo di bolo nelle fauci
- voce gorgogliante
- frequenti infezioni polmonari
- schiarimenti di voce frequenti
- scialorrea
- fastidio o dolore alla deglutizione





STANDARDISED SWALLOWING SCREEN –modificato (tratto da: Perry L. 2001)¹

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

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 alla somministrazione di acqua

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

SPO2 (primo minuto prima di iniziare)	SPO2 (durante la prova)	SPO2 (due minuti successivi alla somministrazione)

Conclusioni:

- ☐ Nulla per os
 ☐ Possibilità di alimentazione per os
 ☐ Richiesta consulenza per approfondimento
- ☐ Altro _____

PROVVEDIMENTI (SE POSSIBILE L'ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE PER VIA ORALE): _____

PROVVEDIMENTI (SE POSSIBILE L'ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE PER VIA ORALE): _____

¹ Perry L. (2001). Op. Cit. , ² SIGN – 87 (2004) Op. Cit. , ³ Un SHA et al. Op. Cit.



Presa in carico del paziente disfagico

Entro le 24 ore dal ricovero effettuare

- Pianificazione di eventuali modifiche della dieta
- Sorveglianza
- Adozione di Dieta di 1° livello (semiliquida, consistenza yogurt)
- Attualizzazione della Dieta di 2° livello (semisolido=frullato, consistenza purea, polpo e
origano, ma
ma
- Revisione
Tutte le diete non conterranno **alimenti a rischio**:
alimenti friabili, duri, con buccia e semi, con doppia
consistenza (minestra), filamentosi (carni o verdure
filamentose) riso, verdure crude
- Preparazione
Dieta e
tagliati
 - Collaborazione medici-infermieri
 - Attenzione alla via di somministrazione (farmaci tritati)
- Paziente
- Caregivers



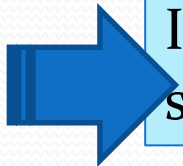
Scelta degli alimenti nel paziente disfagico

- Consistenza
- Omogeneità
- Dimensioni
- Temperatura



- S La temperatura simile a quella corporea non stimola la
- A I sapori acido, amaro e piccante: aumentano il rischio di aspirazione

Il sapore acido può aumentare la secrezione salivare,
sconsigliato in caso di scialorrea



Caso clinico



Caso clinico



Arriva in reparto il signor Mario Rossi con diagnosi di glioblastoma encefalico (lobo temporale sx)

- Stato del sensorio
- Necessita di igiene orale
- Riferita disfagia dai familiari con episodi di tosse sia con i liquidi sia con i cibi a doppia consistenza



Caso clinico



Arriva in reparto il signor
diagnosi di glioblastoma
temporale sx)

- **Stato del sensorio**
- **Necessità di igiene orale**
- **Riferita disfagia da fam**
tosse sia con i liquidi sia
consistenza

Livelli di coscienza alterati o
abilità/funzioni cognitive
impoverite per:

- Lucidità
- Attenzione
- Livello di responsività:
risponde con difficoltà agli
stimoli verbali.
- Difficoltà di somministrazione
terapie orali

Somministrazione della scheda
Standardised Swallowing Screen



Caso clinico



Interventi

Somministrazione Swallowing Screen

ESITO: disfagia solidi e liquidi



Richiesta valutazione logopedica

ESITO: 1 $\frac{1}{2}$ misurino di
addensante/bicchiere

Dieta semisolida (2° livello)



Igiene cavo orale

Supervisione durante i
pasti



Grazie per l'attenzione

