

# Attualità nelle cure del paziente anziano nelle strutture riabilitative e residenziali

Genova, 4 Dicembre 2014  
CISEF

## Il paziente disfagico: inquadramento clinico e aspetti riabilitativi

Dott.ssa Paola Castellini

U.O.S. Dip. di Foniatria  
IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST, Genova

Dott.ssa Log Sabrina Bardato

Centro di Riabilitazione, Genova

# Disfagia: alcuni dati epidemiologici

- Prevalenza popolazione generale: 3-5%
- Nei soggetti oltre 85 anni: 16%
- Negli ospedali per acuti: 12-13%
- **Strutture residenziali per anziani: 40-60%**
- Nell'ictus cerebrale: 40-80% nella prima settimana; 3-17% dopo un mese
- Malattia di Parkinson: 50-90%
- Sclerosi Multipla: 33-43%
- Sclerosi Laterale Amiotrofica: 100%
- Radioterapia regione testa-collo: 93-100%

# PRESBIFAGIA

- **PRIMARIA** : cambiamenti anatomo-fisiologici età dipendenti nel adulto anziano sano

Le fasi della deglutizione nell'anziano subiscono delle modificazioni quantitative con l'invecchiamento, con un significativo aumento della durata complessiva (Robbins et al.1992)

I cambiamenti età-correlati li troviamo nella fase orale, faringea, esofagea (Robbins et al.2006)

- **SECONDARIA** : gli effetti dell'invecchiamento sono secondari a malattie, farmaci, traumi ....

# PRESBIFAGIA SECONDARIA

Gli eventi che più frequentemente agiscono da stressors nell'anziano sono

malattie neurologiche (acute ,  
degenerative, neoplastiche)

malattie internistiche

malattie dell'esofago

malattie ORL

malattie scheletriche (osteofitosi  
cervicale)

malattie NCH

iatrogene (farmaci, SNG, tracheotomia,  
RT)

Malattie cerebrovascolari

Morbo di Parkinson

Demenze – Morbo di Alzheimer

Malattia del motoneurone

SM

Neoformazioni cerebrali

# FARMACI

Esistono più di 2000 farmaci che possono influenzare il flusso salivare, la peristalsi intestinale, lo stato cognitivo, lo stato psicomotorio interferendo con la normale funzione orofaringoesofagea o alterando la protezione delle vie aeree

# ANZIANO FRAGILE

Stato di mancanza di forza e suscettibilità alla malattia :

- perdita di peso
- sarcopenia
- debolezza
- poca resistenza
- lentezza
- attività ridotta



Aumentato rischio di  
polmonite ab ingestis e  
ricoveri multipli  
(bounce back)

**La gestione del paziente disfagico è  
COMPLESSA  
e richiede una competenza multiprofessionale**

- Fisiatra
- Foniatra
- Gastroenterologo
- Geriatra
- Medico di famiglia
- Neurologo
- Nutrizionista
- Pneumologo
- Psicologo
- Radiologo
- Rianimatore
- Ass. sociale
- Dietista
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Terapista occupazionale

*[in ordine alfabetico]*

# Non solo disfagia.....

Ma anche:

Voce

Parola

Linguaggio

Comunicazione

Disfunzioni cognitive

Disfunzioni respiratorie

# L'intervento Foniiatrico prevede

- Valutazioni diagnostiche e prognostiche
- Progettazione dell'intervento
- Scelta degli ausili
- Gestione diretta della riabilitazione o di contenimento del deterioramento di abilità e della rieducazione del cliente

## Percorso diagnostico

- Individuazione del sintomo disfagia o del segno clinico disfagia (protocolli di screening)
- Invio allo specialista in deglutologia:
  - Bedside examination
  - Valutazione endoscopica
  - Videofluorografia

**N.B. : IL TEST DI SCREENING NON E' UNA PROCEDURA DIAGNOSTICA**

## Le indicazioni che seguono la valutazione

- Modalità di nutrizione possibile e relative caratteristiche nutrizionali
- Posizione in cui il paziente deve alimentarsi od essere alimentato
- Alcune precauzioni comportamentali da utilizzare salvo diverse indicazioni
- Principali elementi di sospetto nei confronti dell'aspirazione
- Eventuale trattamento logopedico
- L'efficacia di determinate posture o manovre facilitanti
- Se il percorso riabilitativo intrapreso è stato efficace
- Modalità di igiene riguardanti la bocca, denti e protesi
- Adozioni di eventuali ausili
- Come assumere l'eventuale terapia farmacologica
- Follow-up per la verifica del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi

# Rimediazione

- Farmacologica
- Chirurgica
- Educativa
- Riabilitativa

# FONIATRIA E LOGOPEDIA

## **diagnosi medica**

(identificazione della malattia che causa la disfagia ed eventuali patologie associate)

## **diagnosi fisiopatologica**

(identificazione dei meccanismi che determinano la disfagia ed eventuali disabilità associate )

## **diagnosi riabilitativa**

(menomazioni funzionali, limitazioni nelle attività quotidiane, restrizione nella partecipazione alla vita sociale, modificabilità di quanto rilevato, risorse del cliente e del suo ambiente di vita, modalità di intervento, tempi necessari per raggiungere gli obiettivi proposti)

## **trattamento riabilitativo**

## **progetto riabilitativo**

(.....priorità, tempi di intervento, scelta degli obiettivi a breve, medio, lungo termine,....)

## **programma riabilitativo**

(chi fa cosa in quali modalità, in che tempi e con quali obiettivi)

# Tempi di intervento della valutazione foniATRica e del trattamento logopedico

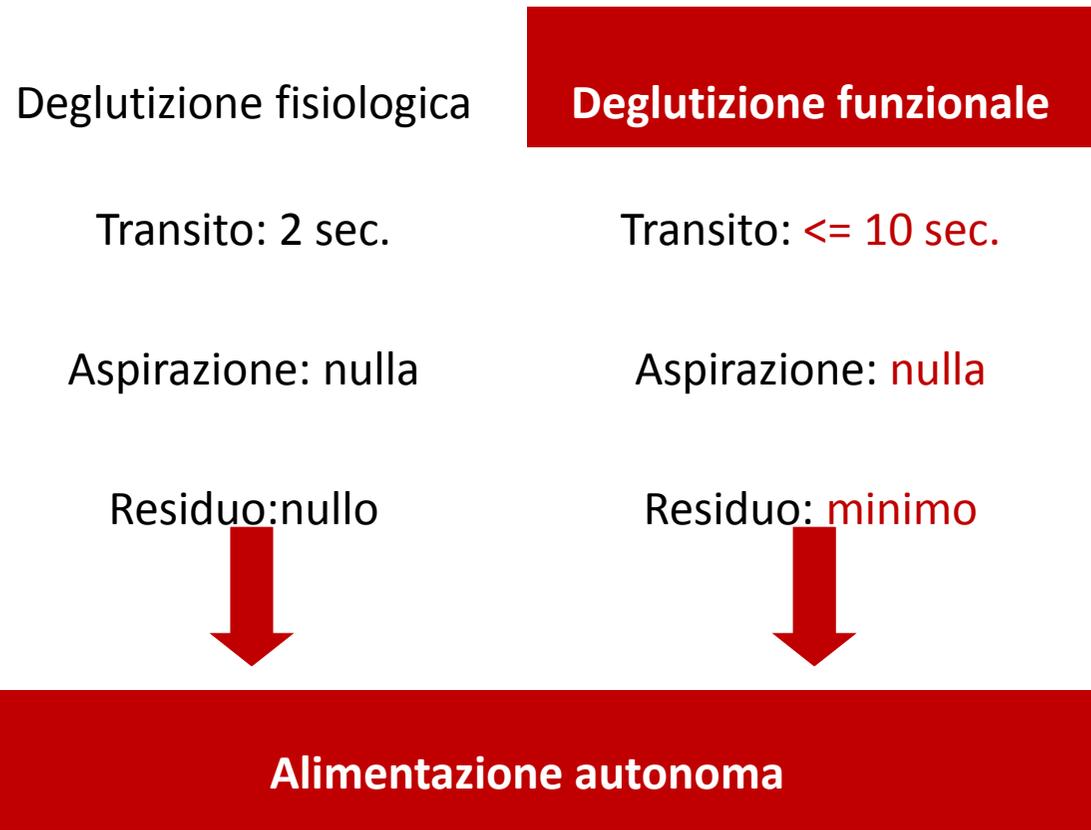
Fase acuta (intensiva).

Fase post acuta (estensiva) a cui fa seguito un “mantenimento sociale e sanitario”, con il prosieguo, all’occorrenza, dell’assistenza riabilitativa.

# Criticità

- la terapia in acuzie, in terapia intensiva per la sede ospedaliera, non sempre si raccorda con la terapia estensiva;
- non sempre esistono rapporti tra la fase ospedaliera e quella post-ospedaliera;
- i servizi territoriali logopedici sono insufficienti;
- le strutture accreditate non prevedono nei criteri di accreditamento le figure del foniatra e del logopedista;
- gli ambulatori ospedalieri si fanno carico di pazienti che dovrebbero accedere agli ambulatori territoriali.

# L'obbiettivo e' il conseguimento di una

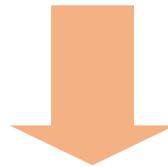


# EVITANDO (Conseguenze della disfagia)

MALNUTRIZIONE

DISIDRATAZIONE

AB INGESTIS: passaggio, entrata degli  
ingesti nelle vie respiratorie



**ASPIRAZIONE!!**

# MODALITA' D' INTERVENTO LOGOPEDICO

TRATTAMENTO DIRETTO: tecniche riabilitative;

TRATTAMENTO INDIRETTO: tecniche di gestione;

COUNSELLING: il contesto ambientale-parentale e anch'esso "oggetto di cure".

# PIANO DI TRATTAMENTO:

- AREA GENERALE: attenzione, concentrazione, memoria di lavoro, controllo del capo e del tronco, coordinazione generale
- AREA ASPECIFICA: tecniche di stimolazione tattile e termica, prassie bucco-linguo-facciali
- AREA SPECIFICA: metodiche di compenso, tecniche rieducative

# SCELTA DEGLI ALIMENTI

- CONSISTENZA ED OMOGENEITA' (liquidi, semi-liquidi, semi-solidi, solidi)
- SAPORE (l'aspetto del cibo deve essere invitante, importante è mantenere le portate separate)
- TEMPERATURA (preferire le temperature fredde, evitare le temperature tiepide)
- VOLUME DEL BOLO (introdurre piccole quantità dopo che il primo boccone è stato deglutito)

# Modalità comportamentali

Intervenire sulla postura nel corso della alimentazione

- 1) in posizione seduta a tavola
- 2) in posizione seduta al letto

Intervenire sia che il pz si alimenti da solo o con aiuto

Altro

## Modalità ambientali

- E' sempre consigliabile che il pz. disfagico si alimenti in ambiente tranquillo, limitando al massimo le distrazioni (es. la TV accesa durante il pasto) ed evitando situazioni stressanti.
- Il pz. si deve alimentare senza fretta, prendendosi tutto il tempo necessario.
- E' utile che l'ambiente sia curato e la tavola ben apparecchiata, per conservare – per quanto è possibile – una dimensione di piacere.

# Modalità comportamentali

## ■ Dopo il pasto

- L'igiene orale va eseguita subito dopo mangiato.
- E' necessario, terminato il pasto, che il pz., prima di coricarsi, aspetti almeno venti minuti. Questo per permettere al cibo, eventualmente ancora ristagnante, di essere deglutito e convogliato nelle vie digestive.
- Prima di andare a dormire bisogna controllare che la cavità orale sia ben detersa e libera da residui che potrebbero essere aspirati.
- Se si presentano frequenti episodi di tosse nel sonno non bisogna allarmarsi: è possibile che vi siano difficoltà nella deglutizione della saliva ed è sufficiente aggiungere un cuscino dietro la testa per facilitarne la discesa nelle vie digestive.

# Modalità comportamentali

## ■ Igiene orale

- Quando si usano spazzolino da denti e dentifricio, per evitare l'accidentale deglutizione di liquidi, è utile usare (o far usare) - per gli sciacqui - acqua calda che dà una sensazione sgradevole che non stimola la deglutizione.
- E' utile inoltre mantenere il capo flesso in avanti per evitare lo scolo accidentale di liquidi.
- Quando si fa uso di protesi dentarie è necessario provvedere ad ogni pasto alla rimozione della protesi per eliminare i residui di cibo. Ogni giorno va eseguita la normale igiene della protesi, secondo le indicazioni del dentista.
- Quando l'igiene del cavo orale è particolarmente difficile può essere effettuata con una garza avvolta intorno ad un dito e imbevuta di bicarbonato di sodio, acqua ossigenata al 3%, cloruro di sodio diluiti in acqua.
- La detersione della lingua in caso di disfagia è particolarmente importante, perché una deglutizione meno efficace facilita la comparsa di funghi e infezioni del cavo orale. Per pulire la lingua sono in commercio strumenti appositi.

# Modalità comportamentali

## ■ Aspirazione delle secrezioni

- Bocca: inserire/togliere il sondino spento ; non stimolare troppo la faringe
- Naso
- Tracheotomia: igiene del sondino ; non oltre la lunghezza della cannula per evitare irritazioni alla mucosa, limitare la durata

# Alimenti da EVITARE SEMPRE in caso di disfagia

- Miscele
- Cibi filacciosi
- Cibi che sbriciolano
- Cibi troppo asciutti
- Cibi appiccicosi
- Cibi con buccia
- Riso

Chi è disfagico per i cibi e i liquidi è  
disfagico anche per la terapia  
farmacologica per bocca



# Campanelli d'allarme (1)

1. Dolore o fastidio alla deglutizione
2. Percezione di senso di corpo estraneo in gola
3. Impiegare più tempo per mangiare
4. Presenza di febbricola o febbre
5. Cambiamenti abitudini alimentari
6. Riduzione del peso corporeo senza causa apparente

## Campanelli d'allarme (2)

7. Presenza di tosse non episodica
8. Colpi di tosse subito o anche 2-3' dalla deglutizione
9. Comparsa di velatura nella voce o franca raucedine dopo la deglutizione
10. Fuoriuscita di liquido o cibo dal naso
11. Aumento di salivazione
12. Presenza di catarro

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

