



ISTITUTO S. ANNA

CROTONE

Alta Specialità Riabilitativa

Centro di Riferimento Regionale per Gravi Cerebrolesioni



I DEFICIT DELL' ALIMENTAZIONE: LA GESTIONE DELLA PERSONA DISFAGICA

Informazioni e suggerimenti per
familiari e caregiver

I QUADERNI
DEL S. ANNA
N° 3

I DEFICIT DELL' ALIMENTAZIONE: LA GESTIONE DELLA PERSONA DISFAGICA

Informazioni e suggerimenti per familiari e caregiver

Antonella Iozzi e Luisa Spezzano
Logopediste

I QUADERNI DEL S. ANNA
Luglio 2015

Direttore Sanitario
Dr. Paolo Scola

Direttore Scientifico
Prof. Giuliano Dolce

ISTITUTO S. ANNA Editore
Crotone

www.istitutosantanna.it

Prefazione

Il presente opuscolo fa parte della collana "I QUADERNI DEL S.ANNA" e si propone come strumento per i familiari dei pazienti che presentano disturbi della deglutizione.

La disfagia è una patologia spesso subdola e insidiosa che colpisce più frequentemente i pazienti con malattie neurologiche e gli anziani, causando complicazioni gravi e condizionanti il percorso riabilitativo.

Oltre alla sensibilizzazione su tali disturbi che, spesso sono sottovalutati in ambito familiare, l'opuscolo offre utili consigli sulla prevenzione e le diete adatte a tali condizioni e fornisce indicazioni semplici e chiare ai familiari dei pazienti disfagici.

Le nostre logopediste sono riuscite a spiegare con linguaggio facile e comprensibile i meccanismi che regolano l'atto deglutitorio, così complesso e delicato perchè coinvolge l'apparato respiratorio, digerente e fonatorio.

dott. Paolo Scola
Direttore Sanitario

Introduzione

Con il termine disfagia si indica un disturbo della deglutizione, osservabile sia in soggetti con patologie neurologiche, muscolari, traumatiche ed oncologiche che in soggetti particolarmente anziani. In riabilitazione neurologica, la disfagia, rappresenta una condizione di frequente riscontro che, oltre ad indurre malnutrizione, può essere responsabile sia di aspirazione silente, con rischio elevato di insorgenza di polmoniti da aspirazione, che di morte improvvisa per soffocamento.

La rieducazione della disfagia è entrata negli ultimi anni a far parte dell'attività quotidiana di un numero crescente di logopedisti. Si rileva in effetti un notevole aumento dei disturbi di deglutizione tale da prestare una maggiore attenzione a tutti i relativi sintomi. La rieducazione della disfagia è un'attività molto impegnativa e richiede un'attenta formazione degli operatori addetti, oltre all'utilizzo di adeguati strumenti di soccorso per ridurre al minimo i rischi.

Problemi di alimentazione si riscontrano nel 13-14% dei pazienti ospedalizzati per il trattamento di patologie di tipo acuto, nel 30-35% dei soggetti ammessi in centri riabilitativi e nel 40-50% di quelli ricoverati in strutture di lungodegenza.

Il presente opuscolo intende fornire ai familiari e caregiver un supporto di elementi conoscitivi utili per un'assistenza efficace.

LA DEGLUTIZIONE

La deglutizione viene definita come l'insieme di attività che consentono di trasferire il bolo alimentare dalla bocca allo stomaco.

La deglutizione nei soggetti sani

La deglutizione dell'adulto comprende sei fasi:

➤ **Fase 0 di preparazione extraorale** la vista, l'odore e il gusto dei cibi e bevande favoriscono la produzione della saliva creando un ambiente ricco di liquidi al momento dell'introduzione degli alimenti in bocca, si tratta di un atto volontario;

➤ **Fase 1 di preparazione orale** il cibo si mescola con la saliva mediante il processo di masticazione creando il cosiddetto "bolo", atto volontario (Fig.1);

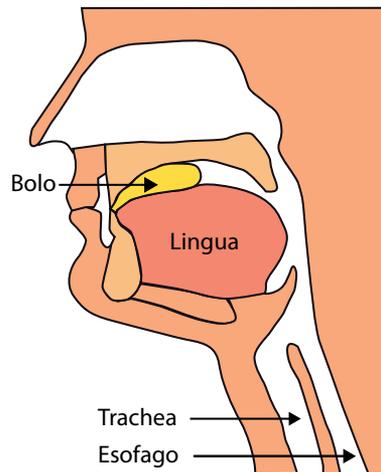


Fig. 1 Fase di preparazione orale

- **Fase 2 o fase orale** dopo essere stato masticato abbastanza da creare un bolo soffice, la lingua si muove verso l'alto, schiacciandolo sul palato all'indietro e spingendolo verso la faringe attivando così il riflesso della deglutizione. La fase 2 è un atto volontario (Fig.2);

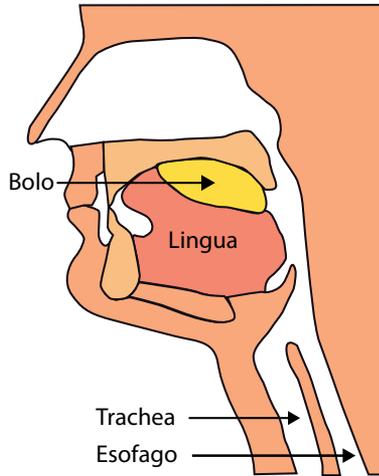


Fig. 2 Fase orale

- **Fase 3 o fase faringea** si verifica con un'interruzione momentanea dell'atto respiratorio (apnea) per consentire il passaggio del bolo in direzione dell'esofago: il bolo attraversa, nello specifico, il punto dove la via digerente incrocia la via respiratoria (Fig. 3);

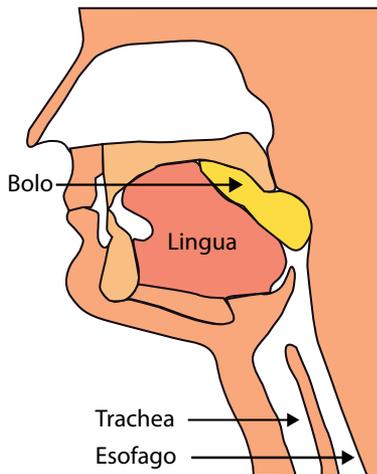


Fig. 3 Fase faringea

- **Fase 4 o esofagea** si realizza nel momento in cui il bolo arriva nell'esofago, la cui porta di ingresso (detta sfintere esofageo superiore) si apre automaticamente. In un tempo variabile tra gli otto e i venti secondi, tutto l'esofago, per mezzo di particolari contrazioni (onde peristaltiche) verrà percorso dal bolo che giungerà alla porta di ingresso dello stomaco (sfintere esofageo inferiore) (Fig. 4);

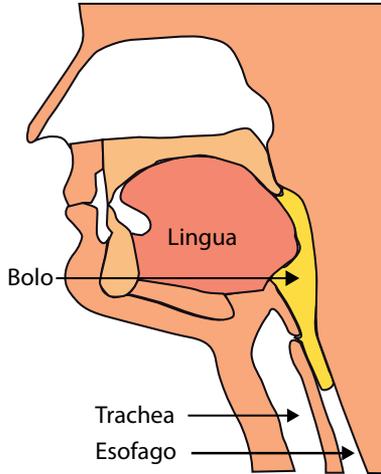


Fig. 4 Fase esofagea

- **Fase 5 o fase gastrica** il bolo arriva nello stomaco terminando così l'atto deglutitorio (Fig. 5).

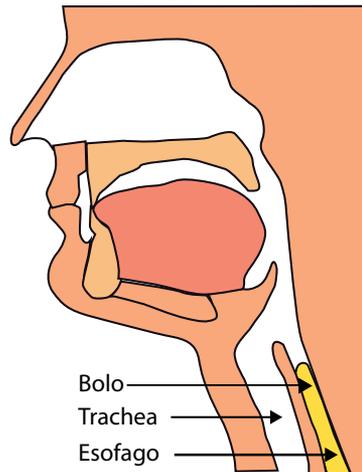


Fig. 5 Fase gastrica

**L'alterazione di una o più di queste fasi provoca un deficit della deglutizione definito: DISFAGIA.
La disfagia non è una malattia, ma un sintomo.**

Disfagia fase 1: difficoltà nella gestione orale del bolo e della sua masticazione. È necessaria un'alimentazione con cibi di consistenza omogenea ed esclusivamente semi-solida.

Disfagia fase 2: incapacità del paziente di gestire la fase masticatoria. È necessaria un'alimentazione con cibi di consistenza morbida (primo piatto ben cotto) e semi-solida (secondo piatto).

Disfagia fase 3: stesse difficoltà della fase 2. È necessario motivare il paziente con alimenti di consistenza diversa; semi-solida (primo piatto) e solido-morbida (secondo piatto e contorno).

Disfagia fase 4: buona masticazione, ma ancora necessita di alimenti a consistenza solido-morbida.

Dieta comune senza cibi a doppia consistenza: il paziente presenta un'efficace capacità masticatoria, ha una difficile gestione orale degli alimenti a doppia consistenza (pastina in brodo, minestrone a pezzi), che dovranno essere eliminati dalla dieta.

Tale piano alimentare risulta utile anche e soprattutto dopo le dimissioni ed il rientro a casa del paziente riducendo i rischi di aspirazione.

GRUPPI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISFAGIA:

- anziani oltre i 70 anni di età, ricoverati in case di riposo o di cura, oppure persone oltre gli 80 anni apparentemente sane;
- pazienti colpiti da ictus;
- pazienti con trauma cranio-encefalico;
- pazienti affetti da morbo di Parkinson;
- pazienti affetti da Alzheimer;
- pazienti affetti da malattie dei motoneuroni;
- pazienti affetti da neoplasie o malattie specifiche della gola;
- pazienti con lesioni al cranio e collo – danni nervosi e muscolari;
- pazienti affetti da pirosi gastrica cronica, ustioni interne secondarie ad avvelenamento o radioterapia;
- pazienti con cirrosi epatica in fase avanzata;
- soggetti che presentano danni di tipo iatrogeno (per effetti collaterali dei farmaci) al rivestimento della gola.

SEGNI E SINTOMI DELLA DISFAGIA

- nutrizione lenta o rifiuto di mangiare
- lentezza ad iniziare la deglutizione e/o ritardo nel deglutire (oltre 5 secondi)
- deglutizioni ripetute
- mancato coordinamento tra masticazione e deglutizione
- cibo fermo nelle guance e/o senso di ostruzione
- tosse frequente, a volte debole, assenza di tosse volontaria, starnuti anche dopo l'alimentazione e

- tendenza a "*sputare*", presenza di lacrime
- presenza di residuo di bolo nella bocca dopo la deglutizione
 - rigurgito/reflusso
 - voce roca o gorgogliante e necessità di raschiarsi la gola
 - cambiamento nel modo di respirare, respiro gorgogliante
 - rialzo della temperatura, infezioni polmonari
 - scarsa igiene orale
 - lingua protrusa, bocca secca, perdita di saliva
 - sensazione di debolezza e calo di peso
 - disidratazione.

SUGGERIMENTI E CONSIGLI PRATICI PER CHI ASSISTE IL PAZIENTE DISFAGICO DURANTE IL PASTO

Salvo diverse indicazioni da parte del personale sanitario esperto nella gestione della disfagia, si suggeriscono le seguenti modalità di somministrazione di alimenti e farmaci, nonché di assistenza al paziente disfagico durante il pasto:

1. Il paziente, prima di iniziare a mangiare, deve essere correttamente posizionato. La posizione migliore per alimentarsi è senza dubbio quella **seduta**. Il paziente (eccetto nel caso di uno specifico posizionamento suggerito dal personale sanitario esperto nella gestione della disfagia) deve essere seduto dritto, con un comodo sostegno per gli avambracci ed i piedi appoggiati a terra (Fig. 6).
Se tale posizione non può essere assunta, è necessario posizionare il paziente a letto con il tronco alzato il più possibile, anche utilizzando più di un cuscino da mettere come appoggio alla schiena e trovare la strategia migliore perché non scivoli nel letto (Fig. 7).
2. L'ambiente dove viene consumato il pasto deve essere tranquillo, silenzioso e ben illuminato.
3. Il paziente deve mangiare lentamente, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato e aspettando che abbia deglutito il boccone prima di procedere con il successivo (**attenzione ai residui di cibo che permangono in bocca!**). Il pasto non dovrebbe comunque durare più di 45 minuti,

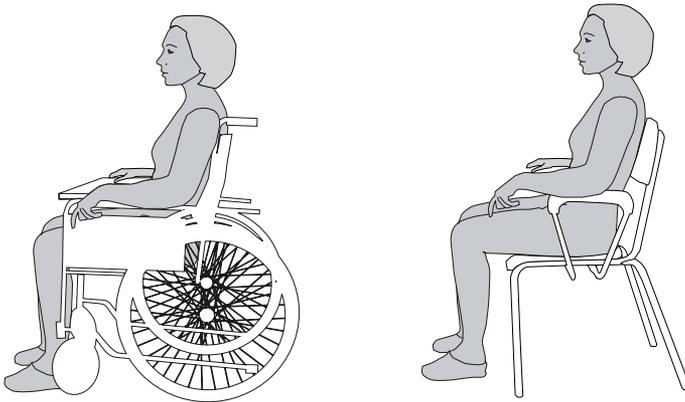
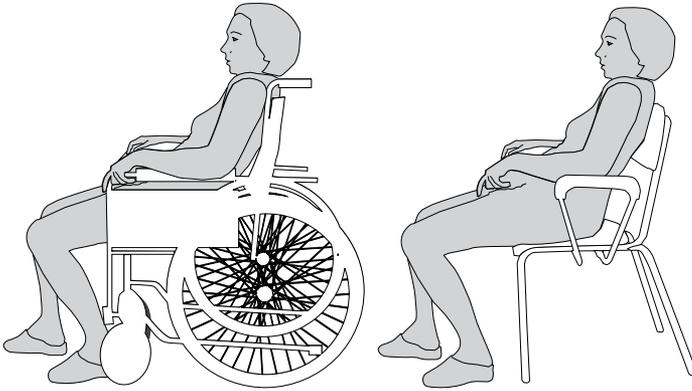


Fig.6 Esempi di posizioni scorrette (nelle figure in alto) e corrette (nelle figure in basso)

altrimenti la stanchezza e la distraibilità del paziente aumenterebbero i rischi di inalazione. Compito di chi assiste il paziente durante il pasto, sarà anche quello di controllare lo stato di attenzione ed eventualmente decidere di sospendere il pasto ai primi segni di stanchezza.

4. Di tanto in tanto (all' incirca ogni 2-3 atti deglutitori)

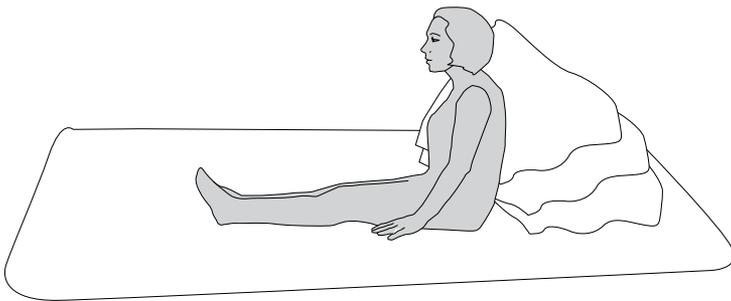
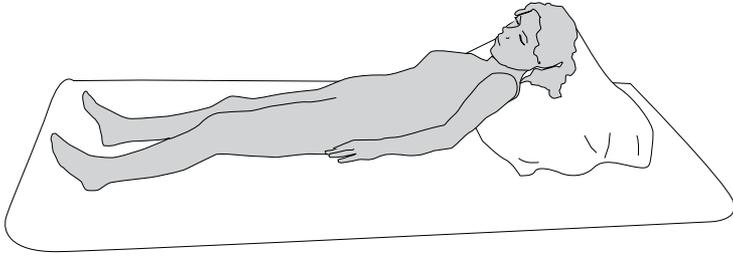


Fig. 7 Esempio di posizionamento a letto (postura corretta in basso)

far eseguire, ove possibile, dei colpi di tosse per controllare la presenza di cibo in faringe.

5. Elemento comune a tutte le posture è da evitare che, durante la somministrazione dei pasti, il paziente cambi posizione alzando, ad esempio, la testa verso l'alto. Per evitare che ciò accada è importante, oltre ad opportuni input verbali, una giusta modalità nell'introdurre il bolo nella bocca del paziente.
6. Il paziente, durante il pasto dovrà evitare di parlare, di guardare la televisione e comunque di essere distratto.
7. I farmaci, se somministrati per *via orale*, vanno

prima polverizzati e poi aggiunti ad una piccola quantità di frutta frullata al fine di creare un composto omogeneo e facilmente deglutibile.

8. Per almeno 15 minuti, ma sarebbero meglio anche 30 minuti, il paziente deve rimanere seduto per favorire lo svuotamento e prevenire eventuali reflussi. Successivamente sarà indispensabile provvedere all'igiene orale, per prevenire l'aspirazione di particelle di cibo che possono rimanere in bocca. Non potendo utilizzare, soprattutto all'inizio del trattamento riabilitativo della deglutizione, dentifrici e colluttori in quanto il paziente potrebbe ingerirli, o peggio ancora, inalarli, può essere utilizzata in sostituzione una garza sterile o uno spazzolino per bambini a setole morbide, imbevuti con piccole quantità di bicarbonato di sodio.
9. Non utilizzare **MAI** liquidi per mandare giù il cibo se il paziente non ha dimostrato un'adeguata protezione delle vie respiratorie.
10. La somministrazione dei liquidi, quando consentita, deve avvenire anche con l'ausilio del cucchiaino (per dosarne meglio la quantità), ma deve necessariamente essere preceduta dalla rimozione di eventuali residui dalla bocca.

SCELTA DEI CIBI E MODIFICAZIONI

Durante la fase di svezzamento del paziente con problemi di deglutizione, conviene fare una scelta accurata dei cibi da "evitare" e quelli da "somministrare". Si propongono solo quegli alimenti che la valutazione specifica ci indica come sostanze a "basso rischio",

escludendo invece dalla dieta tutto ciò che per il paziente potrebbe essere pericoloso. Si tratta di misure importanti nella gestione del paziente disfagico, perché permettono di ristabilire, un'alimentazione sicura. Saranno esclusi dalla dieta tutti i cibi che hanno consistenza doppia (ad es. minestre in brodo), legumi, alimenti filamentosi e acidi (agrumi).

L'obiettivo primario è quello di garantire la **sicurezza del paziente** e una **corretta nutrizione**.

CONSISTENZA DEI CIBI

Gli alimenti, in base al tipo di consistenza, si dividono in:

Liquidi

Ne fanno parte le bevande: acqua, tè, camomilla, latte, caffè etc. A questa categoria appartengono anche i liquidi con scorie, così chiamati perché contengono piccole particelle di consistenza maggiore, come i succhi di frutta, gli yogurt da bere, gli sciroppi, i brodi. I liquidi generalmente sono i più difficili da deglutire in quanto, non avendo consistenza, "sfuggono" distribuendosi nel cavo orale e per questo difficilmente gestibili.

Semiliquidi

A questa categoria appartengono: gelati (lasciati sciogliere e/o ammorbidire), creme, passati di verdura, frullati e omogeneizzati di frutta. Per quanto riguarda questi alimenti è sufficiente una modesta preparazione orale in quanto non necessitano di masticazione.

Semisolidi

Fanno parte di questa categoria passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, purè, uova strapazzate, formaggi morbidi e cremosi, budini. Tali alimenti non necessitano di masticazione, ma la loro preparazione orale risulta più impegnativa della categoria precedente.

Solidi

Appartengono a questa categoria alimenti come pasta ben cotta, uova sode, pesce spinato, verdure cotte non filacciose, frutta, pane, biscotti. Questi alimenti necessitano di una accurata, attenta e prolungata preparazione orale e la masticazione deve risultare efficace.

Occorre, comunque precisare, che il passaggio da una consistenza all'altra va deciso dal **personale qualificato**, il quale dopo accurata valutazione propone l'adeguata scelta e la somministrazione del cibo.

Il paziente può avanzare a *livello dieta successivo* e proseguire con lo svezzamento quando:

- o Riesce ad assumere quotidianamente un adeguata quantità di cibo;
- o È in grado di mangiare alimenti con la consistenza proposta;
- o Non presenta segni clinici (tosse, febbre, complicanze respiratorie), che possano far sospettare problemi di aspirazione.

Il familiare deve sempre attenersi alle indicazioni

ricevute, escludendo ogni forma di iniziativa spontanea e personale, anche in caso di variazioni in positivo della deglutizione.

Ove il paziente non riesca a gestire in maniera adeguata la consistenza di cibo proposta e/o manifesti tosse, o presenti picchi improvvisi di febbre, è assolutamente sconsigliato passare ad un *livello dieta superiore*, ma deve essere presa in considerazione la possibilità di integrare l'alimentazione con sistemi alternativi.

I CONSIGLI PER IL RITORNO A DOMICILIO

Dopo la riabilitazione dalla disfagia, si consiglia di consumare cibi solidi **morbidi** ed **omogenei** (non avere cioè doppia consistenza). Per modificare l'omogeneità degli alimenti si possono:

- frullare gli alimenti: il frullato potrebbe essere pericoloso perché non risulta perfettamente omogeneo, inoltre nel frullato viene inglobata aria che rende più difficoltosa la digestione;
- passare con il passaverdura;
- omogeneizzare: con l'utilizzo dell'omogeneizzatore le particelle diventano di dimensioni e densità uguali.

I cibi devono essere **compatti**. (es. di cibi non compatti sono i crackers).

La **temperatura** deve essere inferiore ai 36°C.

Una caratteristica importante del bolo è la **scivolosità**. Per rendere scivoloso il cibo si possono utilizzare: olio, burro, maionese o besciamella (tali prodotti vanno limitati se il paziente non può assumere cibi con un alto contenuto di grassi).

MODIFICATORI DI CONSISTENZA

Per la somministrazione dei liquidi si possono utilizzare:

ADDENSANTI: dosando accuratamente le giuste quantità di addensante è possibile trasformare l'alimento da liquido a semisolido.

DILUENTI: acqua, brodo vegetale o di carne, succhi di frutta, panna, latte, centrifugati di frutta e/o verdura.

ALIMENTI DA EVITARE

Comprendono diversi gruppi di alimenti:

- fibrosi o legamentosi come: ananas, fagiolini, lattuga, carne filacciosa e asciutta e formaggi filanti;
- riso, orzo, grano, cous-cous;
- bucce di verdure e frutta inclusi i legumi quali fave, fagioli, semi di soia, piselli;
- frutta secca;
- alimenti a doppia consistenza come pastina in brodo o minestrina, minestrone con pezzi di verdura, zuppe di latte o di brodo, cereali che non si sciolgono nel latte, carne tritata con brodo;
- alimenti croccanti come toast, pasta sfoglia, biscotti secchi, patatine fritte;
- prodotti che si sbriciolano come croste di pane, croste di torte, biscotti secchi;
- alimenti duri quali caramelle, caramelle gommose, mou e toffees, noccioline, gomme da masticare;
- gusci, involucri e bucce;
- frutta fresca come mirtilli, ribes, melograno, uva;
- alcolici e cibi piccanti

- gelati con pezzi di nocciole;
- yogurt con frutti a pezzi.

Colazione (indicata in tutte le diete progressive per disfagia): latte e biscotti, yogurt alla frutta (tipo vellutato senza pezzetti), gelatine di frutta.

Spuntini (indicati nelle diete progressive per disfagia di fase 1 e 2): budino al cacao o alla vaniglia, mousse di frutta, yogurt alla frutta (tipo vellutato senza pezzetti).

Spuntini (indicati nelle diete progressive per disfagia di fase 3 e 4): banana, budini, yogurt alla frutta (di tipo vellutato senza pezzetti).

Ringraziamenti

Le logopediste dell'Istituto S. Anna di Crotona, Antonella Iozzi e Luisa Spezzano, ringraziano il dr. Pugliese e la dr.ssa Pirozzi per la fiducia accordata, il direttore scientifico prof. Dolce, il direttore sanitario dr. Scola ed i primari, dr.ssa Lucca, dr. Serra, dr.ssa Quintieri per i consigli offerti.

