



AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA



Dipartimento Strutturale
Aziendale Medicina

UOC GERIATRIA

Direttore: Prof. Enzo Manzato

GUIDA ALLA CORRETTA ALIMENTAZIONE NELL'ANZIANO DISFAGICO





“Più si apre il nostro spirito, più scopriamo di avere dentro di noi la forza e la convinzione. Ma tutto comincia con il primo passo: fare la cosa giusta, indipendentemente dal risultato. Lottare per essere parte della soluzione, invece che del problema”.
(Julia Butterfly Hill)



Logopedista: FILOMENA CAROTENUTO
Nutrizionista e Geriatra: Dott.ssa EMINE MERAL INELMEN
Dietista: FABRIZIA MIOTTO



INTRODUZIONE

Quest'opuscolo nasce dalla constatazione che una elevata percentuale (43%) di pazienti anziani, ricoverati nei reparti di Geriatria, è affetta da disfagia (difficoltà nella deglutizione) dovuta, quasi sempre, ad esiti di malattie neurologiche (ictus cerebrale, decadimento senile, m. di Parkinson, m. di Alzheimer, Sclerosi Multipla (SM), cancro, demenza, malattia da reflusso gastro-esofageo, ecc). Data l'importanza che la cultura italiana attribuisce all'alimentazione orale, come parametro di qualità di vita, emerge la necessità di portare a conoscenza, pazienti, caregiver e familiari in genere, sulle regole di una corretta alimentazione. Scopo primario è di evitare le complicanze come la temibile "ab ingestis" o aspirazione (passaggio del cibo attraverso la trachea nei polmoni con infezioni respiratorie, talora fatali). Il 40 per cento dei decessi, nei pazienti con ictus cerebrale, sembra essere dovuto a disfagia.

L'obiettivo è di cercare di migliorare la qualità di vita del paziente, già compromesso dalla malattia, mantenendogli il piacere di gustare i cibi al di fuori dell'aspetto puramente nutrizionale.



CHE COS' E' LA DISFAGIA?

La disfagia è l'impossibilità o la difficoltà a deglutire cibi solidi e/o liquidi (passaggio del cibo dal cavo orale allo stomaco); di solito è secondaria a danni del sistema neuro-muscolare, traumi o condizioni patologiche che comprendono testa, collo e arti superiori. Benché la disfagia possa essere presente a qualunque età, l'incidenza di tale disfunzione aumenta con l'avanzare degli anni. L'attualità del problema è dovuta anche al continuo incremento della popolazione anziana nel nostro Paese.

COME SI PRESENTA?

1. Difficoltà di deglutizione salivare
 2. Perdita di saliva o cibo dalla bocca
 3. Ritardato inizio del meccanismo della deglutizione
 4. Tosse o sensazione di soffocamento prima, durante o dopo la deglutizione
 5. Voce gorgogliata dopo la deglutizione
 6. Ridotta o assente elevazione della laringe durante il tentativo di deglutizione
 7. Ripetuti atti deglutitori per ogni boccone
 8. Fuoriuscita di cibo o liquidi dal naso
 9. Ristagno di cibo nel cavo orale*
 10. Rallentamento o eccessiva rapidità nell'introdurre in bocca il cibo
 11. Prolungata preparazione orale del cibo
 12. Prolungamento del tempo per completare il pasto
 13. Posizioni inusuali della testa e del collo durante la deglutizione
 14. Dolore durante la deglutizione
 15. Diminuita sensibilità oro-faringea
 16. Ricorrenti infezioni polmonari
- E' molto importante la ripetuta detersione del cavo orale con colluttori o farmaci antimicotici.

L'APPROCCIO AL PAZIENTE DISFAGICO

TEAM MULTIDISCIPLINARE:

**Medico di Medicina Generale Geriatra - Neurologo -
Otorinolaringoiatra - Logopedista - Gastroenterologo -
Dietologo - Dietista - Radiologo**

Il problema della disfagia emerge come esito di fatto acuto o dalla raccolta anamnestica: nella quotidianità, infatti, si evidenziano segni indiretti delle turbe della deglutizione quali:

- **difficoltà di passaggio del cibo dalla bocca all'esofago**
 - **diminuzione dell'efficienza deglutitoria**
 - **cambiamenti delle abitudini alimentari** (il paziente tende ad eliminare certi cibi e a frazionare l'apporto calorico giornaliero in numerosi piccoli pasti)
 - **comparsa di scialorrea** (salivazione molto abbondante).

Non si può stabilire quale specialista venga coinvolto per primo, generalmente è il Geriatra. Le figure specialistiche non entrano necessariamente in gioco in un ordine stabilito, ma tutte, e tutte insieme, rivestono ruoli insostituibili e agiscono in modo concertato.

DIAGNOSI

La valutazione della disfagia viene effettuata attraverso:

- osservazione del paziente: funzionalità oro-faringea e meccanismi protettivi (tosse e vomito);
- esami strumentali: rinoendoscopia flessibile, esame endoscopico flessibile della deglutizione, endoscopia flessibile (permette di arrivare allo stomaco), videofluoroscopia con cibi di varie consistenze.

Per capire la modalità e la complessità dell'atto deglutitivo vale la pena elencare le varie fasi di cui si compone.

FASI DELLA DEGLUTIZIONE

Fase 0: Preparazione delle sostanze da deglutire e superamento dell'osteo bilabiale.

Fase 1: Preparazione del bolo nel cavo orale.

Fase 2: Stadio orale o convogliamento del bolo verso l'osteo delle fauci; elicitazione del riflesso della deglutizione faringea.

Fase 3: Stadio faringeo o incrocio della via respiratoria.

Fase 4: Stadio esofageo.

Fase 5: Stadio gastrico.

QUADRI EZIOLOGICI DELLA DISFAGIA

ANZIANO CON PROBLEMI NEUROLOGICI

- **Deterioramento mentale**

L'anziano disfagico, a seconda della eziologia del disturbo, si presenta sotto molteplici aspetti che afferiscono tutti alla sfera neurologica, ma che si differenziano qualitativamente e quantitativamente (entità della disabilità). Due parametri sono essenziali per stabilire se il tentativo sia possibile o meno: collaborazione e grado accettabile di integrità degli organi deputati.

Generalmente nei casi di disfagia secondaria a deterioramento mentale, l'ostacolo è costituito dalla barriera delle labbra che appaiono assottigliate e retratte e, eventualmente, dei denti serrati al momento di introdurre il cibo nella bocca. Lo spazio che intercorre tra fronte e punta del naso e punta del naso e mento, nella struttura normale del viso, è di due terzi contro un terzo. Nell'anziano, in genere, nel deteriorato in particolare, questi valori vengono alterati a sfavore dello spazio punta del naso e mento.

Nel decadimento mentale e fisico, l'anziano, pur presentandosi con le strutture dell'apparato digerente integre, l'atto deglutitivo non è efficace per mancanza di forza nella propulsione del bolo dalle labbra allo stomaco.

Non c'è differenza di sensibilità tra un emisoma e l'altro, quindi risulta indifferente il lato da cui somministrare il cibo.

Spesso, durante l'assunzione del bolo, si assiste ad affaticamento da parte del paziente che frequentemente perde lo schema corretto degli atti deglutitivi.

Nell'anziano, già di per sé, c'è una diminuzione del senso del gusto e dell'olfatto, per cui il sapore degli alimenti spesso è indifferenziato. Così non si apprezza l'appetibilità dei cibi e si assiste a problemi funzionali connotati come **demotivazione al cibo**.

Non deve essere sottostimato il problema psicologico connesso col problema della disfagia. Il paziente può avere disappetenza o rifiuto del cibo e deve essere seguito con il coinvolgimento di altre figure professionali e/o familiari. Tutto ciò può sottendere una richiesta di aiuto o attenzione per il bisogno di contenere ansia o depressione, o vergogna della disabilità e della malattia.

Infatti, secondo **Dorland** l'alimentazione viene definita come:

- **accettazione** - capacità di portarsi il cibo alla bocca;
- **consapevolezza dell'alimentazione orale** - sensibilità al cibo e capacità di riconoscerlo;
- **considerazione positiva o negativa del cibo** - accettazione o rifiuto di alimentarsi per via orale - Tutto ciò non ha nulla a che vedere con la disfagia.

- **Esiti di ictus**

Spesso negli esiti da ictus si ha la necessità di intraprendere un allenamento all'alimentazione convenzionale; questi pazienti hanno dovuto, per un periodo più o meno lungo, alimentarsi attraverso la via parenterale o enterale e dovranno perciò attenersi a scrupolosi accorgimenti nell'assunzione del cibo fino al ripristino completo della funzionalità.

In questo caso l'emisoma destro o sinistro è stato colpito con conseguente perdita di motilità e sensibilità; sarà quindi utile, anche per l'assunzione del cibo, valersi della parte sana.

Talora non è possibile raggiungere per bocca un adeguato apporto calorico, per cui ci si dovrà avvalere, come supporto, dell'alimentazione enterale, ma varrà ugualmente la pena conservare il rapporto col cibo, attraverso l'alimentazione orale, come piacere e attaccamento alla vita.

I liquidi non vengono controllati nella loro assunzione e durante la fase orale; i solidi sono difficili da preparare nella fase orale e passano con difficoltà attraverso strutture lesionate e inefficienti. La scialorrea è dovuta al ristagno nel cavo orale per inefficiente motilità linguale.

- **Anziano disfagico per cause iatrogene (interventi demolitivi)**

Spesso la presenza di neoplasie invasive nel cavo orale portano a interventi demolitivi che compromettono la deglutizione al suo avvio e nelle fasi successive; si verificheranno quindi

problemi nella preparazione orale, scarsa motilità delle strutture laringee o problemi a determinare la pressione negativa fisiologica nella zona faringo-laringea.

L'exeresi (asportazione) del complesso laringeo o di una sua porzione implica l'adozione di un tracheostoma che talora può servire solo a mantenere la funzione respiratoria del paziente, ma costituisce anche un valido presidio per l'eventuale rimozione del cibo entrato in trachea.

• **Obiettivi del trattamento logopedico**

Vengono considerati due obiettivi di trattamento:

- **di eccellenza**
- **di realtà**

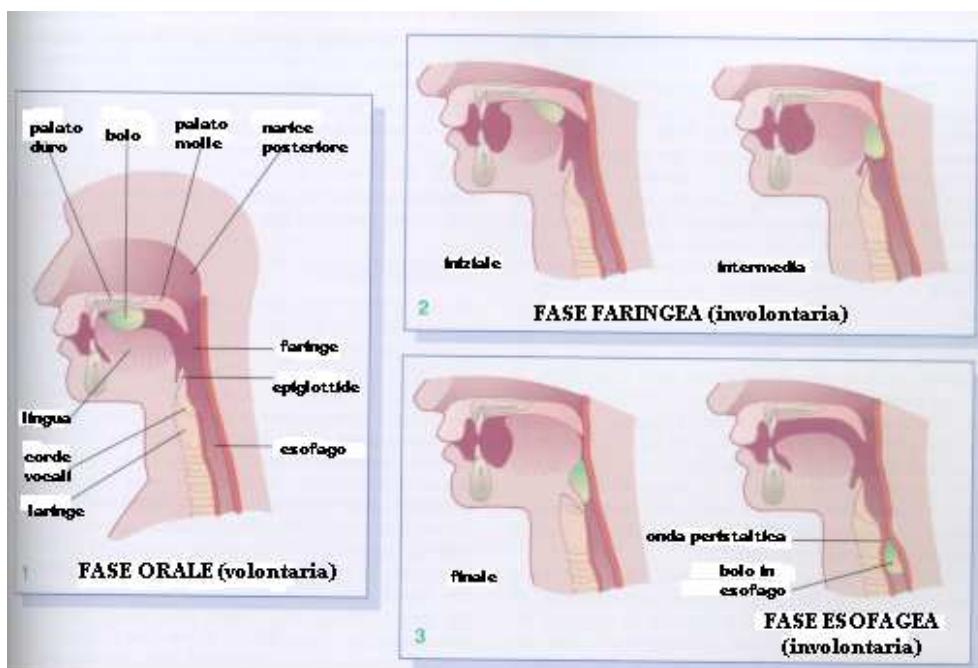
Il primo obiettivo, come dice L.Unnia, è il ripristino della *deglutizione fisiologica*: tempo di transito oro-faringeo di 2 secondi, aspirazione nulla, ristagno di cibo in bocca o in faringe pressochè nullo.

Il secondo obiettivo: *deglutizione funzionale*, tempo di transito oro-faringeo =< a 10 secondi, aspirazione nulla, minimo residuo in bocca o in faringe.

Questo è l'obiettivo possibile nell'anziano e lo pone in grado di alimentarsi autonomamente. Per ottenere ciò occorre la presenza di un giusto contatto tra lingua e palato; si deve creare la chiusura dello sfintere velo-faringeo per non far risalire il bolo in rino-faringe e bisogna determinare una pressione adeguata a garantire la discesa del bolo in esofago.

Importantissima è la presenza del riflesso della **tosse**.

Sarà utile una stretta collaborazione tra logopedista e dietista per associare agli alimenti la consistenza che permette al paziente una deglutizione accettabile e l'adeguato apporto energetico, per il buon mantenimento dello stato nutrizionale.



L'atto deglutitorio si compone di 3 fasi: 1) Fase orale volontaria: la lingua comprime il cibo contro il palato duro, forzandolo attraverso il faringe. 2) Fase faringea involontaria, primo stadio: l'onda peristaltica forza il bolo tra i pilastri tonsillari; stadio di mezzo: il palato molle tende a chiudere le narici posteriori e gli atti respiratori cessano momentaneamente; ultima fase: le corde vocali si avvicinano e la laringe si innalza coprendo la via aerea e lasciando l'esofago aperto. 3) Fase esofagea involontaria: il rilassamento dello sfintere esofageo (ipofaringe) permette all'onda peristaltica di muovere il bolo verso il basso nell'esofago.

Figure tratte da:

KRAUSE'S

FOOD; NUTRITION, & DIET THERAPY

Di L. Kathleen Mahan - Sylvia Escott - Stamp. 2000 Ed. SAUNDERS - PHILADELPHIA

NUTRIZIONE NEL PAZIENTE DISFAGICO

I principali obiettivi della terapia nutrizionale sono:

1. assistere il paziente nella deglutizione (prevenzione dell'aspirazione e del soffocamento);
2. ottimizzare lo stato nutrizionale (prevenzione della disidratazione e della malnutrizione).

Al fine di ridurre il rischio di aspirazione e soffocamento, la terapia nutrizionale della disfagia, nei soggetti adulti, prevede che venga modificata la consistenza degli alimenti e dei liquidi. I liquidi devono essere resi più densi e gli alimenti solidi ammorbiditi, resi più fluidi e cremosi.

E' utile usare sostanze che inducono il meccanismo della deglutizione; in assenza di controindicazioni, alimenti di sapore acido come arancia, limone, pompelmo, per la loro capacità di aumentare la secrezione salivare, possono essere d'aiuto nell'atto della deglutizione.

I liquidi rappresentano un rischio notevole (soprattutto per le persone che soffrono di ritardo della deglutizione faringea e di ridotta chiusura delle vie aeree), poiché, per la loro consistenza, possono scorrere liberamente attraverso la bocca e nelle vie respiratorie.

Per proteggere le vie respiratorie, normalmente, si ha un riflesso che induce la tosse, riflesso che può essere inefficace o inesistente in molti disfagici. Per ciò, è ancor più essenziale modificare la consistenza dei liquidi, utilizzando addensanti, per garantire l'adeguata idratazione. Sovente, il paziente presenta fatica e malessere, sintomi che possono essere associati proprio alla disidratazione cronica.

Tra gli alimenti che vengono spesso evitati, da chi ha difficoltà di deglutizione, troviamo la carne, la frutta, la verdura e il pane. E' facile così essere tentati di ricorrere agli omogeneizzati, ma è preferibile che vengano usati esclusivamente come soluzione di emergenza o per occasioni particolari; non sacrificare la qualità e la presentazione di cibi freschi, opportunamente trattati, risulta sempre essere la scelta di maggior gradimento.

I tre punti cardine, quindi, della terapia nutrizionale sono:

1. modificazione della consistenza degli alimenti;

2. arricchimento dei piatti;
3. ripartizione della dieta in più pasti giornalieri.

Modificazione della consistenza degli alimenti

In caso di ridotta mobilità e/o sensibilità del cavo orale, di difficoltà a deglutire, di aumentato rischio di ingestione del cibo nelle vie aeree (aspirazione), di danneggiamento delle mucose, l'alimentazione sarà **“soffice”**, morbida, liscia e scivolosa :

- semolino, crema di riso o di cereali, cotti in brodo di carne o di verdura, passato di verdure miste, creme di verdure o di legumi; la pasta asciutta può essere consumata ben cotta, condita con il sugo e poi frullata fino ad ottenere una consistenza cremosa (per frullare più agevolmente si può aggiungere del brodo);
- carne e pesce frullati e con eventuale aggiunta di uova (timballo o soufflè) o di besciamella;
- prosciutto cotto frullato;
- gelatina fredda di carne o pesce;
- patate schiacciate condite con olio o burro oppure in purea;
- verdure frullate e preparate sotto forma di crema (con aggiunta di amido di mais o di farina istantanea di riso) o con eventuale aggiunta di uova (timballo o soufflè) o di besciamella; le verdure filacciose (carciofi, spinaci, cardi, finocchi, sedano, coste ecc.) dovranno essere evitate; le più adatte sono: punte di asparagi, broccoli, cipolle, zucca, zucchine, barbabietole rosse; i pomodori, le melanzane e i peperoni senza la buccia e i semi; se necessario, per renderle più omogenee, passarle al setaccio anche dopo averle frullate;
- legumi (fagioli, piselli, ceci, lenticchie, soia, ecc.) sbucciati, cotti molto bene e poi frullati o passati finemente;
- gelatina fredda di verdure;
- purea di frutta fresca, gelatina di frutta; succhi di frutta e spremute di agrumi eventualmente addensati; è sempre opportuno sbucciare la frutta ed evitare quella con semini (kiwi, fichi, fragole, uva, melograno); se necessario, passarla

al setaccio anche dopo averla frullata; in caso di infiammazione delle mucose del cavo orale, evitare la frutta più acida (agrumi, kiwi) perché provoca dolore e difficoltà alla deglutizione;

- formaggi morbidi, cremosi e spalmabili: stracchino, robiola, crema di formaggio, mascarpone, ricotta;
- latte, eventualmente addensato; se esiste elevata secrezione di muco e saliva è più opportuno sostituire il latte vaccino con il latte di soia o di riso; l'utilizzo di latte in polvere può essere vantaggioso per aumentare calorie e proteine senza aumentare il volume del pasto;
- yogurt naturale o con aggiunta di frutta frullata, gelati, budini al latte, creme al cucchiaio, bavarese, panna, panna montata, panna cotta, zabaione; mousse di frutta, gelatina di frutta; lo zucchero e il miele devono essere amalgamati ad altri alimenti;
- uova: se assunte da sole, possono essere sbattute (tuorlo) con lo zucchero e addensate oppure possono entrare nella preparazione di altri piatti.
- grassi da condimento: dare la preferenza agli oli vegetali e usarli preferibilmente a crudo.

Più scivoloso è un alimento più facile sarà deglutirlo; il boccone deve esercitare il minor attrito possibile durante il passaggio dalla bocca all'esofago, per cui si eviteranno sia alimenti secchi e facili alla frammentazione (crackers, grissini, gallette, frutta secca, ecc.), che cibi vischiosi (con alta adesività alle mucose).

Per modificare la scivolosità del cibo, aumentando la fluidità e riducendo l'adesività, si impiegano prodotti "lubrificanti" (burro, olio, latte, maionese, panna, ecc.) con alta quantità di grassi che, nel tempo, però, possono non essere adeguati ad un'alimentazione equilibrata. Si consiglia, quindi, di usarli con moderazione.

Arricchimento dei piatti

Per arricchire i piatti si possono usare:

latte fresco o in polvere, panna, maionese, gelato, olio, zucchero, uova, farine.

Ripartizione della dieta in più pasti giornalieri

E' più facile raggiungere un adeguato introito alimentare se, durante il giorno, il cibo è ripartito in pasti piccoli e frequenti.

Esempio: colazione - spuntino - pranzo - spuntino - cena - spuntino.

Bevande

Chi è disfagico ha difficoltà nel bere, ma riesce a deglutire meglio se i liquidi vengono consumati ad una certa densità; a tale scopo possono essere aggiunte delle polveri addensanti (reperibili in farmacia) fino a raggiungere la consistenza desiderata:

1. liquida: si aggiunge 1 cucchiaino in 100 ml di liquido;
2. semiliquida: si aggiungono 1,5-2 cucchiaini in 100 ml di liquido;
3. semisolida: si aggiungono 2,5-3 cucchiaini in 100 ml di liquido.

Esistono, inoltre, delle bevande gelificate già pronte da bere.

L'insufficiente apporto di liquidi può procurare bocca asciutta, saliva viscosa, disidratazione con senso di fatica, stipsi. Allo scopo di evitare tutto ciò, oltre ad introdurre la giusta dose di liquidi modificati (acqua e succhi addensati), è utile evitare il consumo di bevande con caffeina (caffè, tè forte, coca cola, ecc.) per l'effetto diuretico di tale sostanza; si possono comunque sostituire con prodotti decaffeinati.

Si può provare a somministrare bevande gassate (sembrano essere meglio tollerate rispetto agli altri liquidi): la loro consistenza, facendo aumentare la percezione del bolo nella cavità orale, può stimolare il riflesso della deglutizione e, quindi, diminuire il rischio di penetrazione, ristagno e aspirazione polmonare. Un modo, anche questo, per evitare la disidratazione del paziente .

Bevande nutritive

Sono usate come integratori calorico-proteici, nelle diete carenti; sono già pronte da bere o da consumare al cucchiaino e apportano calorie, proteine, zuccheri, grassi, minerali, vitamine. Si trovano in farmacia.

Temperatura degli alimenti

L'utilizzo di bevande e alimenti freddi facilita il meccanismo della deglutizione; perciò gelati, budini, gelatine, puree, granite, spremute, succhi di frutta, ecc. , freddi, possono essere di maggior beneficio al paziente disfagico; anche gli alimenti più caldi aumentano la percezione del boccone durante la deglutizione; quindi, il consiglio è di preferire alimenti che non abbiano una temperatura vicina a quella corporea (36-37 gradi), ma siano più freddi o più caldi.

Varie

Le salse e i sughi servono da lubrificanti e da leganti per prevenire la frammentazione degli alimenti nel cavo orale, quindi, si consigliano per es. arrostiti di carne, brasati, scaloppine, polpette di carne al pomodoro, che verranno poi opportunamente frullati insieme con il loro sugo.

Igiene Orale

Per prevenire malattie gengivali, infezioni orali e aspirazione di particelle di cibo, rimaste in bocca dopo il pasto, è molto importante non dimenticarsi l'igiene orale.

Il paziente che è in grado di stare in piedi o seduto, ed è in grado di deglutire i liquidi, userà spazzolino e dentifricio; per colui che non è in grado di deglutire i liquidi, con o senza capacità di rimanere in piedi o seduto, verrà utilizzata una spugnetta o un fazzolettino inumiditi con una soluzione di acqua e bicarbonato o cloruro di sodio (1 cucchiaino in un bicchiere d'acqua); dopo averli strizzati, si passa più volte la spugnetta o il fazzolettino all'interno del cavo orale e sui denti e, successivamente, si ripeterà l'operazione con sola acqua, per sciacquare. Per detergere e disinfettare la bocca è anche possibile far uso di colluttori e antimicotici, reperibili in farmacia, su consiglio del dentista.

Per ovviare al ristagno di particelle e di batteri, non dimenticate mai anche la pulizia della lingua, da eseguirsi con un nettalingua o con uno spazzolino piccolo e morbido, partendo dalla parte posteriore verso quella anteriore.

Digestione

La carenza di saliva, la mancata masticazione, che impediscono una buona insalivazione del bolo alimentare e l'età anziana fanno sì che, spesso, questi pazienti, possano avere delle difficoltà digestive. Per questo è molto importante che siano presenti, nella giornata, verdura e frutta fresche e crude (frullate o centrifugate), ricche di vitamine, minerali ed enzimi, importanti per la digestione. In caso di bisogno, e su consiglio del medico, un valido aiuto può essere dato dall'assunzione di enzimi digestivi, ai pasti: ottimizzando la digestione si avrà così un miglior assorbimento dei principi nutritivi e quindi uno stato nutrizionale più adeguato.

Intestino

Un buono stato nutrizionale è dovuto, come abbiamo detto, oltre che da un' adeguata digestione anche e, soprattutto, da un corretto assorbimento dei principi nutritivi; affinché ciò avvenga, ci si deve sempre preoccupare della salute dell' intestino. In caso di diarrea, di flatulenza, di gonfiore intestinale, di stitichezza, di terapie con antibiotici e sulfamidici è utile assumere, periodicamente, fermenti lattici-probiotici (che competono con i batteri intestinali patogeni riequilibrando la flora batterica e le funzioni intestinali) e/o fibre idrosolubili, come ad esempio psyllium, glucomannano, guar, che agiscono formando una massa fecale soffice, non hanno azione irritante e facilitano la proliferazione della flora batterica amica (effetto prebiotico). Questi prodotti si trovano in farmacia.

Ausili

Posate con forme, impugnature e manici speciali; piatti per facilitare la raccolta del cibo, bicchieri con impugnatura anatomica o con tappi removibili con beccuccio; sostegni e accessori per il controllo della posizione, e quant'altro: si trovano in commercio presso i negozi o magazzini di articoli sanitari.

ESEMPIO DI MENU'

Colazione

Una tazza di latte addensato con biscotti (primi mesi) solubili oppure 1 yogurt con frutta frullata

Spuntino

Un bicchiere di frullato di frutta o un centrifugato di verdure addensato

Pranzo

Una porzione di semolino o di crema d'orzo, con parmigiano grattugiato mescolato

Una porzione di carne (arrosto o in umido) frullata con il suo sugo

Polenta

Verdura cotta frullata oppure sformato di verdura con besciamella

Frutta frullata oppure una spremuta di agrumi eventualmente addensata

Olio di oliva

Spuntino

Un gelato senza pezzetti oppure uno yogurt con frutta frullata oppure un budino

Cena

Passato di verdure miste o crema di legumi, con parmigiano grattugiato mescolato

Prosciutto cotto frullato (con aggiunta di brodo) oppure robiola o stracchino

Purea di patate

Frutta frullata oppure una banana schiacciata con aggiunta di succo di limone e zucchero oppure un succo di frutta eventualmente addensato

Olio di oliva

- Nella giornata, consumare almeno 1 litro di acqua e tisane preferibilmente senza caffeina, opportunamente addensate o gelificate.

ALIMENTI DA EVITARE IN CASO DI RISCHIO DI ASPIRAZIONE
--

- | |
|--|
| · LIQUIDI |
| · ALCOOLICI |
| · MINESTRE CON PASTINA |
| · MINISTRONE CON PEZZI DI VERDURA |
| · LEGUMI |
| · RISO |
| · PANE, CRACKERS, GRISSINI |
| · FRUTTA SECCA |
| · ALIMENTI GRANULARI QUALI KIWI, FRAGOLE, UVA, FRUTTI DI BOSCO, ECC. |

CONSIGLI PER L'ALIMENTAZIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO
--

- | |
|---|
| · IL PAZIENTE DEVE MANGIARE IN POSIZIONE SEDUTA, ANCHE SE ALLETTATO, IL PIU' POSSIBILE VICINO AI 90 gradi, CON LA TESTA LEGGERMENTE FLESSA VERSO IL BASSO. |
| · EVITARE DI FARLO PARLARE A BOCCA PIENA, MA INVITARLO A RISPONDERE DOPO LA DEGLUTIZIONE PER SENTIRE SE CI SIA VOCE GORGOGLIATA, INDICE DI ASPIRAZIONE. |
| · L'ALIMENTAZIONE DEVE PROCEDERE LENTAMENTE RISPETTANDO I TEMPI E LO STATO DI ATTENZIONE DEL PAZIENTE: INTERROMPERE AI PRIMI SEGNI DI STANCHEZZA. |
| · SE HA SUBITO UN ICTUS, INTRODURRE IL CIBO DALLA PARTE SENSIBILE DELLA BOCCA, FACENDO RUOTARE IL CAPO DALLA PARTE COLPITA: IN QUESTO MODO SI CONTROLLA MEGLIO IL PASSAGGIO ATTRAVERSO IL FARINGE. |
| · PROCEDERE CON PICCOLE QUANTITA' DI CIBO PER OGNI CUCCHIAIATA, USANDO UN CUCCHIAINO DA THE'. |
| · DOPO OGNI 2-3 DEGLUTIZIONI, FAR ESEGUIRE UN COLPO DI TOSSE SEGUITO DA UNA DEGLUTIZIONE A VUOTO. |
| · LA SOMMINISTRAZIONE DI LIQUIDI, QUANDO CONSENTITA, DEVE AVVENIRE, IN UN PRIMO MOMENTO, TRAMITE SIRINGA (SENZA AGO) E POI CON UN CUCCHIAINO. SUCCESSIVAMENTE IL PAZIENTE, DA SOLO, POTRA' USARE UNA CANNUCCIA.
RICORDARE DI SOMMINISTRARE LE BEVANDE PRIMA, DOPO O LONTANO DAI PASTI. |
| · UN PASTO COMPLETO DEVE DURARE UN'ORA O UN'ORA E TRENTA. |

IN PRESENZA DI TRACHEOSTOMIA

- | |
|---|
| · DURANTE LA DEGLUTIZIONE LA CANNULA DEVE ESSERE CHIUSA. |
| · LA CANNULA DEVE ESSERE TENUTA COSTANTEMENTE SOTTO CONTROLLO DA CHI ASSISTE IL PAZIENTE DURANTE IL PASTO. |
| · IL TRACHEOSTOMA COSTITUISCE IL PASSAGGIO PIU' FACILE PER L'EVENTUALE POSSIBILITA' DI INTERVENTO IN CASO DI ASPIRAZIONE ED E' PERCIO' UTILE MANTENERLO FINO ALLA RISOLUZIONE DELLA DISFAGIA. |

Bibliografia:

1. **SIEBENS H. et al.:** Correlates and consequences of eating dependency in institutionalised elderly. *J Am Geriatr Soc.* 34: pp.192-198, 1986.
2. **BARER D.H.:** The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *J Neurology & Neurosurgery Psychiatry* 52: pp.236-41, 1989.
3. **AA.VV.,** a cura di O. SCHINDLER: Manuale della fisiopatologia della deglutizione, pp.205-235, 1990. Ed. OMEGA.
4. **UNNIA L.:** Trattamento riabilitativo del paziente disfagico adulto: premesse e proposte operative. *I Care* n.4, 1992.
5. **UNNIA L.:** Trattamento logopedico del paziente disfagico adulto. Ed. OMEGA, 1995.
6. **HEGDE M.N.:** Pocket Guide to Treatment in Speech-Language Pathology, pp.105-114, 1997. Singular Publishing Group, Inc. San Diego-London.
7. **NIXON T.S.:** Use of Carbonated Liquids in the Treatment of Dysphagia. First published in "Network" A Newsletter of Dietetics in Physical Medicine and Rehabilitation, Winter 1997, A Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association.
<http://www.dysphagia-diet.com/newsl.htm>
8. **SCHMIDT E.V. et al.:** Results of the seven year prospective study of stroke patients. *Stroke* 19: pp.942-949, 1998.
9. **SHIVELEY L.R., CONNOLLY P.J.:** Medical nutrition therapy for neurologic disorders. In: MAHAN L.K., ESCOTT-STUMP S.: *Krause's Food, Nutrition, & Diet Therapy*, 10th edition; pp.941-944, 2000. Ed. Saunders Company, Philadelphia.
10. **SCHINDLER O., SCHINDLER A.:** La disfagia. Un quadro multidisciplinare. *Supplemento a Occhio Clinico*, pp.1-15, 2001. UTET Periodici.
11. **B. TRAVALCA CUPILLO, S. SUKKAR, M. SPADOLA BISETTI:** *Disfagia eat. Quando la deglutizione diventa difficile.* Omega Edizioni, 2001.
12. **CALEGARO M. et al.:** La disfagia. In: *Anziano e Logopedia nelle residenze protette*; pp.155-184, 2001. Ed. IMPRIMENDA.
13. **MARIK P. E., KAPLAN D.:** Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *CHEST*, 124, 1, July 2003.
14. **GIUNCO F.:** Quando il cibo (e la vita) si bloccano in gola. *Disfagia. Occhio Clinico*, n.9, pp. 8-12, 2003.
15. Da www.dysphagiaonline.com - adattamento di Ardenghi Paola Rita.



*“Nella profondità dell’inverno ho finalmente imparato
che c’era dentro di me un’invincibile estate”
(Albert Camus)*



UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Offre **informazioni, indicazioni** sull'organizzazione dell'Azienda,
riceve **richieste o segnalazioni**.

Fornisce indicazioni sull'**accoglienza dei parenti dei malati**.

L'ufficio è aperto presso:

Piano Rialzato Monoblocco (Azienda Ospedaliera di Padova - Via Giustiniani 2 -
35128 Padova)

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.00; tel. 049 821 3200 - fax: 049 821 3364

E-MAIL: urponline@aopd.veneto.it

Aggiornato al 26 aprile 2018