

I problemi della deglutizione: la disfagia

di Elena Ablondi e Chiara Bidini

Il capitolo darà una serie di informazioni utili ai pazienti e ai familiari per capire come gestire le difficoltà di deglutizione insorte dopo un ictus o una cerebrolesione acquisita e come affrontarle.

La deglutizione: cos'è e come avviene

La deglutizione è l'insieme delle azioni che devono essere effettuate per convogliare le sostanze solide, liquide, gassose o miste dalla bocca fino allo stomaco, in concomitanza di altre funzioni come la masticazione e la respirazione associate alle loro regolazioni nervose.

la deglutizione può essere divisa in 8 momenti:

- la fase anticipatoria e la fase 0 che avvengono esternamente al corpo umano , ossia il cibo non e' ancora entrato nella cavita' buccale;
- le fasi da 1 a 6 che comprendono l'iter del cibo dalla preparazione e masticazione orale , al transito faringeo sino alla fase digestiva e duodenale dove ha inizio la digestione.

Perché' l'ictus può causare delle difficoltà nella deglutizione?

La disfagia, ovvero il disagio che la persona può incontrare in una delle varie fasi della deglutizione, nel soggetto colpito da un'evento cerebrale, si definisce disfagia neurogena, e determina l'interessamento dei muscoli che servono per deglutire. pertanto può coinvolgere le labbra, la lingua e i muscoli buccofacciali e cervicali con il conseguente rischio di aspirazioni tracheo-bronchiali (ovvero il passaggio di cibo o liquidi nelle vie respiratorie) e di broncopolmoniti. La disfagia è un sintomo che costituisce un'eventualità frequente durante l'evento cerebrovascolare acuto, poiché si verifica dal 28% al 45% dei casi dell'ictus cerebrale acuto emisferico. Qualora questo sintomo non sia riconosciuto, possono insorgere dei risvolti negativi sull'evoluzione del paziente, in termini di complicanze respiratorie, nutrizionali e di disidratazione e infine anche di serie problematiche che inducono alla morte. La maggior parte dei pazienti ha un recupero della disfagia entro le 3 settimane

dall'insorgenza dell'evento acuto, entro un mese la stima del recupero si conferma pari al 20%, mentre a 2-3 mesi si aggira attorno al 10%.

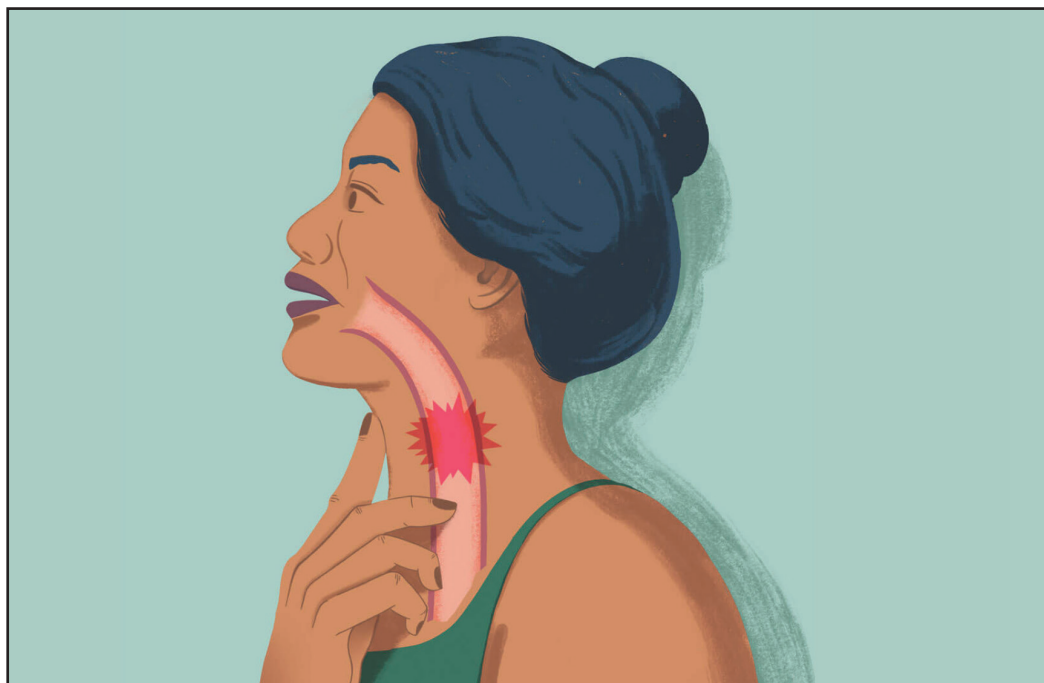
Il 75% dei pazienti ospedalizzati per stroke presentano una disfagia che nel 91% può persistere a tre mesi dall'evento acuto. Il paziente con disfagia, quando è dimesso dall'ospedale, può convivere con il problema disfagia per un lasso di tempo anche molto lungo, che vede modificarsi le caratteristiche del problema, le relative procedure e le scelte terapeutiche da adottare.

È indispensabile il coinvolgimento dei famigliari e del personale di assistenza al domicilio, i quali vivendo quotidianamente accanto al paziente devono essere sensibilizzati a cogliere il problema e a conoscere i comportamenti e le scelte corrette da attuare.

Come riconoscere i segnali di una difficoltà nella deglutizione?

Alcune difficoltà a deglutire sono facilmente riconoscibili come l'aumento della salivazione, o scialorrea, la comparsa di tosse o soffocamento dopo la deglutizione. Altre invece possono palesarsi ed essere non riconoscibili. In alcune persone la difficoltà a deglutire può dare la sensazione di cibo bloccato in gola. Nello specifico di fronte a una o più di queste condizioni che vengano osservate nella persona colpita da ictus durante l'alimentazione o l'assunzione di bevande, occorre richiedere l'aiuto immediato del vostro medico di medicina generale. In particolare fare attenzione a questi "campanelli d'allarme":

- presenza di tosse, necessità di schiarire la gola o soffocamento durante i pasti o mentre si beve
- voce che risuona come un gorgoglio "bagnato" dopo la deglutizione
- fare fatica ad avviare la deglutizione (tempo superiore a 5 secondi) e necessità di compiere più deglutizioni per lo stesso boccone
- deglutizioni rumorose
- cibi o liquidi che escono dalla bocca o dal naso (rigurgiti)
- lamentarsi che il cibo o le bevande assunte rimangono ferme in gola
- accumulo di cibo nella guancia o nella parte posteriore della bocca dopo aver deglutito (in genere ciò si verifica spesso sul lato più debole della persona colpita)
- mangiare troppo in fretta o troppo lentamente
- impiegare molto tempo a terminare un pasto ed affaticarsi molto
- maggiori difficoltà ad alimentarsi da soli
- difficoltà a deglutire le medicine
- aumento della salivazione e presenza di catarro
- comparsa di febbre con infezioni respiratorie frequenti o polmonite ab ingestis



Perché le difficoltà a deglutire sono pericolose?

Quando una persona ha difficoltà a deglutire, si crea il pericolo che il cibo o il liquido ingeriti scendano nella vie respiratorie (laringe, trachea, bronchi e polmoni) invece di procedere correttamente nelle vie digestive (in esofago e stomaco). A volte questo può causare un'infezione toracica o una polmonite ab ingestis. I rischi maggiori sono causati dal costante passaggio di cibo (solido e/o liquido) nelle vie aeree, soprattutto quando il paziente non manifesta in modo evidente i campanelli d'allarme sopra descritti, per un deficit di sensibilità o di forza delle strutture coinvolte nella deglutizione, nell'emissione della voce e/o della tosse.

Nella fase di ospedalizzazione, quando è appena avvenuto un evento acuto come l'ictus, è fondamentale stabilire se la persona abbia difficoltà a deglutire. Per questo motivo prima di procedere con l'alimentazione e l'introduzione di bevande è necessario effettuare uno screening (un breve test al letto del paziente fatto dall'infermiere professionale) per stabilire se la persona possa alimentarsi in sicurezza oppure debba restare a digiuno. Se dallo screening risulta che la persona sia a rischio, il medico chiederà al logopedista di effettuare una valutazione della deglutizione. Dopo questa valutazione il logopedista se confermerà l'eventuale difficoltà a deglutire, informerà il paziente e la famiglia insieme al personale assistenziale e al medico su come gestirlo. Alle

volte può essere utile una valutazione specialistica più approfondita facendo eseguire alla persona degli esami strumentali (ad esempio il medico specialista in otorinolaringoiatria potrà effettuare una fees o il medico radiologo una videofluorografia per ulteriori specifiche diagnostiche).

Se le difficoltà vengono riscontrate dalla famiglia nel periodo successivo alla dimissione ospedaliera o dal personale assistenziale che ha in cura la persona, è necessario informare sin dai primi sintomi il medico di base, che lo segnalerà allo specialista (al medico otorinolaringoiatra o foniatra oppure al logopedista), che saprà fornire le informazioni sulle particolari tecniche di deglutizione, sulle posture facilitanti, sulle norme alimentari precauzionali e sulle tecniche rieducative finalizzate al miglioramento dei deficit muscolari e sensoriali.

Come aiutare le persone con difficoltà a deglutire?

1) La posizione in cui il paziente deve alimentarsi o essere alimentato

Per favorire un'adeguata deglutizione è fondamentale il controllo della posizione, in particolare del capo, del tronco ed in generale di tutto il corpo. La postura corretta è importante per evitare movimenti esagerati e per facilitare il controllo della testa e del tronco, dal momento che anche piccoli cambiamenti possono interferire sull'equilibrio muscolare. Inoltre è fondamentale creare le premesse affinché la persona possa mantenere la posizione per lei più idonea senza difficoltà e per il tempo necessario. La persona che si alimenta può trovarsi:

- seduta sulla sedia
- seduta sulla sedia a rotelle
- seduta nel letto

Seduta sulla sedia: la persona deve essere seduta diritta, con un comodo appoggio degli avambracci sul tavolo ed i piedi appoggiati per terra. La testa si deve trovare centrale, e un pò flessa in avanti (salvo diverse indicazioni).

Seduta sulla sedia a rotelle: valgono le indicazioni sopra descritte. La stabilizzazione del tronco è molto importante anche per facilitare il movimento del capo e degli arti superiori; lo schienale deve avere un'adeguata inclinazione per dare sostegno al dorso e che il bacino sia allineato e stabilizzato. Possono essere utili dei sostegni laterali e anteriori da applicare alla base della carrozzina, ed eventualmente posizionare un cuscino tra schiena e spalliera. Per l'appoggio degli avambracci si utilizzano i braccioli o il tavolino. Il capo

deve essere dritto e lievemente flesso in avanti, le ginocchia piegate a 90 gradi. I piedi ben appoggiati ai sostegni.

Seduta nel letto: deve essere adottata la posizione seduta con la spalliera del letto. Occorre posizionare un cuscino dietro la schiena per sostenere la colonna vertebrale, le gambe giacciono distese sul letto con una flessione delle ginocchia da 20 a 30 gradi. Le braccia vanno appoggiate su un tavolo mobile posto trasversalmente sul letto davanti alla persona. se la spalliera del letto non fosse inclinabile, occorre posizionare tanti cuscini finchè la persona possa appoggiare sulla schiena e il capo risulti dritto o lievemente flesso in avanti.

2) Le regole per le scelte alimentari della persona con disfagia

Per la sicurezza della persona al fine di evitare il rischio di penetrazione o aspirazione del cibo nelle vie respiratorie, le scelte degli alimenti devono tenere conto di certe caratteristiche fisiche:

-Volume del bolo il porzionamento e le dimensioni del boccone variano per ogni persona in base ai problemi specifici presentati.

-Temperatura: quando è simile a quella corporea non stimola la percezione del boccone durante le varie fasi della deglutizione, occorre quindi scegliere delle temperature inferiori o superiori ai 36-37 gradi.

-Colore: importante in caso di persone portatori di cannule tracheostomiche per distinguere il colore del cibo dalle secrezioni tracheobronchiali.

-Sapore: i sapori acido, amaro e piccante possono aumentare il rischio di aspirazione in alcune situazioni, viceversa potrebbero aiutare in caso di ridotta sensibilità. In particolare il sapore acido aumenta la salivazione quindi è da evitare se è già presente scialorrea.

-Odore: utile per stimolare la sensazione di fame e mantenere vivi i recettori olfattivi che molto spesso vengono alterati dopo un danno neurologico.

-Scivolosità/viscosità: tanto più un alimento risulta scivoloso tanto più è facilitata la deglutizione per questo gli alimenti secchi come grissini, cracker e frutta secca sono da evitare.

-Compattezza: il cibo semisolido o solido deve mantenere la sua compattezza, quindi il bolo di cibo non deve sgretolarsi (esempio il riso è meno compatto della polenta).

-Omogeneità l'alimento deve essere costituito da particelle della stessa consistenza e dimensione. sono contrindicati gli alimenti come la minestrina con pasta, il minestrone con pezzi di verdure, le zuppe con crostini.

-Consistenza: è il principale criterio di differenziazione degli alimenti per la di-

sfagia. Si distinguono pertanto alimenti liquidi, semiliquidi, semisolidi e solidi per garantire un adeguato fabbisogno alimentare di calorie e di nutrienti, la dieta deve tenere conto delle esigenze della persona.

L'autonomia durante l'alimentazione è un fattore importante che contribuisce al sostegno morale della persona, per cui il cibo deve essere semplice da preparare e facile nel suo consumo.

Non da meno, le preferenze alimentari della persona, che per quanto sia possibile, è bene rispettare perché alimentarsi oltre ad essere una funzione prettamente nutritiva deve essere anche un piacere. Si raccomanda di preservare l'aspetto del cibo sia in termini di gradevolezza, sia per mantenere intatte le sue peculiarità: il gusto deve essere mantenuto intatto e i sapori non vanno mescolati anche se le assunzioni riguardano minime quantità.

3) La classificazione dei cibi in base alla consistenza, alcuni esempi

La consistenza è il criterio principale per la differenziazione degli alimenti.

gli alimenti si possono distinguere in quattro categorie:

-Liquidi e soluzioni liquide dense: comprendono le bevande (acqua, tè, camomilla, infusi e tisane) e liquidi con particelle in sospensione (succhi di frutta, latte, yogurt da bere, brodo vegetale o di carne).

I liquidi e le soluzioni liquide per essere deglutiti non richiedono nessuna manovra di preparazione in bocca. sono utili in caso di persone con sola difficoltà nella masticazione, mentre sono molto pericolosi quando la disfagia è intradeglutitoria perché risultano meno controllabili e privi di attrito. l'acqua costituisce se somministrata senza accorgimenti, l'agente più difficile in quanto si presenta incolore, insapore e inodore. essa insieme a tisane e tè prive di zucchero se aspirate non presentano rischi di infezione polmonare. i liquidi densi se aspirati possono dare luogo a infiammazioni del sistema broncopolmonare.

-Semiliquidi: comprendono gelati, granite di consistenza cremosa, creme, semolino, passato di verdura, frullati di frutta, omogeneizzati di frutta, yogurt. Per essere deglutiti è necessaria una modesta preparazione attiva nella bocca ma non serve la masticazione.

-Semisolidi: comprendono polenta morbida, creme di farine di cereali, passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e pesce, uova alla coque, carni frullate preparate come gelatine, carne cruda macinata, ricotta vaccina, formaggi cremosi, budini, biscotti savoiardi inzuppati, creme, mousses, acqua gelificata. Essi necessitano di una preparazione in bocca più impegnativa dei semiliquidi ma non la masticazione.

-Solidi: comprendono gnocchi di patate ben conditi, pasta ben cotta e condita, agnolotti, tortelli o pasta con ripieno, polenta con spezzatino di carne,

polpette morbide di carne o pesce condite con sugo, uova sode, sogliola, plattessa, palombo, nasello attentamente privati di lisce, soufflè, verdure cotte non filacciose, crescenza, ricotta romana, mele cotte, pere, banane, fragole, pesche mature, pane arabo e pane da tramezzino (privo di briciole). I solidi richiedono una efficiente, accurata, attenta e prolungata preparazione orale che implica la masticazione. I cibi solidi devono comunque essere morbidi, omogenei e compatti che possano scivolare senza provocare attrito al passaggio sulle pareti del canale alimentare.

Attenzione: si ricorda qualsiasi alimento che è stato riportato come esempio, necessita di essere stato in precedenza autorizzato dall'intervento del logopedista o del medico.

4) Come modificare le consistenze

È possibile modificare la densità dei cibi ed allargare la varietà di essi proponendoli alla persona disfagica attraverso l'uso di addensanti (naturali o artificiali) o mediante diluenti o anche agendo sullo stato fisico. Gli addensanti si possono aggiungere sia alle bevande che agli alimenti, non alterano il sapore. Quelli istantanei artificiali sono più pratici e mantengono la loro consistenza nel tempo. Citiamo alcuni esempi: gelatine in polvere, dadi o fogli, fecola di patate, farine di cereali e farine istantanee (amido di mais).



I diluenti sono utili per diminuire la consistenza delle diverse preparazioni e comprendono il brodo vegetale o di carne, acqua, latte vaccino o di soia, panna, succhi di frutta, centrifugati di verura e di frutta.

Le modificazioni dello stato fisico comprendono il congelamento, come per esempio l'acqua e soluzioni possono essere somministrate sotto forma di ghiaccio, oppure la stracottura della pasta produce una maggiore viscosità quindi una migliore scivolosità.

È possibile modificare l'omogeneità dei cibi attraverso l'utilizzo del frullatore, dell'omogeneizzatore, o attraverso la centrifugatura o passare gli alimenti con passaverdura.

Per modificare la scivolosità del cibo, cioè ridurre il suo attrito, si può far uso di lubrificanti quali burro, margarina, olio d'oliva, maionese, besciamella, panna. Se non vi sono contrindicazioni, i sapori acidi (arancia, pompelmo, ananas) inoltre favoriscono l'aumento della produzione di saliva.

5) L'elenco dei cibi da evitare

La scelta degli alimenti da utilizzare e le loro caratteristiche devono essere personalizzate in base alle necessità e/o difficoltà di ogni persona che presenti disfagia. È compito del logopedista saper indicare le proprietà dei cibi permessi in base ai criteri di sicurezza, di autonomia e di preferenza della persona. In generale si possono elencare alcuni alimenti da "evitare" alla persona con disfagia in quanto sono potenzialmente pericolosi:

- minestrina con pastina in brodo
- minestrone con verdure in pezzi, pasta o riso
- legumi con buccia e interi
- riso, orzo perlato, grano
- zuppe di latte o brodo con crostini
- carni o pesce impanati
- molluschi
- carni tritate grossolanamente e asciutte (prosciutto crudo, roast beef, bresaola)
- formaggi duri e fermentati (mozzarella cotta, gruviera, brie, gorgonzola)
- alcolici
- biscotti con cereali o integrali
- crusca, muesli, corn flakes, riso soffiato
- pane con semola, pane al sesamo, focaccia, grissini, crackers, fette biscottate
- torte con nocciole o canditi in pezzi, uvetta
- marmellate e yogurt con pezzi di frutta o cereali

- frutti di bosco (more, mirtilli, lamponi, ribes) melagrana, fichi, ananas, ciliegie, kiwi, uva, anguria, cocco fresco e disidratato
- frutta disidratata
- frutta secca
- patatine fritte e snacks come pop-corn, polentine
- cioccolato con nocciole e simili
- torrocini, caramelle, confetti, cioccolatini con ripieno liquido
- gelati con granelle di nocciole, scaglie di cioccolato
- pasta sfoglia, toast, tramezzini

6) La somministrazione dei farmaci

Spesso la persona con disfagia ha la necessità di assumere farmaci anche per più volte al giorno. E questi farmaci non sempre hanno la consistenza adeguata al problema deglutitorio, trattandosi per lo più di farmaci in compresse, confetti o capsule. La persona che assiste ha in genere la tendenza a frantumare o polverizzare i medicinali e a somministrarli con un po' d'acqua. Ma questa modalità può essere scorretta perché comporta un sottodosaggio del farmaco, una inattivazione del medicinale, un composto "dannoso" e infine una creazione di un boccone misto acqua\polvere che potrebbe andare di traverso. Perciò prima di manipolare il farmaco si raccomanda di consultare il medico che lo ha prescritto e valutare le eventuali possibilità.

Gli accorgimenti da rispettare nella somministrazione dei farmaci per il soggetto con disfagia sono:

-Le compresse vanno frantumate solo se riportano la dicitura "frantumabile", e in genere presentano una pre-divisione sulla superficie. per la frantumazione è utile attrezzarsi con un "taglia pillole" da acquistare in farmacia. In questo caso meglio inglobare la compressa polverizzata in un bolo di semisolido (per esempio la mousse o l'acquagel, i passati o i frullati) piuttosto che venire somministrata con l'acqua.

-I farmaci che si presentano solo in consistenza liquida possono essere modificati di consistenza con l'utilizzo di addensante (anche questa modalità va concordata con il medico per escludere che l'addensante interferisca con il farmaco).

Si ricorda che la moderna industria farmaceutica propone lo stesso principio attivo sotto varie forme di somministrazione che non necessariamente prevedono l'assunzione per bocca (esempio supposte, pomate, iniezioni intramuscolari, endovena), per cui è meglio consultare il proprio medico per scegliere la soluzione adatta alla persona con disfagia.

7) L'igiene della bocca, dei denti e delle protesi dentali: la sua importanza e come svolgerla

L'igiene del cavo orale è di fondamentale importanza ogni qualvolta la persona abbia terminato di mangiare, al fine di prevenire le infezioni dentarie e gengivali ed in particolare per evitare che nelle persone con scarsa motilità della lingua il cibo si accumoli fra i denti, sul palato e negli spazi compresi fra i denti e le gengive con un alto rischio di aspirazione.

Nel paziente con disfagia l'igiene della bocca può incontrare diverse problematiche quali:

- Scarso controllo di quanto inserito nella bocca ovvero del corretto uso del dentifricio e dell'acqua per il risciacquo.
- Alterazioni motorie degli arti superiori o dello stato cognitivo che possono interferire sulla procedura.

Per questo è fondamentale distinguere le situazioni in cui non vi sono alterazioni della deglutizione e la persona è in grado di provvedere da se' da situazioni dove oltre al problema deglutitorio sussistano difficoltà motorie della bocca, della lingua e/o degli arti superiori che compromettono l'autonomia.

La postura più adatta per effettuare l'igiene della bocca è quella eretta, oppure da seduta ed eventualmente anche da letto. Se la persona non mantiene una postura idonea oltre al dentifricio, si possono usare anche altri prodotti come i colluttori a base di clorexidina allo 0,2% imbevuti nelle spugnette e nello spazzolino per la pulizia della lingua (pulisci lingua o netta-lingua disponibile in farmacia), partendo dalla parte posteriore della lingua verso quella anteriore (utile chiedere consiglio da un medico dentista nella scelta). nel caso di persone con alterazioni della coscienza (stati vegetativi o di minima responsività) si raccomanda di fare particolare attenzione durante l'igiene orale al rischio di morsicature del materiale utilizzato o della persona stessa che effettua la pulizia. Quando la persona con disfagia è portatrice di protesi dentali mobili è necessario effettuare una buona pulizia della bocca e della protesi. Se la persona è in grado di effettuarla va istruita altrimenti andrà aiutata nell'eseguirlo. È necessario che la persona o chi per lei, pulisca la protesi dopo ogni pasto, e prima di coricarsi sia riposta e pulita. esistono degli spazzolini specifici per le protesi ed anche per i ganci. Se vengono utilizzate delle paste adesive per il fissaggio delle protesi è opportuno eliminare i residui prima di pulire. Per la corretta igiene delle protesi è bene consultare il proprio medico dentista.

8) I comportamenti e le precauzioni da seguire durante l'alimentazione

È molto importante al fine della sicurezza della persona con disfagia guidare



il processo con suggerimenti visivi e verbali come per esempio descrivere come deglutire, come ripulirsi la bocca dai residui di cibo ed anche seguire alcuni accorgimenti comportamentali di seguito vengono elencati i seguenti:

1. Prima di iniziare la somministrazione del cibo assicurarsi che la persona sia vigile, reattiva, riposata e in stato di benessere;
2. Verificare che la postura sia corretta, ossia seduto correttamente con capo e tronco eretti, piedi e braccia appoggiati; e' opportuno che mantenga questa posizione per tutto il pasto e che almeno siano trascorsi 20 minuti prima di coricarsi;
3. Se la persona si trova al letto, occorre posizionare il busto a 80-90 ° con le ginocchia leggermente piegate;
4. Eseguire l'igiene della bocca prima del pasto in particolare se vi è scarsa salivazione e difficoltà nell'avviare l'innescò della deglutizione;
5. Eliminare tutti i distrattori presenti nell'ambiente (spegnere la tv, la radio, non ricevere visite durante l'assunzione del pasto);
6. Non far parlare la persona durante la somministrazione del cibo;
7. Interrompere la somministrazione del cibo se la persona si assopisce;
8. Allontanare il bicchiere, il piatto, o le posate se il soggetto è impulsivo, per evitare che introduca cibo e/o bevande in quantità e tempi inadeguati;

9. Procedere lentamente e solo se il boccone precedente è stato deglutito;
10. concedere alla persona tutto il tempo necessario per masticare e deglutire;
11. Richiedere frequentemente delle deglutizioni a vuoto e/o dei colpi di tosse;
12. Non somministrare dei liquidi per favorire la detersione orale, specie se la persona e' disfagica per i liquidi;
13. Durante il pasto somministrare i liquidi dopo aver ripulito la cavità orale e solo se sono stati autorizzati;
14. Incoraggiare la persona a raschiare la gola e/o effettuare piccoli colpi di tosse (tosse gentile);
15. Accertarsi che in caso di comparsa di tosse riflessa, la persona si ripulisca con una deglutizione a vuoto;
16. Preferire durante l'alimentazione una postura con capo flesso anteriormente;
17. Far emettere dei vocalizzi a intervalli regolari dopo alcune deglutizioni durante il pasto (esempio far produrre una aaa.. lunga) per verificare la presenza di voce gorgogliante;
18. Evitare di proporre contemporaneamente dei cibi a diversa consistenza;
19. Accertarsi che la cavità orale sia ben pulita alla fine del pasto;
20. Preferire dei pasti frequenti e brevi, in particolare se la persona si affatica durante l'alimentazione.

Se il paziente viene imboccato

21. Sedersi più in basso rispetto al soggetto in modo da poter essere visti;
21. Lasciare il tempo alla persona di vedere, annusare, assaggiare il cibo per favorire la salivazione e migliorare l'appetito prima di iniziare ad imbroccarla;
21. Se vi sono state date indicazioni specifiche non lasciate che la persona si alimenti o beva da sola;
21. Porgere il cucchiaio all'altezza della bocca e non dall'alto verso il basso;
21. Introdurre il cibo a circa metà della bocca e premere verso il basso in modo da favorire il riflesso della deglutizione;
21. Somministrare piccole quantità di cibo (un cucchiaio da tè);
21. Introdurre dei cucchiaini vuoti per innescare delle deglutizioni e favorire l'autodetersione.