58° Congresso Nazionale
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SIGG
14° Corso Infermieri
28 novembre 2013 - Torino

SIMPOSIO

NUTRIZIONE, MALNUTRIZIONE, DISFAGIA

INTERVENTI PER LA DISFAGIA

Giorgio Carniel
giorgio.carniel@libero.it
Casa di Cura Ambrosiana – Cesano Boscone (MI)

REFERENZE

- Identificazione e gestione infermieristica della disfagia nell'adulto con compromissione neurologica. Revisione sistematica. Joanna Briggs Institute (JBI). 4(2) 2000.
- Joanna Briggs Institute (JBI). *Mantenimento dell'idratazione per via orale nella popolazione anziana*. Best Practice 5(1) 2001. IT
- Spairani C, Raganini G. *Nursing in neurologia. L'assistenza infermieristica al paziente con ictus: protocolli applicativi.* Carocci Faber, 2003
- Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2006
- Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logopedia. Federazione Logopedisti Italiani (FLI). To rino, 2007.
- Effectiveness of interventions for undernourished older inpatients in the hospital setting. Revisione sistematica. Joanna Briggs Institute (JBI). 11(2) 2007.
- Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2010.
- Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale. Ministero Salute, 2010. Intesa Conferenza Stato Regioni del 16/12/2010. GU n. 37 del 15/02/2011.
- SPREAD (Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion). Ictus cerebrale: Linee Guida Italiane di Prevenzione e Trattamento. Edizione 7° (14 Marzo 2012) (http://www.spread.it/files/Raccomandazioni_Sintesi_SPREAD2012.pdf) (ultimo accesso: 20/03/2013)

INTERVENTI

- ARRICCHIMENTO DEI CIBI
- CONSISTENZA DEI CIBI
- TECNICHE PER IMBOCCARE
- NUTRIZIONE ARTIFICIALE
- GENERALI

INTERVENTI

- ARRICCHIMENTO DEI CIBI
- CONSISTENZA DEI CIBI
- TECNICHE PER IMBOCCARE
- NUTRIZIONE ARTIFICIALE
- GENERALI

OBIETTIVI

PREVENIRE

MALNUTRIZIONE

Stato in cui la carenza di nutrienti, calorie, proteine, vitamine e sali minerali, provoca effetti negati quantificabili sulla composizione del corpo, sulle condizioni funzionali o cliniche.

(NICE, 2006)

DISIDRATAZIONE

E' il più comune squilibrio di liquidi ed elettroliti nella popolazione anziana

(JBI, 2001)

SCREENING

QUALI TEST?

1. MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)
   - ✓ Per comunità e ospedali
2. NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS)
   - ✓ Per ospedali
3. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)
   - ✓ Per anziani in ospedale, in nursing home

(Ministero Salute, 2010)

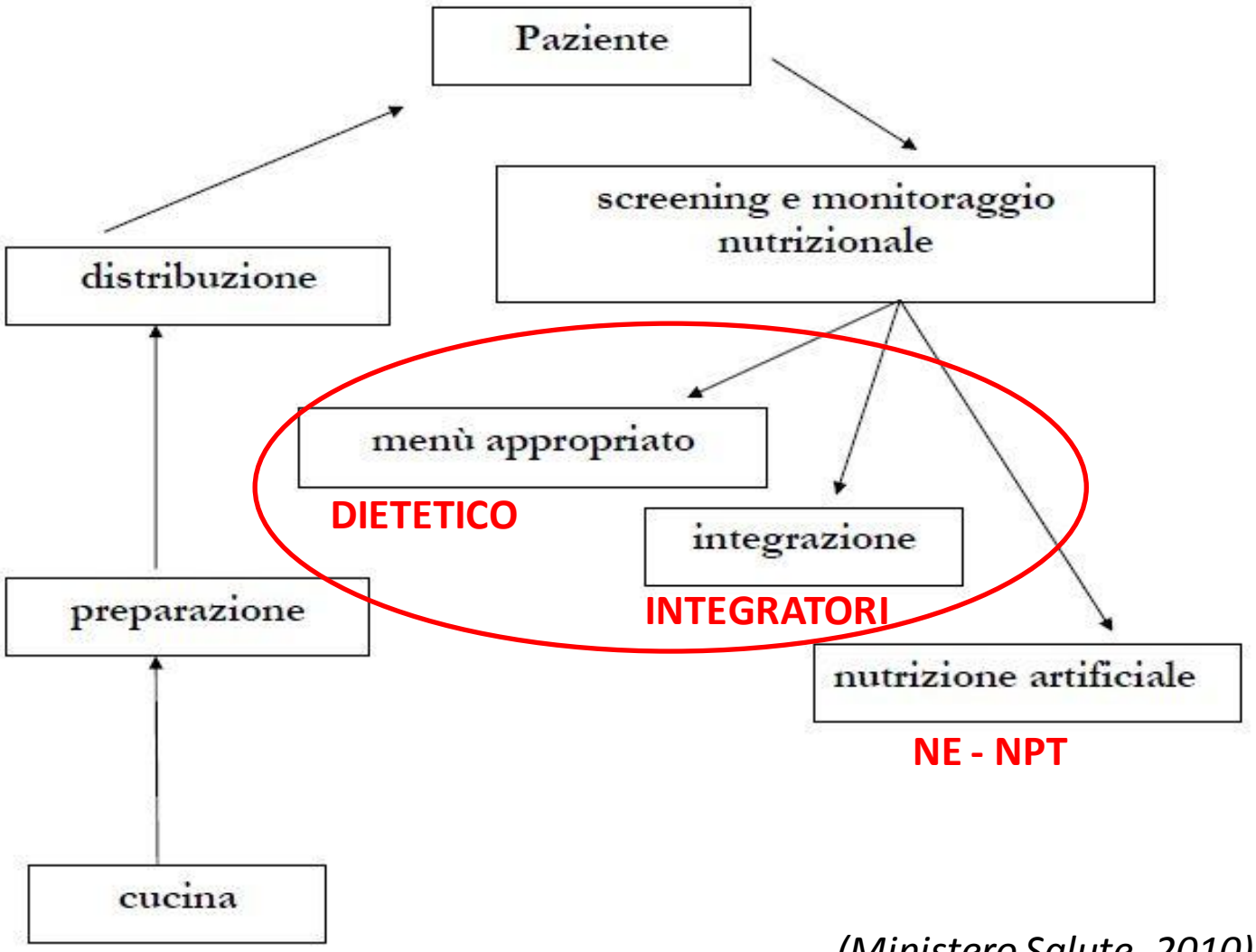
TIMING DEL SUPPORTO

Supporto nutrizionale in caso di uno dei seguenti criteri:

- Indice di massa corporea (BMI) < 18,5 kg/m^2
- Involontaria perdita di peso:
  - maggiore del 10%
  - nel corso degli ultimi 3-6 mesi
- Negli ultimi 3-6 mesi:
  - BMI inferiore a 20 kg/m^2
  - E perdita involontaria di peso superiore al 5%
- Persone che:
  - Hanno mangiato poco o nulla per più di 5 giorni
  - E/o rischiano di mangiare poco o nulla per 5 o più giorni

(NICE, 2006)

12.3 ALGORITMO DELL'INTERVENTO NUTRIZIONALE



(Ministero Salute, 2010)

SUPPLEMENTI ORALI

- Dieta con calorie e valore nutritivo elevati è essenziale per compensare:
  - la ridotta assunzione di alimenti
  - l'ulteriore sforzo fisico necessario per mangiare e bere

- Monitorare l'assunzione orale ed assicurare un adeguato livello di idratazione e nutrizione

(JBI, 2000)

SUPPLEMENTI ORALI

- Si è trovato che i supplementi orali aumentano:
  - il peso
  - la massa corporea magra
- nei pazienti anziani malnutriti o denutriti **(A)**

- L'assicurarsi che l'intervento nutrizionale prescritto sia implementato, è cruciale per garantire outcome positivi **(B)**

(JBI, 2007)

SUPPLEMENTI ORALI

- Sono strategie riconosciute per migliorare l'alimentazione l'incoraggiare i pazienti a consumare i cibi e le bevande fornite, assisterli quando necessario e monitorizzare attivamente quanto introdotto **(C)**

- È importante richiedere consigli ai servizi nutrizionali, se presenti, prima possibile **(C)**

(JBI, 2007)

Temperatura

Confezioni

Monitorare

Piccole dosi

E' terapia

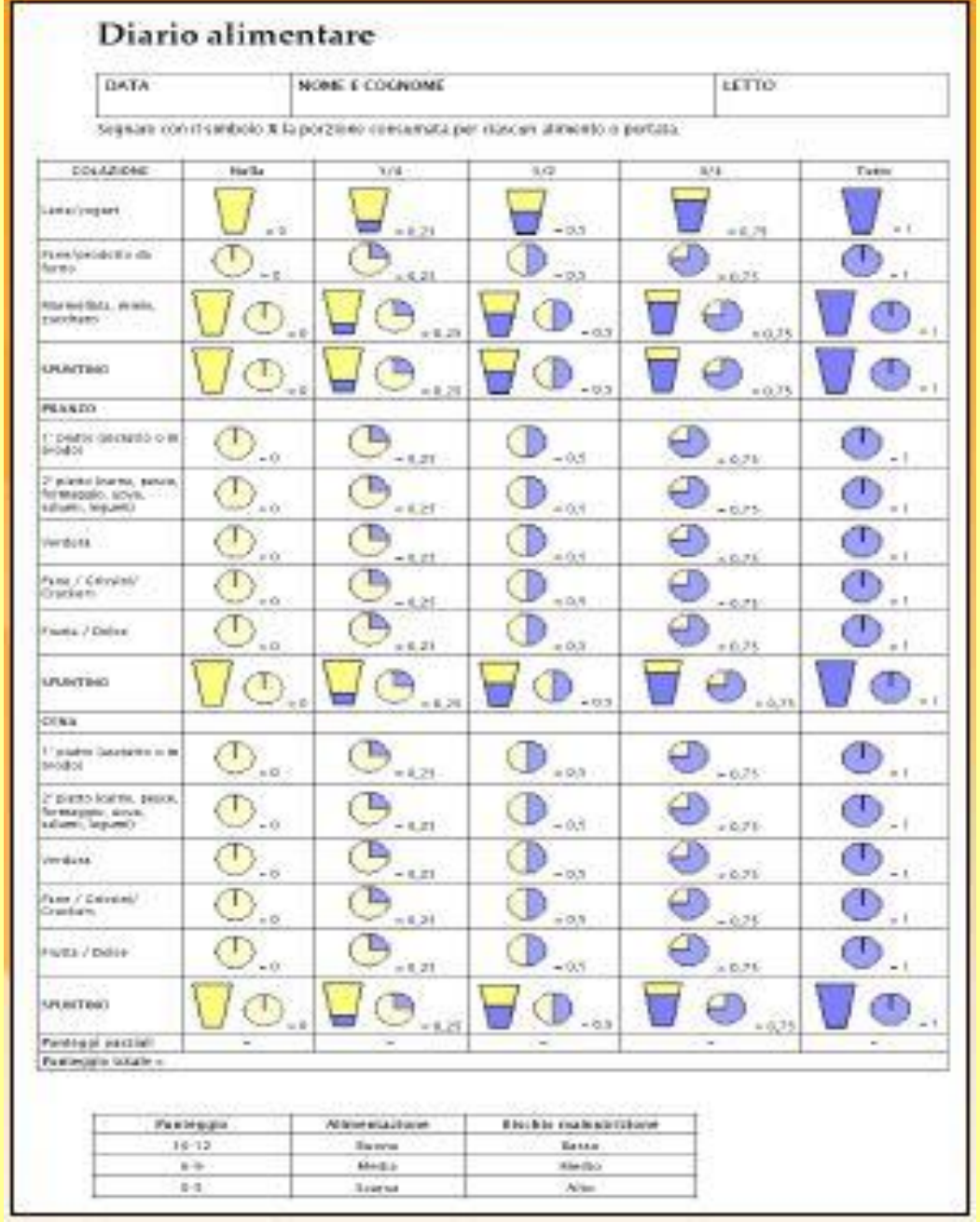
Pasti frequenti

Pasto post-cena

Tabella 1: Consigli pratici che possono favorire l'assunzione di supplementi orali

Azione	Razionale
Assicurarsi che ogni tipo di supplemento orale sia somministrato ad una temperatura adeguata	I pazienti fanno fatica ad assumere gli integratori ad una temperatura inadeguata. È difficile assumere integratori in una stanza a temperatura ambiente quando questi sono predisposti per essere serviti freddi. Altri pazienti possono aver difficoltà ad assumere integratori freddi.
Assicurarsi che i supplementi orali siano confezionati in modo tale da poter essere aperti dal paziente	Alcuni supplementi sono confezionati in lattine e tetrapak e possono essere difficili da aprire. Alcuni hanno cannucce che devono essere utilizzate per pungere la confezione, altri hanno lembi da strappare che richiedono l'uso di entrambe le mani. Molti integratori non vengono usati per queste ragioni.
Monitorare l'assunzione prescritta di supplementi	Un monitoraggio attivo fatto in modo formalizzato, può identificare una riduzione di assunzione a uno stadio precoce diminuendo così le possibilità di cronicizzarla.
Consigliare una assunzione di supplementi "a piccole dosi"	Molti pazienti trovano difficoltosa l'assunzione di grandi quantità di supplementi: fornire i supplementi in piccole quantità si è dimostrato essere utile ad aumentare il consumo.
Considerare i supplementi come parte integrante del protocollo terapeutico	Ci sono state numerose segnalazioni positive nei confronti dell'assunzione di supplementi consegnati insieme alla terapia farmacologica.
Porre particolare attenzione ad una frequente assunzione di cibo	Usare merende gradite al paziente, tipo quelle usate in quella località, può aumentare l'apporto proteico e energetico come ad es. snack, panini, bevande a base di latte....
Servire bevande nutrienti dopo il pasto serale	Spesso trascorrono molte ore tra la cena e la colazione mattutina successiva: includere una bevanda nutriente può aumentare l'assunzione di supplementi per via orale

(JBI, 2007)



Diario alimentare

DATA	NOME E COGNOME	LETTO

Segnare con il simbolo X la porzione consumata per ciascun alimento o portata

COLAZIONE	Nulla	1/4	1/2	3/4	Tutto
Latte/yogurt					
Fiocchi di latte					
Biscotti, merendine					
SPUNTINO					
PRANZO					
1° piatto (pasta o riso)					
2° piatto (carne, pesce, formaggio, uova, salumi, legumi)					
Verdura					
Pane / Grissini / Crackers					
Frutta / Dolce					
SPUNTINO					
CENA					
1° piatto (pasta o riso)					
2° piatto (carne, pesce, formaggio, uova, salumi, legumi)					
Verdura					
Pane / Grissini / Crackers					
Frutta / Dolce					
SPUNTINO					
Punteggi parziali					
Punteggio totale =					

Punteggio	Alimentazione	Rischio malnutrizione
10-12	Buona	Basso
8-9	Media	Medio
0-6	Scarsa	Alto

(Depau et al, 2011: http://www.asl.ivrea.to.it/file/470.pdf; 02/03/2012)

RILEVAZIONE PESO

- Anche dopo la dimissione, soprattutto nei pazienti più anziani colpiti da ictus (GPP).

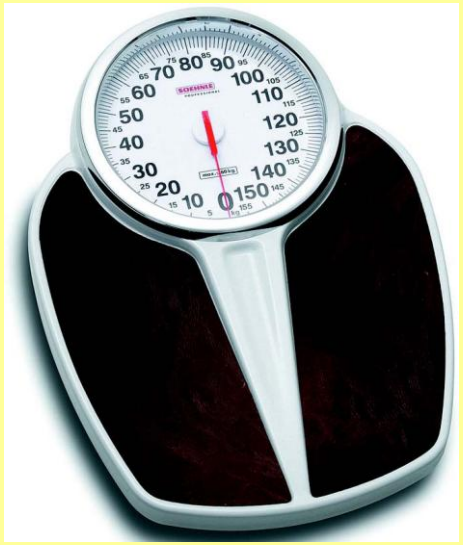
- La malnutrizione è associata con:
  - Age > 70 anni
  - Perdita di peso
  - Mancanza di cure di comunità

(SIGN, 2010)

- Riconoscere segni di malnutrizione o disidratazione controllando:
  - Quantità di cibo e liquidi ingeriti
  - Peso

(JBI, 2010)

BILANCE


10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150

70.0

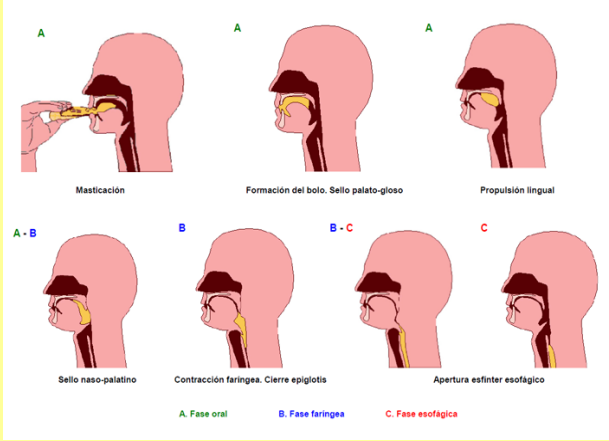
SAFETY
2006/42 CE

INTERVENTI

- ARRICCHIMENTO DEI CIBI
- CONSISTENZA DEI CIBI
- TECNICHE PER IMBOCCARE
- NUTRIZIONE ARTIFICIALE
- GENERALI

OBIETTIVI

- Favorire il corretto transito del bolo



- Prevenire aspirazione

- Prevenire polmonite ab-ingestis

PRESENTAZIONE DEL PASTO

- Il cibo con consistenza modificata dovrebbe avere un aspetto appetitoso ed attirare il paziente.

- Il paziente dovrebbe poter avere una scelta fra più piatti (D)

(SIGN, 2010)

- Assicurarsi che sostanza, consistenza e tipo di cibo e liquidi siano forniti come prescritto

(JBI, 2000)

CIBI PRIVILEGIATI

- Usando liquidi più densi
- Dieta semisolida con sostanza omogenea:
  - cibo che mantiene e forma facilmente il bolo
  - che non si disperde nella cavità orale
- Un bolo con caratteristiche sensoriali aumentate (aroma e sapore forte, cibi dolci o acidi) può stimolare una migliore deglutizione.
- E' importante che non vengano usati cibi freddi se l'individuo ha riflessi ipertonici

(JBI, 2000)

DIETA PROGRESSIVA

- Nel soggetto disfagico in cui è appropriata l'alimentazione per via orale, è indicato l'impiego della dieta progressiva per la disfagia, che prevede quattro livelli:

1. dieta purea:
   - alimenti frullati
   - con una consistenza generale di purea densa e coesiva
2. dieta tritata (che riducono i problemi di preparazione del bolo)
3. dieta morbida
4. dieta normale modificata (C)

(SPREAD, 2012)

TEXTURE DEL CIBO

1. VISCOSITA’

2. OMOGENEITA’

3. CONSISTENZA/DENSITA’

VISCOSITA'

- Capacità di un alimento di scivolare

  - Miele e stracchino hanno tendenza ad incollarsi
  - Usati da soli possono rendere difficoltosa la progressione
  - Usare eventualmente in associazione ad altri cibi

(Spairani et al, 2003)

OMOGENEITA'

- Indica l'uniformità dell'alimento

  - La disomogeneità di alcuni alimenti può rendere complessa la deglutizione:
    - Riso – Zuppe – Carne trita

(Spairani et al, 2003)

CONSISTENZA/DENSITA'

E' la solidità, la corposità dell'alimento

Si può modificare con:

- Addensanti:
  - In polvere
  - Acqua gelificata
- Aggiungendo liquidi (al contrario)

(Spairani et al, 2003)

CONSISTENZA

- Liquidi
- Semiliquidi
  - Succhi di frutta, frutta passata, yogurt
- Semisolidi:
  - Budino, purè, omogeneizzato, formaggio molle, semolino
  - Richiedono impegno per la spinta verso il fondo del palato
- Solidi
  - Carne, biscotti, pane, pasta, verdure
  - Hanno fase preparatoria più complessa
- Misti
  - Minestra, zuppe

(Spairani et al, 2003)

Australian Standards for Texture Modified Foods and Fluids

DAA Dietitians Association of Australia

Speech Pathology Australia — giving people a say in life

Fluid

LEGGERMENTE DENSO **Livello 150** Scorre liberamente dal cucchiaio ma lascia uno strato leggero sul cucchiaio	MODERATAMENTE DENSO **Livello 400** Cola lentamente a grumi all'estremità del cucchiaio	ESTREMAMENTE DENSO **Livello 900** Aderisce al cucchiaio e non defluisce

Australian Standards for Texture Modified Foods and Fluids

Dietitians Association of Australia (DAA)

Speech Pathology Australia — giving people a say in life

Food	Consistenza **A**	Consistenza **B**	Consistenza **C**
	SOFFICE	TRITATO E UMIDO	PUREA MORBIDA
	Il cibo può essere naturalmente soffice, cucinato o tagliato al fine di modificare la consistenza	Il cibo è morbido, umido e facilmente schiacciato con una forchetta; i pezzi sono morbidi e arrotondati	Il cibo è morbido, umido e senza pezzi; può avere consistenza granulosa

CIBI DA EVITARE

- Temperature estreme
- Liquidi molto fluidi.
- Prodotti che si fondono in bocca fino a diventare liquidi:
  - ghiaccio
  - gelato
- Consistenze miste (cibi solidi e liquidi insieme):
  - zuppe vegetali
- Cibi secchi friabili.

CIBI DA EVITARE

- Cibi che si frammentano in tante piccole unità:
  - riso
  - pane secco
- Cibi filamentosi
- Cibi che richiedono una lunga masticazione
- Cibi con semi
- Cibi che impastano la bocca:
  - burro di arachidi
  - banane
  - pane bianco morbido

INTERVENTI

ARRICCHIMENTO DEI CIBI

CONSISTENZA DEI CIBI

TECNICHE PER IMBOCCARE

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

GENERALI

INTERVENTI STANDARD

- Il paziente a rischio non va alimentato per bocca fino ad avvenuta valutazione

- Assicurarsi che l'alimentazione sia intrapresa in accordo con le tecniche specifiche raccomandate o insegnate dal logopedista o dal medico esperto

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

INTERVENTI STANDARD

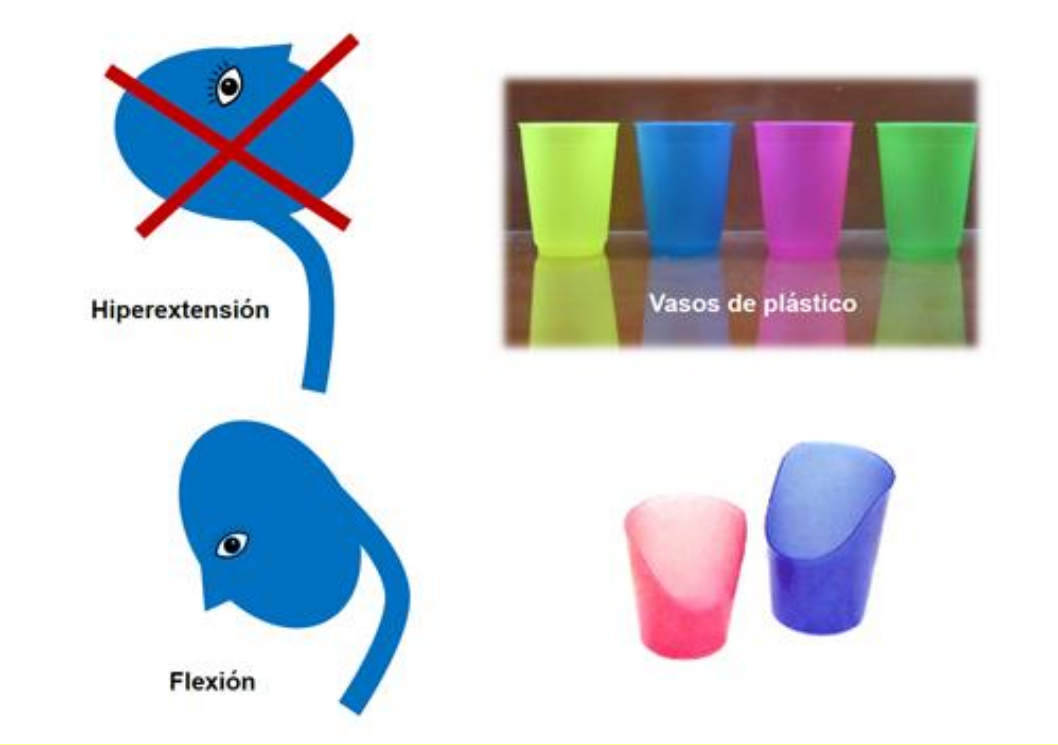
- Assicurare un ambiente tranquillo e piacevole senza distrazioni.
- Controllare che l'individuo sia vigile e reattivo, ben riposato e senza dolore.
- Se l'affaticamento è un problema (specialmente nelle malattie neuro degenerative):
  - Fare 6 piccoli pasti al giorno
  - E/o fare il pasto principale all'inizio del giorno

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

INTERVENTI STANDARD

- Strumenti adatti (come una scodella modificata per prevenire l'estensione del collo).

(JBI, 2000; SIGN, 2010)



INTERVENTI STANDARD

- Non parlare mentre mangia.
- Evitare di toccare i denti o di posizionare il cibo troppo indietro nella bocca.
- Tempo adeguato per alimentarsi.
- Deglutire più volte, anche per piccoli boli, per svuotare completamente il faringe
- Incoraggiare eventualmente la tosse delicata dopo la deglutizione.

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

INTERVENTI STANDARD

- L'alternanza di liquidi e solidi può aiutare a pulire la gola.
- Aspirare eventuali secrezioni orali abbondanti
- Mantenere l'individuo alzato approssimativamente dai 30 ai 60 minuti.

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

INTERVENTI STANDARD

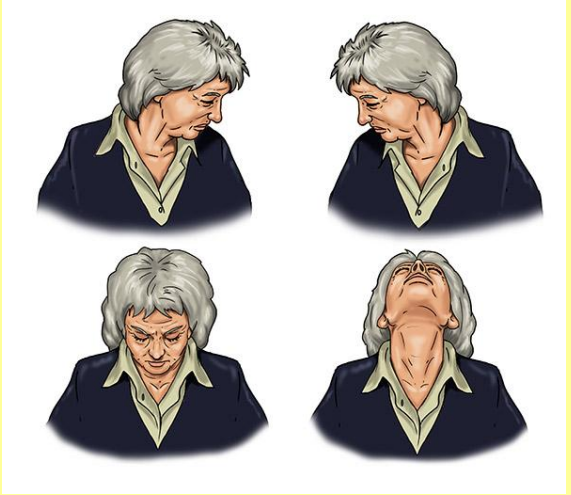
- Dare, alla volta:
  - Cibo solido: da mezzo a un cucchiaino da tè
  - Liquidi: oppure circa 10-15ml

- Evitare l'utilizzo di cannucce o siringhe per la difficoltà a controllare la quantità e il flusso di liquidi.

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

?

POSTURE



- Evitare estensioni del collo.
- Sedere allo stesso livello, o più in basso, degli occhi di chi mangia.
- Possono essere necessari dei sostegni per la testa ed il tronco
- Se la testa è instabile, una mano del caregiver può sostenere la fronte (nota: un collare cervicale può impedire la deglutizione e non è raccomandato).

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

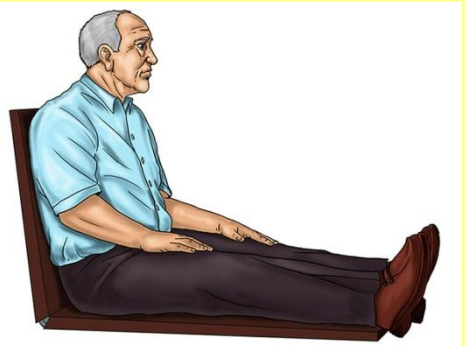
POSTURE

SEDUTO SU SEDIA:

- Posizione eretta
- Flessione di anca e ginocchio ad angolo di 90°
- Piedi appoggiati orizzontalmente sul pavimento o su un sostegno
- Tronco e testa in linea mediana
- Testa leggermente flessa con mento in giù

SEDUTO A LETTO:

- Elevata posizione di Fowler
- Testa e collo appoggiati
- Collo leggermente flesso



(JBI, 2000; SIGN, 2010)

POSTURE

- Tronco eretto (sia a letto che sulla sedia)
- Spalle, gomiti, avambracci bene appoggiati
- Evitare le posizioni "accartocciate"
- Flettere le gambe (se a letto: cuscino sotto le ginocchia)
- Se non regge il tronco: usare cuscini di postura

(Spairani et al, 2003)

PARALISI UNILATERALE

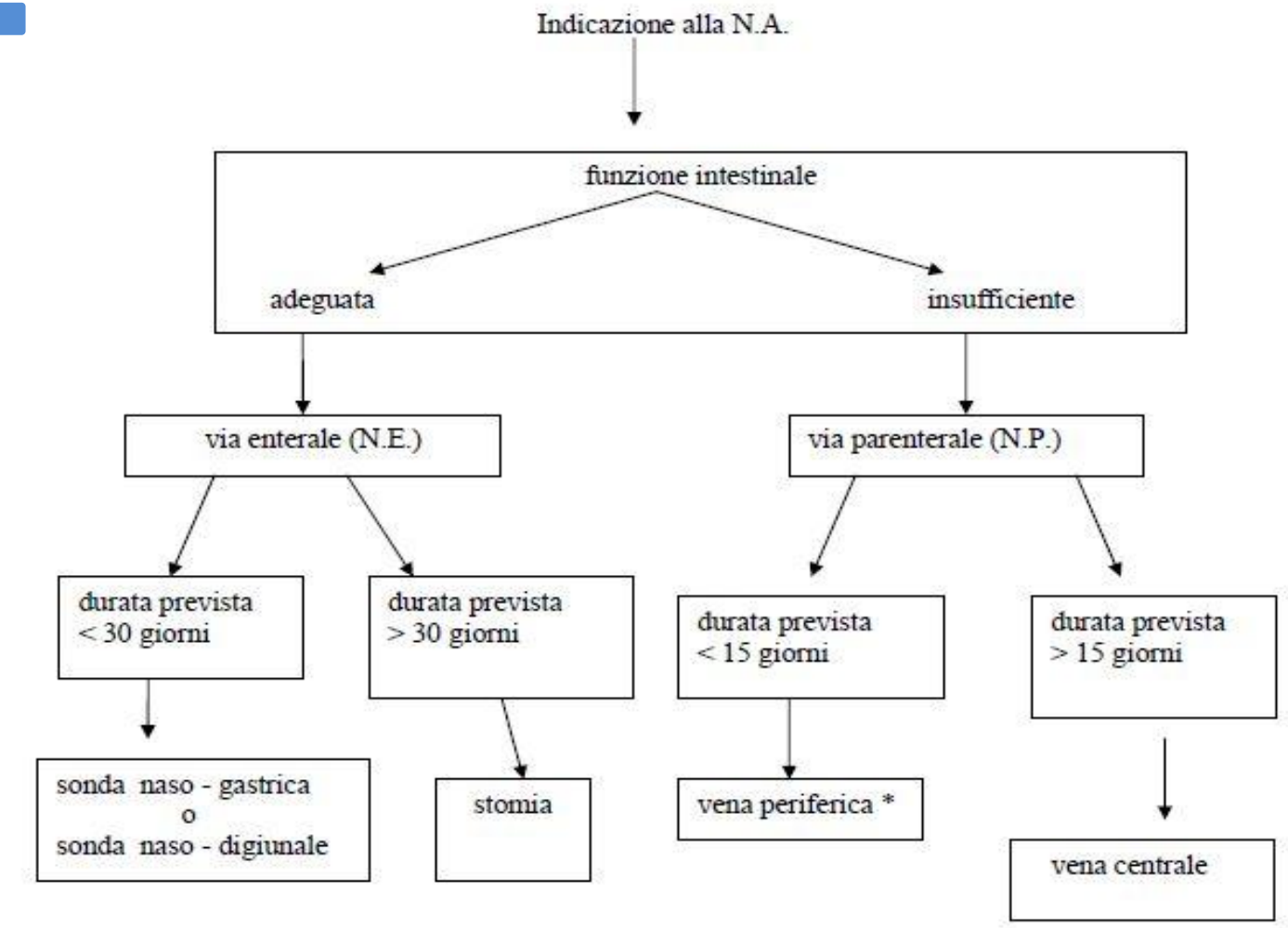
- Inclinare la testa leggermente dalla parte non colpita (più forte)
- Ruotare la testa verso il lato colpito (più debole)
- Posizionare il cibo nel lato della bocca non colpita.

(JBI, 2000)

INTERVENTI

- ARRICCHIMENTO DEI CIBI
- CONSISTENZA DEI CIBI
- TECNICHE PER IMBOCCARE
- NUTRIZIONE ARTIFICIALE
- GENERALI

12.2 SCELTA DI TIPO E VIA DI SOMMINISTRAZIONE DELLA N.A.



* comporta bassi apporti nutrizionali

(Ministero Salute, 2010)

TIMING

FASE ACUTA PER DISFAGIA

- Attendere uno o due giorni prima di posizionare il sondino, idratando il paziente per via parenterale (B)

- Nutrizione enterale
  - Iniziare precocemente:
    - non oltre 5-7 giorni nei pazienti normonutriti
    - non oltre le 24-72 ore nei pazienti malnutriti (B)

- Nutrizione parenterale:
  - Laddove la NE:
    - non sia realizzabile
    - sia controindicata
    - quale supplementazione alla NE (D)

(SPREAD, 2012)

TIMING

DISFAGIE IN FASE ACUTA

- Entro una settimana dall'evento acuto:
  - Posizionamento del S.N.G.
  - Per i pazienti che non sono in grado di assumere per os il fabbisogno nutrizionale.
  - Decisione presa dall'equipe multidisciplinare
  - In accordo con il paziente e i care givers (GPP)

(SIGN, 2010)

TIMING

- L'alimentazione tramite PEG è raccomandata per lunghi periodi (> di 4 settimane).

- I pazienti che necessitano di un'alimentazione enterale per lunghi periodi dovrebbero essere rivalutati regolarmente (settimanalmente) (B)

(SIGN, 2010)

- Entro 30 giorni per disfagia persistente
  - Prendere in considerazione il ricorso alla PEG (gastrostomia percutanea endoscopica), da praticarsi non prima di 4 settimane dall'evento (B)

(SPREAD, 2012)

TIMING

DISFAGIE PROGRESSIVE (es. SLA)

- La PEG dovrebbe essere posizionata prima che la capacità vitale diventi < del 50-60%. (GPP)

- Nel caso in cui la capacità vitale sia < del 50-60% il posizionamento della PEG dovrebbe avvenire con respirazione non invasiva, somministrazione di O2 e blanda sedazione oppure tramite la metodica radiologica. (GPP)

(FLI, 2007)

SNG vs PEG

Table 1: Comparison of Tube Feeding Methods

	NG feeding	PEG feeding
Insertion	Easy, quick	Invasive
Replacement	Often	Infrequent
Tube life	Up to 1 month	Several months
Patient acceptance	Poor	Good
Nutritional benefit	Uncertain	Some
Mortality reduction	None	Possible
Complications	+/-	+ +
Procedure related mortality	Very low	0-2.5%

(SIGN, 2010)

COMPLICANZE

SNG

- Frequenti sposizionamenti
- Occlusione
- Che determinano una riduzione dell'alimentazione somministrata
- Errato posizionamento in trachea (se non riconosciuto → seri problemi)
- Esofagite
- Ulcerazioni mucose

PEG

- Complicanze Minori (16-32%)
  - Sposizionamento
  - Infezioni peristomali lievi
  - Ostruzione
  - Perdite
- Complicanze Maggiori (3-19%):
  - Emorragia gastrica
  - Infezioni peristomali gravi
  - Peritonite
  - Fistole gastriche

(SIGN, 2010)

INTERVENTI

- ARRICCHIMENTO DEI CIBI
- CONSISTENZA DEI CIBI
- TECNICHE PER IMBOCCARE
- NUTRIZIONE ARTIFICIALE
- GENERALI

GENERALI

- Richiesta/attivazione di consulenza (nutrizionista, logopedista, medico specializzato)

- Essere preparati al trattamento di emergenza per il soffocamento, mantenendo l'attrezzatura appropriata a portata di mano.

RISCHIO RESPIRATORIO

MONITORARE

- Monitorare i rumori respiratori per identificare segni di aspirazione
- Monitorare temperatura corporea
- Frequenti infezioni toraciche
- Modificazione delle modalità di respirazione
- Tosse o starnuti durante/dopo l'alimentazione
- Schiarimenti di gola frequenti

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

RISCHIO RESPIRATORIO

MONITORARE

- Rigurgiti orali e nasali di cibo/liquidi
- Assenza o debolezza di tosse e deglutizione volontaria
- Modificazione di qualità/tono/sonorità della voce (raucedine, voce bagnata, rauca)
- Affaticamento
- Saturimetria??

(JBI, 2000; SIGN, 2010)

FARMACO-TERAPIA

- Assicurarsi che i farmaci siano somministrati con sicurezza

(JBI, 2000)

- Consultare i farmacisti o i centri di informazione farmacologica, per conoscere i metodi più appropriati per la somministrazione dei farmaci (D)

- Valutare la possibilità di:
  - Formulazioni alternative
  - Vie di somministrazione alternative
  - Farmaci alternativi

- Non è corretto frantumare le compresse per il rischio di:
  - Alterazione farmacocinetica
  - Alterazione efficacia
  - Interazioni farmacologiche

(SIGN, 2010)

IGIENE ORALE

- Difficoltà nel gestire le secrezioni orali o sbavature
- Impacchettamento del cibo nelle guance

- L'igiene orale può stimolare la salivazione e il gusto
- Controllare che non siano presenti residui di cibo (anche trattenuti in fondo alla bocca)
- Provvedere all'igiene orale:
  - Prima del pasto
  - Dopo il pasto

(JBI, 2000)

IGIENE ORALE

- Buona igiene orale, particolarmente per i portatori di SNG o PEG, al fine di promuovere la salute orale ed il comfort del paziente (D)

- Dovrebbe essere usato un adeguato protocollo per la cura orale per ogni paziente con disfagia, inclusi i portatori di dentiera (GPP)

(SIGN, 2010)

PROCEDURA IGIENE ORALE

- Assessment
  - Aspetto delle mucose orali
  - Lesioni
  - Sanguinamenti
  - Quantità e consistenza della saliva
  - Aspetto di denti e dentiera
- Pazienti intubati
- Usare Clorexidina Gel
- Pulire denti, palato, lingua e guance
- Usare siringa e aspiratore
- Lubrificare le labbra