La sindrome disfagica: i corretti consigli dietetici

Lorenzo M Donini

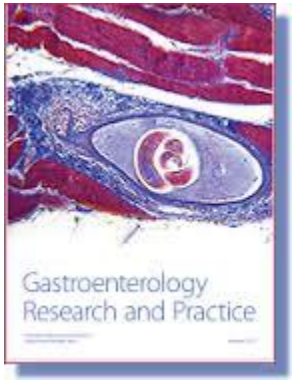
SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Sezione di Fisiopatologia Medica, Scienza dell'Alimentazione ed Endocrinologia

Lorenzomaria.donini@uniroma1.it

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume 2011, Article ID 818979, 13 pages
doi:10.1155/2011/818979



Review Article

Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly

Laia Rofes,[1] Viridiana Arreola,[2] Jordi Almirall,[3,4] Mateu Cabré,[5] Lluís Campins,[6] Pilar García-Peris,[7] Renée Speyer,[8,9] and Pere Clavé[1,2]

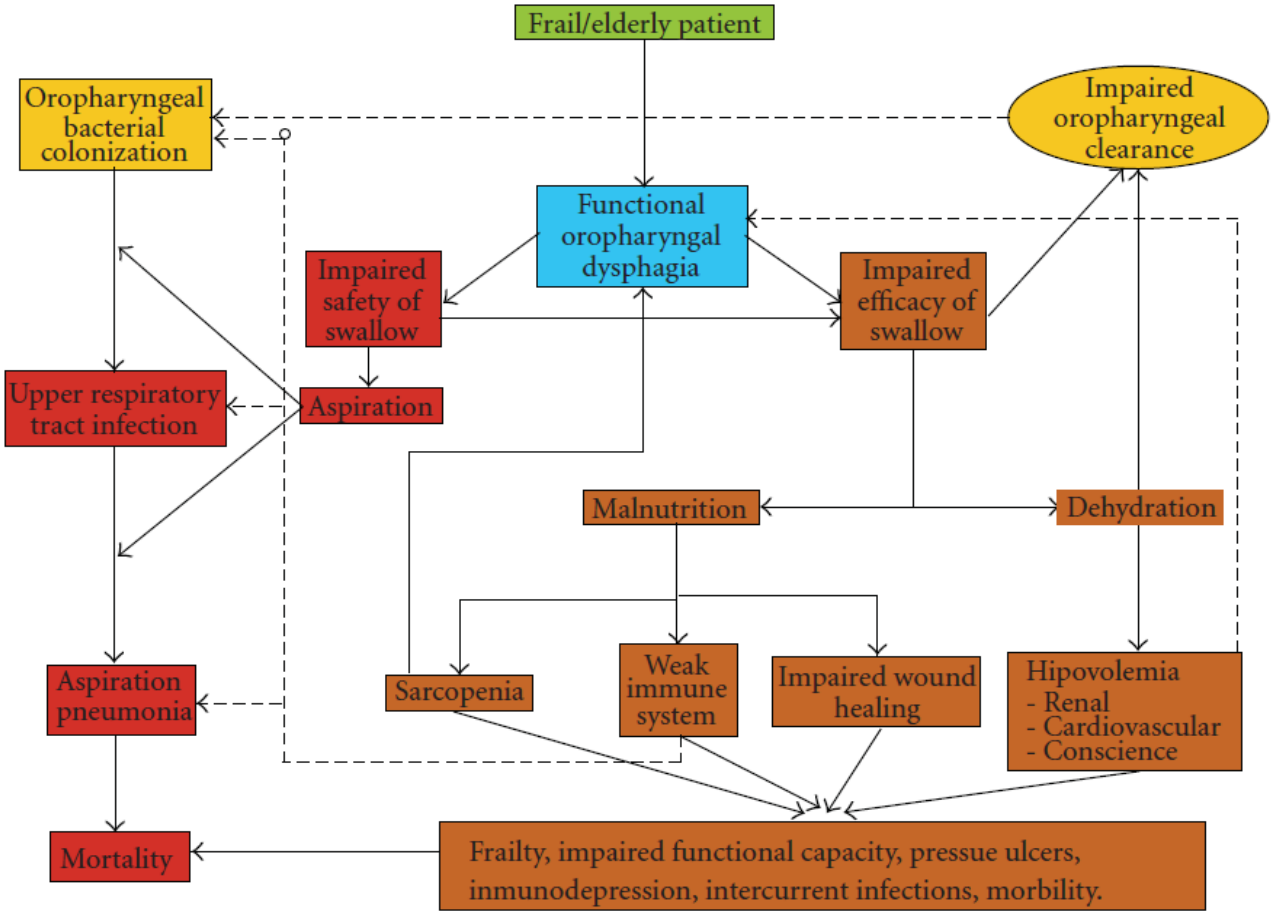


FIGURE 5: Pathophysiology of nutritional and respiratory complications associated to oropharyngeal dysphagia i

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Clinical Interventions in Aging

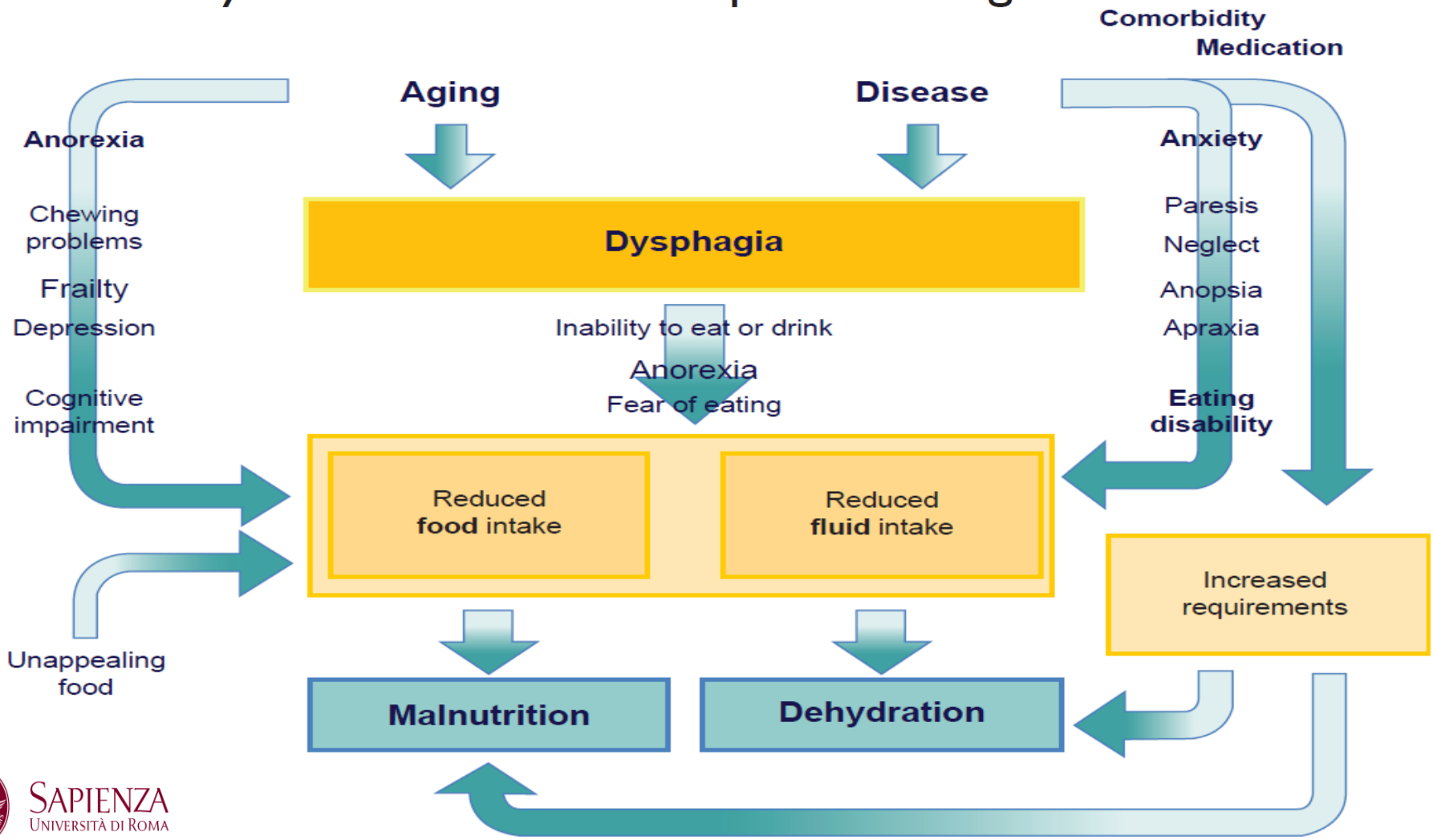
Dovepress
open access to scientific and medical research

Clinical Interventions in Aging 2016:11 189–208

REVIEW

Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting

Rainer Wirth,[1,2] Rainer Dziewas,[3] Anne Marie Beck,[4] Pere Clavé,[5] Shaheen Hamdy,[6] Hans Juergen Heppner,[7,8] Susan Langmore,[9] Andreas Herbert Leischker,[10] Rosemary Martino,[11] Petra Pluschinski,[12] Alexander Rösler,[13] Reza Shaker,[14] Tobias Warnecke,[3] Cornel Christian Sieber,[2,15] Dorothee Volkert[2]



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Best Practice

È necessario un precoce e continuativo screening del rischio nutrizionale per permettere interventi nutrizionali adeguati

Best Practice

Per i pazienti con disfagia, che non sono in grado di alimentarsi oralmente in modo adeguato, dovrebbe essere considerato il SNG al più presto possibile, entro la prima settimana dall'evento. Questa decisione dovrebbe essere fatta dal team multidisciplinare, consultando il paziente e i familiari/carers.

Raccomandazione 8. Grado B L'alimentazione via gastrostomia endoscopica per cutanea (PEG) è la modalità di alimentazione raccomandata se la via enterale è prevista per un periodo > a 4 settimane.

Raccomandazione 9. Grado D Dovrebbero essere considerate le percezioni e le aspettative del paziente/familiare sull'alimentazione via PEG; dovrebbero inoltre essere illustrati i rischi/benefici e il carico dell'assistenza prima di iniziare l'alimentazione

Best Practice

La decisione di impiantare la PEG dovrebbe essere presa, bilanciando rischi/benefici, e tenendo in considerazione le necessità personali del paziente. I pazienti dovrebbero inoltre avere la possibilità di decidere se vogliono andare avanti con la procedura

Rischio nutrizionale negli anziani:

Manuale di valutazione e gestione per il CAREGIVER

a cura di
Lorenzo Maria Donini
e Salvatore Carbone

promosso da APSSO - Associazione Prevenzione Salute e Sicurezza Onlus

SOMMARIO

PRIMA PARTE

VALUTAZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

PAGINA 11

SECONDA PARTE

CONSIGLI NUTRIZIONALI

PAGINA 27

TERZA PARTE

CONSIGLI MIRATI ALLA RIDUZIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE

PAGINA 37

5

http://uniroma1.scialim.it

In sintesi, il percorso prevede **3 passaggi** successivi in funzione del rischio nutrizionale:

1° step: "Valutazione del rischio nutrizionale"

1) Procedure

a) Mini Nutritional Assessment (MNA®) (pag. 13). Sulla base del risultato i soggetti saranno classificati in tre gruppi di rischio (basso, medio e alto).

b) GPC (griglia porzioni consumate) (pag. 17) per una valutazione dell'introito alimentare del soggetto anziano.

2) Definizione del rischio nutrizionale

Rischio nutrizionale	BASSO	MEDIO	ALTO
MNA®	Superiore a 24	Tra 17,5 e 23,5	Inferiore a 17
GPC	**Normale** (vedi pag.22)	**Moderatamente alterato** (vedi pag.22)	**Alterato** (vedi pag.22)

N.B. Laddove i livelli di rischio a MNA® e GPC non corrispondessero, si considera la valutazione meno buona.
Es: MNA® medio e GPC alterato = **RISCHIO ALTO**

2° step: "Presa in carico nutrizionale"

A seconda del rischio si attuano le seguenti procedure

Rischio nutrizionale	BASSO	MEDIO	ALTO
PROCEDURA DA SEGUIRE	**A**	**B**	**B**

A) Rischio nutrizionale **basso**: seguire consigli nutrizionali (presenti nella seconda parte del manuale) utili al mantenimento di tale stato (pag. 27)

B) Nei pazienti che presentano un rischio nutrizionale **medio-alto** e/o alcune patologie che possono incidere sul comportamento alimentare e/o sullo stato di nutrizione si fa riferimento alle indicazioni presenti nella terza parte del manuale (pag.37).

3° step: "Controllo periodico rischio nutrizionale"

Il Mini Nutritional Assessment (MNA®) e la griglia porzioni consumate (GPC) andranno ripetuti periodicamente in funzione del livello di rischio e secondo il calendario seguente:

Rischio nutrizionale	Ripetere controllo MNA	Ripetere controllo alimentazione (GPC)
BASSO	Una volta ogni sei mesi	Per una settimana ogni tre mesi
MEDIO	Una volta ogni tre mesi	Per una settimana al mese
ALTO	Mensilmente	Giornalmente

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment MNA®

Cognome: Nome: Data:

Sesso: Età: Peso, kg: Altezza, cm:

Risponda alla prima parte del questionario indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommi il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale o inferiore a 11, completi il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.

Screening

A Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)
0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo
1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo
2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo ☐

B Perdita di peso recente (<3 mesi)
0 = perdita di peso > 3 kg
1 = non sa
2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg
3 = nessuna perdita di peso ☐

C Motricità
0 = dal letto alla poltrona
1 = autonomo a domicilio
2 = esce di casa ☐

D Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?
0 = si 2 = no ☐

E Problemi neuropsicologici
0 = demenza o depressione grave
1 = demenza moderata
2 = nessun problema psicologico ☐

F Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza)² in kg/ m)
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Valutazione di screening ☐,☐
(totale parziale max.14 punti)
12-14 punti: stato nutrizionale normale
8-11 punti: a rischio di malnutrizione
0-7 punti: malnutrito
Per una valutazione più approfondita, continuare con le domande G - R

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of MNA®- Its History and Challenges.* J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: *Developing the Short- Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) *Review of the Literature – What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Per maggiori informazioni : www.mna-elderly.com

Valutazione globale

G Il paziente vive autonomamente a domicilio?
1 = si 0 = no ☐

H Prende più di 3 medicinali al giorno?
0 = si 1 = no ☐

I Presenza di decubiti, ulcere cutanee?
0 = si 1 = no ☐

J Quanti pasti completi prende al giorno?
0 = 1 pasto
1 = 2 pasti
2 = 3 pasti ☐

K Consuma?
• Almeno una volta al giorno dei prodotti lattiero-caseari? Si ☐ No ☐
• Una o due volte la settimana uova o legumi? Si ☐ No ☐
• Ogni giorno della carne, del pesce o del pollame? Si ☐ No ☐
0.0 = se 0 o 1 si
0.5 = se 2 si
1.0 = se 3 si ☐,☐

L Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?
0 = no 1 = si ☐

M Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffé, té, latte…)
0.0 = meno di 3 bicchieri
0.5 = da 3 a 5 bicchieri
1 = più di 5 bicchieri ☐,☐

N Come si nutre?
0 = necessita di assistenza
1 = autonomamente con difficoltà
2 = autonomamente senza difficoltà ☐

O Il paziente si considera ben nutrito? (ha dei problemi nutrizionali)
0 = malnutrizione grave
1 = malnutrizione moderata o non sa
2 = nessun problema nutrizionale ☐

P Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età?
0.0 = meno buono
0.5 = non sa
1 = uguale
2 = migliore ☐,☐

Q Circonferenza brachiale (CB, cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22
1.0 = CB > 22 ☐,☐

R Circonferenza del polpaccio (CP, cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 ☐

Valutazione globale (max. 16 punti) ☐☐,☐
Screening ☐,☐
Valutazione totale (max. 30 punti) ☐☐,☐

Valutazione dello stato nutrizionale

24-30 da 24 a 30 punti	☐ stato nutrizionale normale	BASSO RISCHIO NUTRIZIONALE
17-23.5 da 17 a 23,5 punti	☐ rischio di malnutrizione	MEDIO RISCHIO NUTRIZIONALE
meno 17 punti	☐ cattivo stato nutrizionale	ALTO RISCHIO NUTRIZIONALE

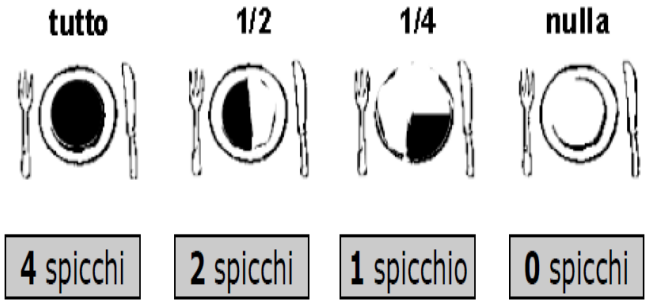
SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

GRIGLIA PORZIONI CONSUMATE GPC

Nome.....Sesso ..... Età ..... Data inizio controllo.....

		lun	mart	merc	gio	ven	sab	dom	tot
COLAZIONE	Latte o Yogurt								
	Alimenti colazione								
SPUNTINO	frutta								
PRANZO	primo								
	secondo								
	contorno								
	pane								
	frutta								
MERENDA	Latte o yogurt								
CENA	primo								
	secondo								
	contorno								
	pane								
	frutta								

Legenda (1): ogni ovale rappresenta un piatto di portata. In base alla quantità di cibo che viene mangiata, il caregiver dovrà colorare la porzione dell'alimento consumato secondo il seguente schema:



Legenda (2): Per "**primo piatto**" si intende un piatto a base prevalentemente di cereali (pasta, riso, farro, orzo...).
Per "**secondo piatto**" si intende un piatto a base di carne, pesce, uova o formaggi.
Per "**contorno**" si intende un piatto a base di verdure (crude o cotte).
Per "**alimenti colazione**" si intendono tutti gli alimenti solidi comunemente consumati durante la colazione (fette biscottate, biscotti secchi o frollini, cereali, pane...).

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

Di seguito sono riportati i valori secondo i quali il soggetto può essere considerato a **basso**, **medio** o ad **alto** rischio nutrizionale.

GRUPPO ALIMENTARE	TOTALE spicchi "consumati" in una settimana
LATTE E DERIVATI	colazione + merenda **.../56**
CEREALI E TUBERI	Colazione + pranzo + cena **.../140**
ORTAGGI E FRUTTA	Spuntino + pranzo + cena **.../140**
CARNE, PESCE E UOVA	Pranzo + cena **.../56**
LATTE E DERIVATI **Tot. spicchi di "latte e yogurt" "consumati" in una settimana**	
Più di 50 spicchi consumati (~90%)	**BASSO** rischio nutrizionale
Da 39 a 50 spicchi consumati (~70%)	**MEDIO** rischio nutrizionale
Meno di 39 spicchi consumati (<70%)	**ALTO** rischio nutrizionale
CEREALI E TUBERI **Tot. spicchi di "pane, 1° piatto e alimento prima colazione" "consumati" in una settimana**	
Più di 126 spicchi consumati (~90%)	**BASSO** rischio nutrizionale
Da 98 a 126 spicchi consumati (~70%)	**MEDIO** rischio nutrizionale
Meno di 98 spicchi consumati (<70%)	**ALTO** rischio nutrizionale
ORTAGGI E FRUTTA **Tot. spicchi di "contorno e frutta" "consumati" in una settimana**	
Più di 126 spicchi consumati (~90%)	**BASSO** rischio nutrizionale
Da 98 a 126 spicchi consumati (~70%)	**MEDIO** rischio nutrizionale
Meno di 98 spicchi consumati (<70%)	**ALTO** rischio nutrizionale
CARNE, PESCE E UOVA **Tot. spicchi di 2° piatto "consumati" in una settimana**	
Più di 50 spicchi consumati (~ 90%)	**BASSO** rischio nutrizionale
Da 39 a 50 spicchi consumati (~70%)	**MEDIO** rischio nutrizionale
Meno di 39 spicchi consumati (< 70%)	**ALTO** rischio nutrizionale

N.B. Per definire il **rischio nutrizionale globale** si considera il valore peggiore tra quelli di "latte e derivati", "cereali e tuberi", "ortaggi e frutta", "carne, pesce e uova".

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

DIFFICOLTÀ NELLA DEGLUTIZIONE (DISFAGIA)

La disfagia è la **sensazione di difficoltà o di ostruzione al passaggio del cibo** attraverso la bocca e/o la faringe e/o l'esofago. Il soggetto può avere difficoltà nella deglutizione di alimenti liquidi e bevande, ma a volte anche di alimenti solidi. In entrambi i casi può esserci una riduzione dell'introito calorico giornaliero e di conseguenza può comparire uno stato di malnutrizione.

Se il soggetto riferisce i sintomi della disfagia o se presenta tosse durante il pasto, il caregiver può verificare la capacità di deglutizione attraverso il "**EAT-10**", un test dalla semplice esecuzione che dovrà essere somministrato al soggetto seguito assegnando un certo punteggio in base alla risposta data. Qualora il **punteggio** finale del test fosse **superiore o uguale a 3**, è probabile che il soggetto sia disfagico.

In tal caso è necessario far riferimento al **medico di famiglia** per un maggiore approfondimento.

Nestlé Nutrition Institute

EAT-10: Test per il monitoraggio della capacità deglutitoria

Cognome:	**Nome:**	**Data:**
Sesso:	**Età:**	

Obiettivo:

Il test EAT-10 aiuta a misurare le sue difficoltà di deglutizione.
Può essere importante parlare con il suo medico per stabilire il trattamento adeguato ai suoi sintomi.

A. Istruzioni:

Risponda ad ogni domanda barrando il valore corrispondente all'entità del sintomo.
Consideri che: 0= nessun problema e 4= problema serio.

1) La difficoltà a deglutire mi ha causato una perdita di peso — 0 1 2 3 4
2) La difficoltà a deglutire mi rende difficile pranzare fuori casa — 0 1 2 3 4
3) Deglutire i liquidi mi risulta difficoltoso — 0 1 2 3 4
4) Deglutire cibi solidi mi risulta difficoltoso — 0 1 2 3 4
5) Ho difficoltà a deglutire i medicinali (pillole, compresse, capsule) — 0 1 2 3 4
6) Deglutire mi causa dolore — 0 1 2 3 4
7) La difficoltà a deglutire mi riduce il piacere del pasto — 0 1 2 3 4
8) Quando deglutisco, il cibo mi si ferma in gola — 0 1 2 3 4
9) Quando mangio tossisco — 0 1 2 3 4
10) Deglutire mi genera ansia — 0 1 2 3 4

B. Punteggio:

Sommi i singoli punteggi e scriva il totale nelle caselle.
Punteggio totale (massimo 40 punti) ☐☐

C. Cosa fare dopo:

Se il suo punteggio totale è pari o maggiore di 3, potrebbe avere problemi a deglutire in modo corretto e sicuro. Le consigliamo di condividere i risultati del test EAT-10 con il suo medico.

Referenze: sono state determinate la validità e l'affidabilità del questionario EAT-10.
Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliab
(EAT-10). Annals Otology Rhinology & Larynology 2008; 117(12): 919-924

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

trattamento nutrizionale

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Obiettivi del trattamento nutrizionale

1. Prevenire il **ristagno degli alimenti** nella cavità orale, nella faringe e nell'esofago
2. Prevenire il passaggio di alimenti solidi e di liquidi nelle **prime vie aeree** e nella trachea
3. Indicare pietanze che possano stimolare il **riflesso della deglutizione**
4. Fornire una **varietà** di alimenti, odori, sapori, preparazioni, …
5. Garantire l'**appetibilità** del cibo
6. Offrire alimenti ad elevata **densità** in energia e nutrienti
7. Garantire **apporti** adeguati di energia, macro e micronutrienti
8. Fornire **liquidi** in forma adeguata
9. Garantire il **bilancio idrico**
10. Favorire, se possibile, l'**autosufficienza** del paziente in relazione a modi e tempi dell'alimentazione

RISCHI

- Pericolo del passaggio di alimenti nelle prime vie respiratorie e nella trachea, fenomeno che in alcuni casi può essere del tutto silente
- Deficit nutrizionali gravi, disidratazione, malnutrizione proteico-energetica

Trattamento nutrizionale

Norme generali:

- **Far riposare** il pz prima del pasto
- Consumare i pasti in **ambiente tranquillo**
- Far assumere al pz una corretta **posizione** (tronco in posizione eretta, spalle leggermente in avanti, piedi sul pavimento)
- Eliminare le **fonti di distrazione**, non parlare durante il pasto
- Consumare **pasti piccoli e frequenti**
- Consumare il pasto a **piccoli bocconi**
- Ingerire **un tipo di alimento per volta**
- Controllare la presenza di **residui nella cavità orale**
- Controllare con regolarità i **movimenti della cartilagine tiroidea**
- **Non usare bevande per pulire la cavità orale**
- Controllare la **qualità della voce**
- Interrompere il pasto se il **pz è eccessivamente affaticato**
- Far restare il pz in **posizione eretta** almeno per 20-30 minuti dopo la fine del pasto

Allegato n. 12 **Pieghevole figurato per il paziente/familiare/caregiver**

Bettoni M*; Corneli M**; Neri R***. [326]

Denti e dentiera

La dentiera deve essere **ferma** e sempre ben **pulita**.
Usare la **pasta adesiva** e lo **spazzolino**.

Medicine

Le pastiglie **non vanno assunte intere**

ma tritate e mescolate con un cucchiaio di cibo frullato.

In cucina

La pasta, la carne, la verdura, la frutta, possono essere cotte e condite, poi messe nel frullatore o passate nel passaverdura per ottenere una crema, un omogeneizzato.

Per rendere il cibo più scivoloso possiamo aggiungere olio, maionese, besciamella,

per renderlo più denso possiamo aggiungere del pangrattato o fecola di patate.

Azienda Ospedaliera di Bologna
Policlinico S.Orsola-Malpighi

Cos'è la disfagia

La disfagia è la difficoltà nel deglutire, cioè nel far passare il cibo dalla bocca allo stomaco.

In caso di disfagia bisogna fare attenzione:

- *alla consistenza del cibo*
- *alla posizione da tenere quando si mangia*

per ridurre il **rischio che il cibo vada di traverso**, cioè che vada a finire nei polmoni anziché nello stomaco.

Posizioni corrette durante il pasto

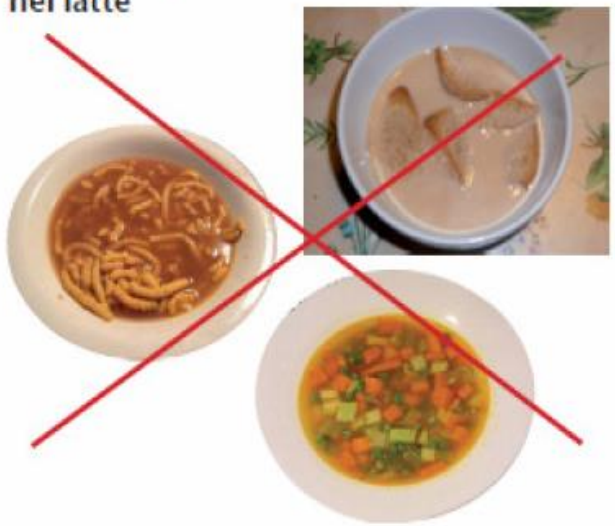
schiena e collo diritti,
testa leggermente piegata in avanti

Cibi permessi

creme, passati, budini, yogurt, biscotti tritati nel caffelatte

Cibi vietati

minestre in brodo (riso, minestrone, ecc), insalata, fagiolini, fette biscottate a pezzi nel latte



Ambiente giusto

si mangia **senza distrazioni**

Ambiente sbagliato

non si mangia guardando la televisione

Trattamento nutrizionale

Alimenti

- ***Semisolidi che formano un bolo*** (crema di semolino, soufflé, crema pasticcera, formaggi molli, insalate con maionese o altri agenti addensanti, uova, tonno, sformati di verdura, formaggi morbidi o fusi, sformati di carne omogenizzata o uova)
- ***Coesivi, voluminosi e densi*** (pane bianco ammorbidito, purea di patate, banane)
- ***Che tendono a sbriciolarsi o a separarsi*** (pane comune, riso, formaggi secchi o stagionati, carne macinata, frutta in scatola in succo o sciroppo, zuppa con verdure intere o pasta)

Bevande

- ***Fluide*** (acqua, latte, caffè, tè, cioccolata calda, succhi di frutta, brodo o zuppe liquide, bevande gassate, granite, integratori liquidi per os)
- ***A media densità*** (yogurt non cremosi, succhi di verdure non addensati, nettari di frutta non addensati)
- ***Ad elevata densità*** (frullati o zuppe cremose, zabaione, frappé, con latte o yogurt)

Trattamento nutrizionale

SCELTA DEGLI ALIMENTI E DELLE BEVANDE:

- **Densità e Consistenza**
- **Coesione**
- **Viscosità**
- **Omogeneità**
- **Adesività**
- **Dimensione dei pezzi**
- **Temperatura** (scegliere alimenti a temp + alta o + bassa di quella corporea)
- **Sapore forte** e definito come il dolce, l'aspro, ecc. per stimolare maggiormente la sensibilità orale del paziente (aromi, spezie, agenti di sapidità)
- **Appetibilità**

ALIMENTI A RISCHIO

- ***Alimenti con doppia consistenza:*** minestre, crostini, gelatine con pezzi di frutta, carne tritata con sugo di carne o brodo, frutta in scatola con il suo succo, latte con cereali

- ***Alimenti considerati solidi che diventano liquidi non appena giungono nel cavo orale:*** gelati, sorbetti, alcuni tipi di budini o particolari preparazioni di frutta

Trattamento nutrizionale

PER AUMENTARE LA QUOTA CALORICA

- aumentare le quantità abituali di alimenti consumati
- includere **ulteriori piccoli pasti** e spuntini durante la giornata
- utilizzare **integratori alimentari** in polvere da aggiungere ai cibi e integratori cremosi da assumere come tali
- aumentare l'utilizzo di:
  - **condimenti**: olio, burro, panna liquida o montata, maionese
  - **formaggio** grattugiato o cremoso da aggiungere ai cibi tradizionali
  - **uova** intere o tuorli, **zucchero, miele, marmellate, gelati**

PER AUMENTARE LA QUOTA PROTEICA

- aggiungere **carni, pesci, formaggi**, eventualmente tritati o frullati, alle minestre o come ragù
- utilizzare **uova** sotto forma di creme, budini, dolci
- utilizzare **latte** in sostituzione dell'acqua come bibita, o per preparare semolino, creme di cereali o di riso, polenta, frullati con frutta o frappé

Diete per disfagia – I livello «purea»

- ***Indicazioni***: incapacità di preparazione del bolo, riflesso della deglutizione fortemente compromesso
- ***Caratteristiche generali*:** alimenti addensati, ben amalgamati, a consistenza purea, è indicato l'uso di addensanti

GRUPPO ALIMENTI	CONSIGLIATI	SCONSIGLIATI
CEREALI e DERIVATI	Crema di grano, di riso, semolino	Pane, grissini, cracker, riso, preparati da forno
CARNI, PESCE E UOVA	Frullati, omogeneizzati, liofilizzati	Carni filamentose, uova sode, frittate
LATTE E DERIVATI	Cremosi; panna, besciamella, burro	Y con pezzi di frutta, formaggi a pasta filata
FRUTTA E VERDURA	Purea, passati, omogeneizzati	Intere o a pezzi, frutta secca o essiccata
LEGUMI	Passati (senza buccia)	Interi
GRASSI	Olio, burro e panna	
DOLCI	Creme, budini, frappé	Caramelle dure e gomme

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Diete per disfagia – II livello «morbida»

- ***Indicazioni***: difficoltà relativa nella preparazione orale del bolo e disturbi minori della deglutizione
- ***Caratteristiche generali*:** alimenti morbidi a piccoli pezzi, non frullati

GRUPPO ALIMENTI	CONSIGLIATI	SCONSIGLIATI
CEREALI e DERIVATI	Pasta di piccolo formato, pane ammorbidito	Riso, cereali croccanti, cracker, grissini
CARNI, PESCE E UOVA	Ben cotte, rese tenere con sughi; frittata, strapazzate	Carni filamentose
LATTE E DERIVATI	F. freschi; panna, besciamella, burro	Y con pezzi di frutta, formaggi a pasta filata
FRUTTA E VERDURA	V. ben cotte; F. fresca, cotta/passata; succhi	Verdure filamentose, frutta secca, essiccata o cruda
LEGUMI	Passati (senza buccia)	Interi
GRASSI	Olio, burro e panna	
DOLCI	Creme, budini, frappé	Caramelle dure e gomme

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Diete per disfagia – III livello «semisolida»

- ***Indicazioni:*** difficoltà relativa nella masticazione e deglutizione, stenosi faringee ed esofagee che permettono comunque la deglutizione di alimenti sia solidi che liquidi
- ***Caratteristiche generali:*** alimenti morbidi a piccoli pezzi o tritati, non frullati

GRUPPO ALIMENTI	CONSIGLIATI	SCONSIGLIATI
CEREALI e DERIVATI	Pasta, riso,cereali da latte, pane morbido	Preparati molto croccanti
CARNI, PESCE E UOVA	Ben cotte, tritate; frittate, uova sode	Carni filamentose
LATTE E DERIVATI	Tutti	
FRUTTA E VERDURA	Verdure ben cotte; Frutta tutta	Verdure filamentose
LEGUMI	Passati (senza buccia)	Interi
GRASSI	Olio, burro e panna	
DOLCI	Creme, budini, frappé, torte morbide	Caramelle dure e gomme

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

Gli Addensanti

Utilizzati per aumentare la coesione della matrice alimentare, diminuire l'adesività, rendere solide anche le bevande

Addensante "ideale" dovrebbe :

- Avere un costo contenuto
- Essere privo di odore e sapore
- Essere utilizzabile per tutti i tipi di alimenti, a caldo e a freddo

Prodotti disponibili in commercio per altri fini o preparati industriali specificamente ideati

- Amido di grano modificato e polisaccaridi
- Maltodestrine
- Fiocchi di patate disidratati
- Gelatina (non aromatizzata)
- Budini a preparazione istantanea
- Alimenti e cereali disidratati per lattanti

Inconvenienti

- Possono aumentare il volume dell'alimento e ne possono ridurre la densità energetica
- Possono aggiungere carboidrati alla dieta
- Reagiscono in modo differente a seconda dei cibi a cui vengono aggiunti modificandone l'accettabilità
- Possono modificare la biodisponibilità di alcuni nutrienti

Dysphagia (2016) 31:232–249
DOI 10.1007/s00455-016-9696-8

EDITORIAL

Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD)

Roger Newman[1,5] · Natàlia Vilardell[2,5] · Pere Clavé[1,2,3,5] · Renée Speyer[1,4,5]

Increasing bolus viscosity

(a) results in **increased safety of swallowing**

(b) also results in **increased amounts of oral and/or pharyngeal residue** which may result in postswallow airway invasion

(c) **impacts the physiology** with increased lingual pressure patterns, no major changes in impaired airway protection mechanisms, and controversial effects on oral and pharyngeal transit time, hyoid displacements, onset of upper oesophageal sphincter opening and bolus velocity

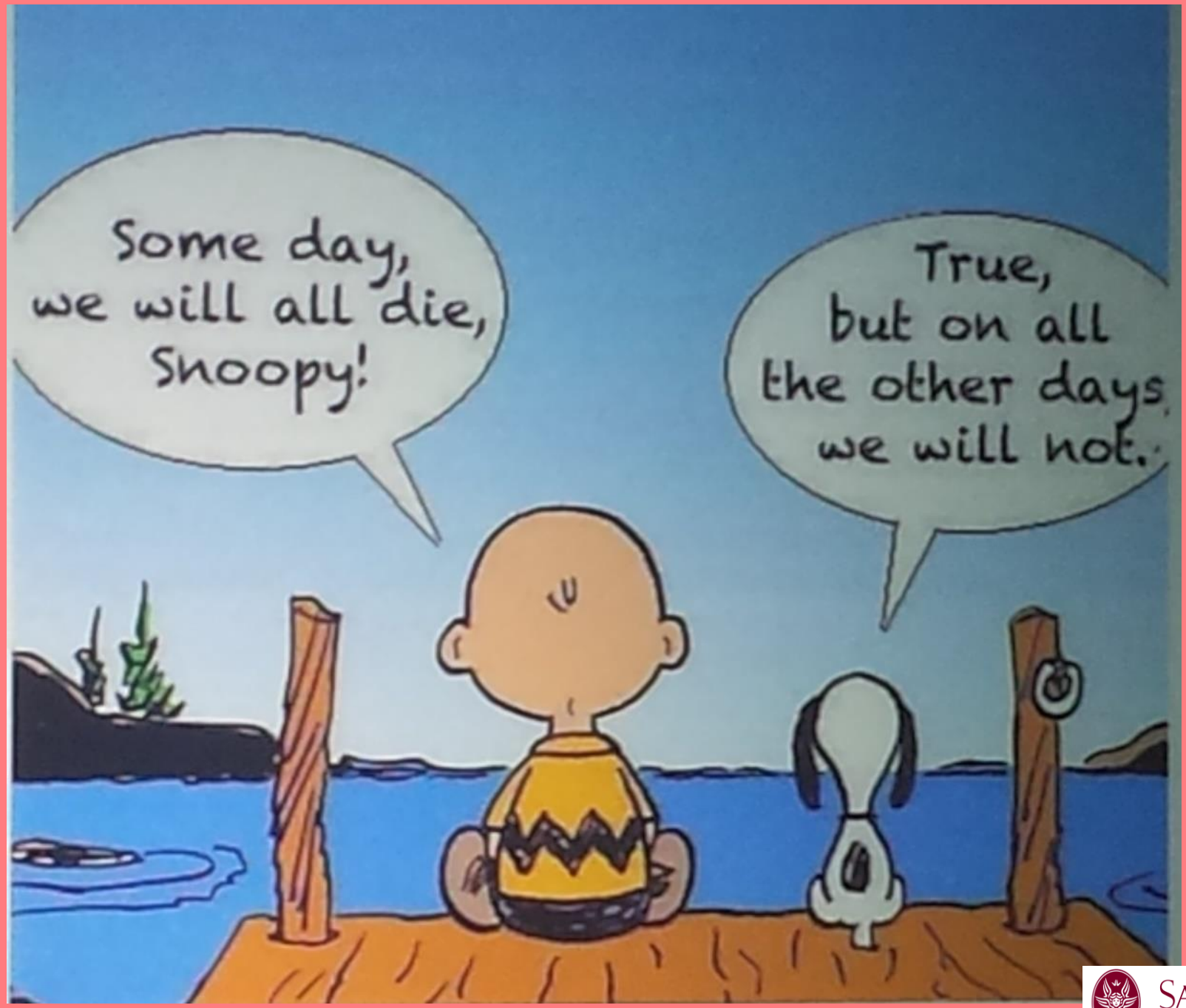
(d) **reduces palatability** of thickened fluids

(e) correlates with increased **risk of dehydration** and decreased quality of life although the severity of dysphagia may be an confounding factor

The **European Society for Swallowing Disorders** concludes that there is evidence for increasing viscosity to reduce the risk of airway invasion and that it is a valid management strategy for oropharyngeal dysphagia.

However, new thickening agents should be developed to avoid the negative effects of increasing viscosity on residue, palatability, and treatment compliance.

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA