



Giornate Catanesi di Nutrizione Clinica

10|11 Maggio 2019

«LA NUTRIZIONE E LA MALATTIA»

La Disfagia da zero a cento anni

Relatore Dott.ssa Logopedista

La Mantia Antonia

I DISORDINI DELLA DEGLUTIZIONE

hai mai pensato di chiedere al
Logopedista?



La valutazione e la conoscenza delle varie fasi della deglutizione nella sua fenomenologia normale e patologica, devono essere parte integrante del bagaglio di tutti gli operatori del settore.

- La logopedista, ai fini operativi-riabilitativi, deve riconoscere una deglutizione normale o anomala e le tecniche terapeutiche essenziali per la Valutazione - la Gestione e la Riabilitazione del persona affetta da deficit nella deglutizione
- l'obiettivo primario rimane quello di accompagnare il paziente ad acquisire una deglutizione funzionale per OS quando e se possibile attraverso adeguate strategie con esercizi mirati al quadrivio ORO-Bucco Linguale-faringeo-laringeo
- Esercizi vocali associati a Posture faciliitanti e Manovre nonché le modalità di somministrazione e modificazione degli alimenti
- La Gestione da parte da parte del logopedista deve focalizzare la complessità dei deficit del distretto deputato all'atto deglutitorio con la scelta di eventuale alimentazione alternativa a quella per OS

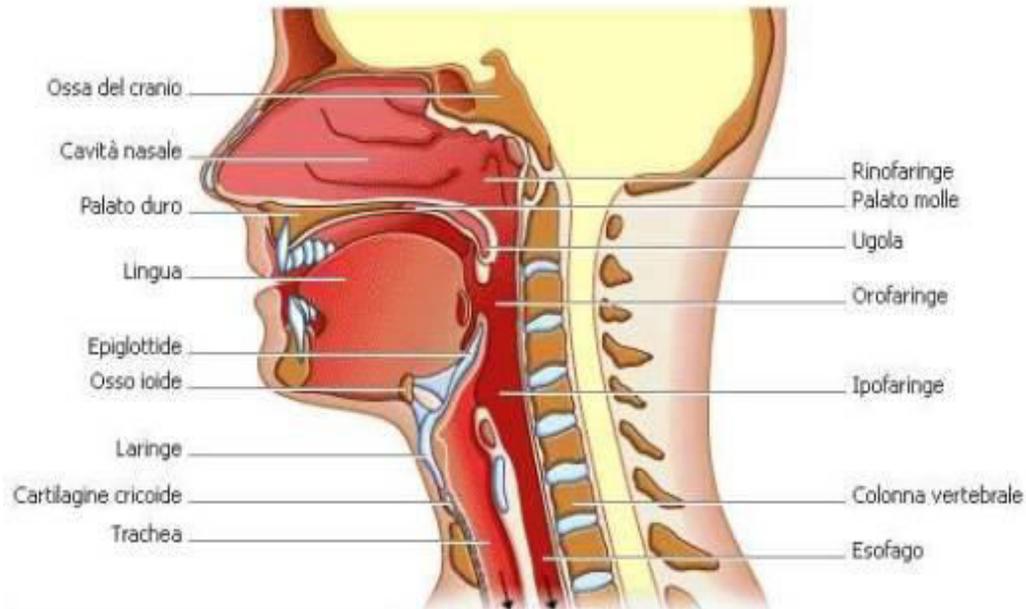
IL programma di gestione della Disfagia deve considerare l'età della persona, la prestazionalità generale e l'attuale livello di capacità deglutitoria presente al momento della presa in carico (valutazione test -esami strumentali..)

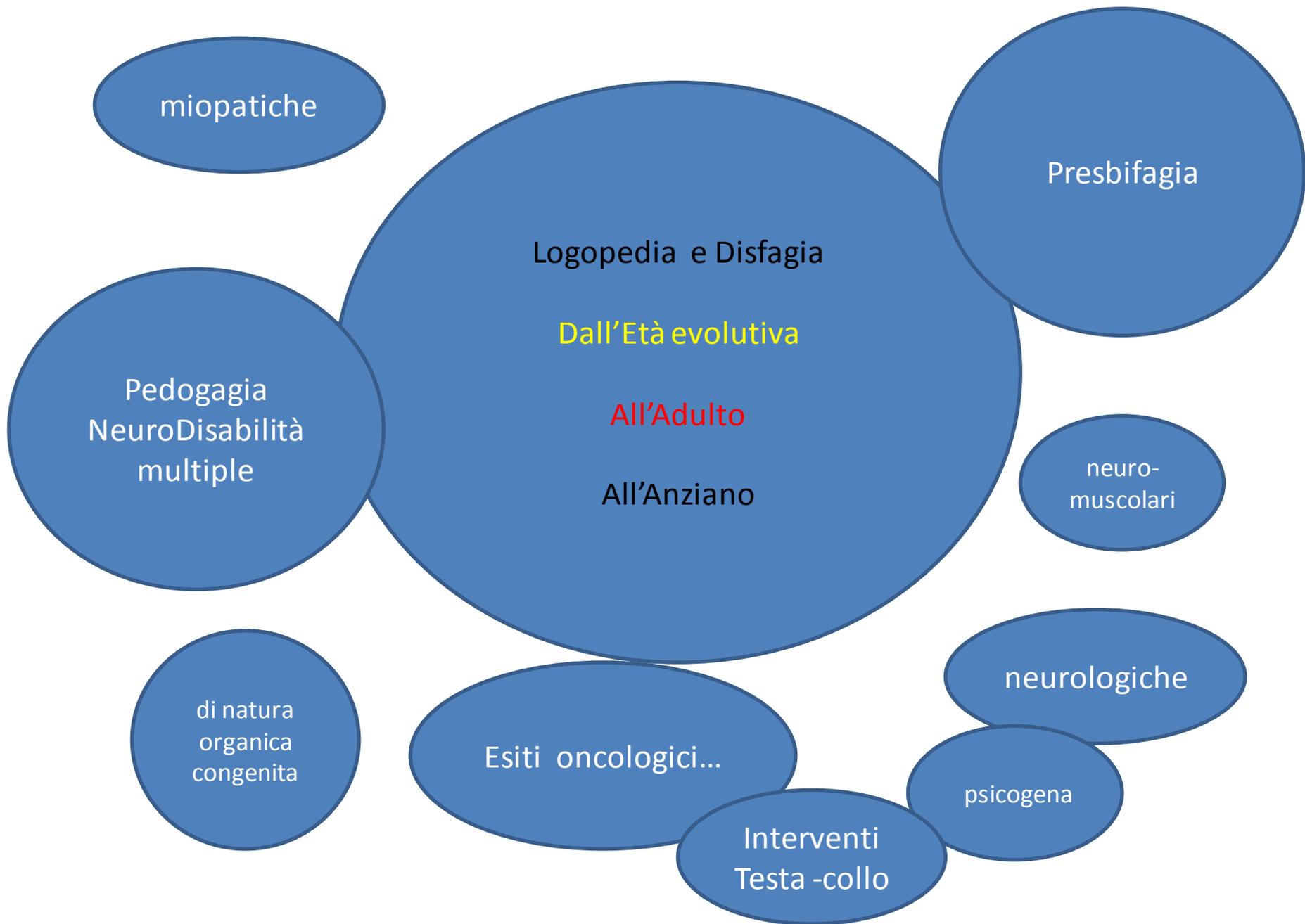
- Pianificare un progetto individuale specifico e mirato
- Informare e formare il caregiver ad affrontare quotidianamente le difficoltà della persona malata
- Effettuare continui monitoraggi del paziente , del suo stato nutrizionale e delle funzioni oro-faringo-laringee deputate alla deglutizione
- Nella Gestione , la logopedista, dovrà confrontarsi sempre sulla base di una operatività condivisa con il team multidisciplinare.

La deglutizione, è un atto neuromotorio che si svolge nel
"condominio aero-digestivo" articolato in una
coordinata sequenza di eventi l'un l'altro
subentranti, interdipendenti e parzialmente
sovrapposti

richiede l'integrità dell'apparato oro-faringo-laringeo e lo sviluppo
di abilità motorie orali

il disturbo può colpire Da 0 mesi a 100 anni





La logopedista deve aver conoscenza della fase in cui viene identificato il disturbo ed il punto in cui questo si verifica

- Lo schema è solo orientativo poiché talvolta si può verificare che il sintomo disfagia interessi più fasi contemporaneamente



PRINCIPALI SEGNI DI DISFAGIA

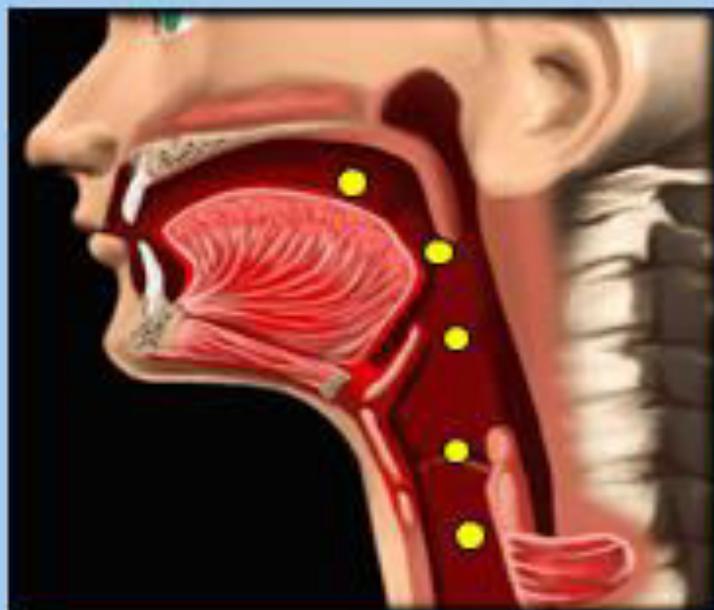
- ✓ Soffocamento
- ✓ Ristagno di cibo
- ✓ Rigurgito esofago-faringeo
- ✓ Tosse
- ✓ Voce gorgogliante
- ✓ Perdita di cibo o liquidi dal cavo orale
- ✓ Rialzo febbrile (37° - 38°) costante
- ✓ Penetrazione / Aspirazione di cibo o secrezioni



Conseguenze della disfagia nella persona

- **Incapacità a proteggere le vie aeree (soffocamento, infezioni polmonari)**
- **Malnutrizione**
- **Disidratazione**
- **Ansia**
- **Solitudine**
- **Ulteriore scadimento della qualità di vita**

ASPIRAZIONE

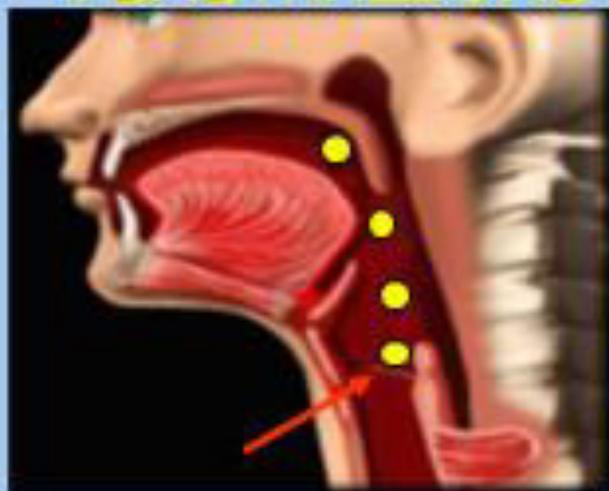


**PASSAGGIO DI
BOLO NELLE VIE
RESPIRATORIE**



ASPIRAZIONE SILENTE

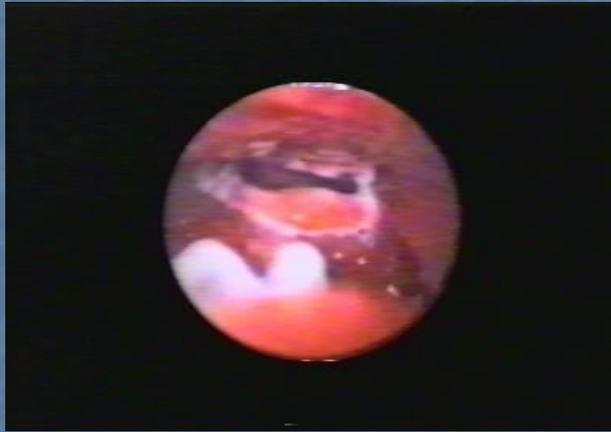
PENETRAZIONE



**INGRESSO DI BOLO NEL
VESTIBOLO LARINGEO
SENZA PROGRESSIONE
NELLE VIE AEREE**

DISFAGIA: complicanze

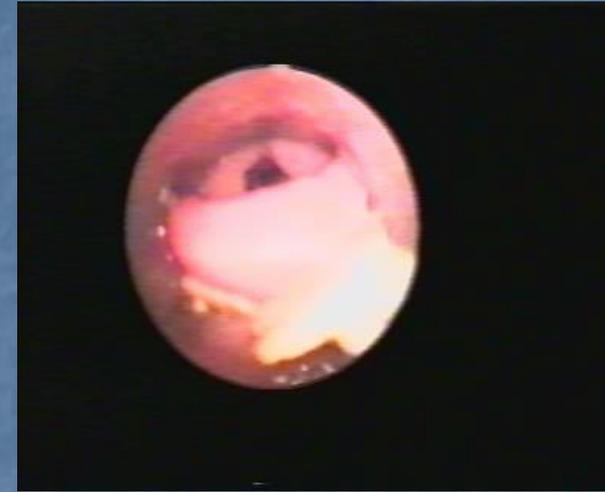
**Aspirazione = Polmonite
ab Ingestis**



**Pre-
deglutitoria**



**Intra-
deglutitoria**



**Post-
deglutitoria**

Valutazione:

Logopedia

Interdisciplinarietà

Diagnostico-
strumentale



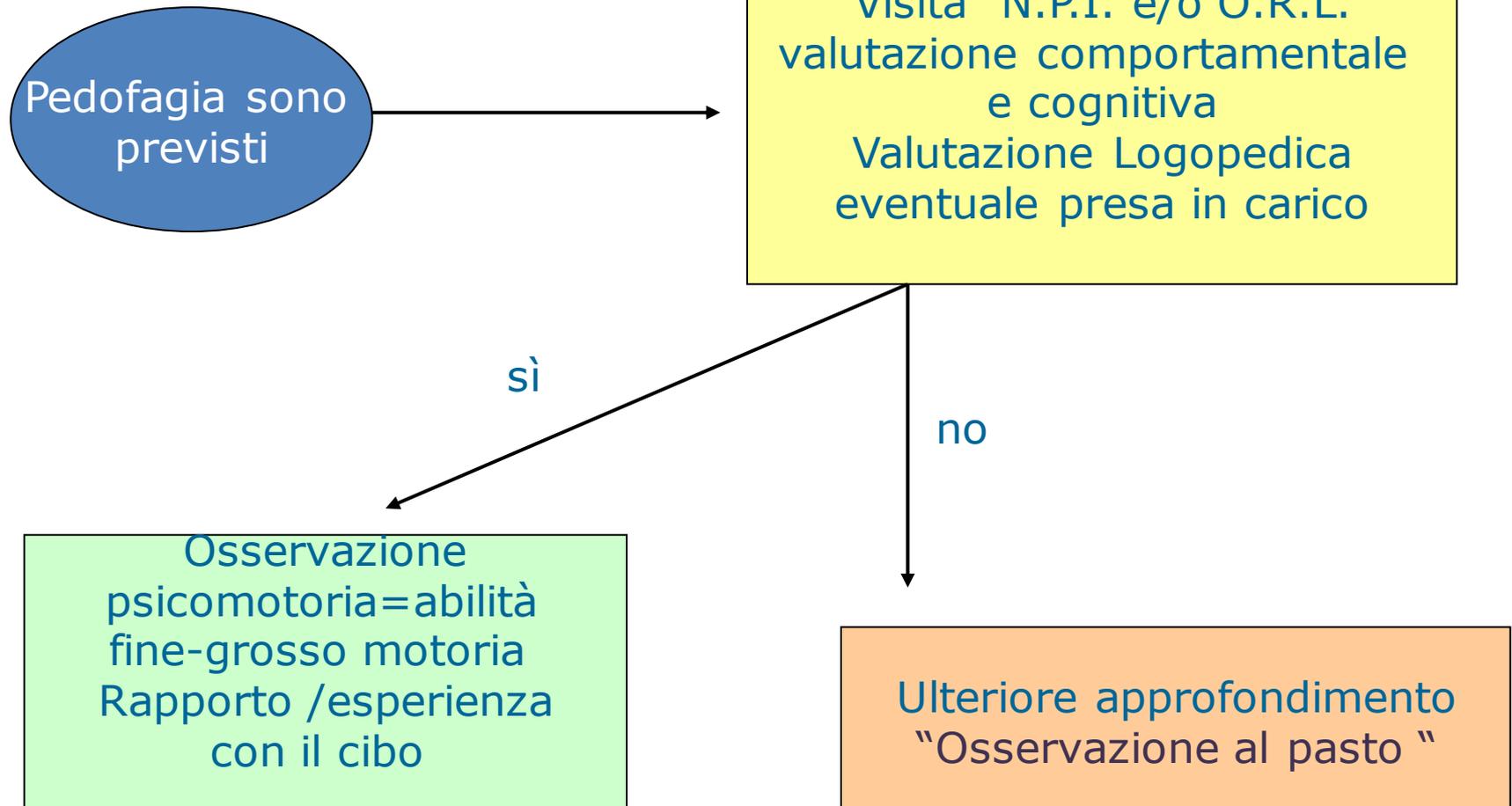
Eseguita dal medico
foniatria /ORL, il quale
valuterà la presenza o meno
dei segni tipici della disfagia
pediatrica o adulta
Alcuni segni sono valutati
ed accertati per mezzo di
indagini Stumentali, quali:

-Fibrolaringoscopia o FEES
- Videofluoroscopia
-

Il logopedista, raccoglierà tutte le informazioni utili per pianificare il trattamento logopedico:

- Anamnesi
- Iter alimentare
- Osservazione al pasto:
- Valutazione morfologica del quadrivio o.b.l.f. e potenziali fattori di rischio
- Valutazione statica e dinamica degli organi deglutitori
- Ed eventuale prove di deglutizione
- Protocollo SOMA pediatrico
- Protocollo Travalca –Cupillo/ Logeman/ Burke
- Bedside Swallowing assessment scale Test con liquido semiliquido- semi-solido
- Water Swallow Test o test di Smithard con due varianti
- WST con pulsossimetro il cui reperto patologico è la caduta di saturazione ossigeno del 2% dopo deglutizione di 10 ml acqua o liquido
- WST sensibilizzato con auscultazione
- Gugging Swallowing Screen(GUSS) clinico

*



INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO

Quale via di alimentazione

Normale

Sondino naso-gastrico (SNG)

Gastrostomia (PEG)

Quali alimenti

(uso di addensanti etc.)

Quale programma riabilitativo



PEDOFAGIA

La Logopedia in Età Evolutiva

- Abilitare o Riabilitare

L'Azione del logopedista nelle 3 fasce d'età

- Corrispondenti a caratteristiche ed esigenze Abilitative/riabilitative diverse

- **1** fascia rivolta alla Abilitazione nel periodo neonatale (0 - 3 mesi)
- **2** fascia Periodo Infanzia o svezzamento(6 m- 36m)
- **3** fascia Periodo adolescenza (6 anni – 12 anni)

- Nella prima fascia d'età periodo Neonatale emergono sempre più frequenti i disturbi della Suzione –deglutizione
- (prematurità- asfissia- complicanze al parto-)

★ Nella seconda fascia in presenza di quadri patologici (evento ischemico o Sindromi) le PCI o pregressi interventi chirurgici (Atresia esofagea)

il disordine della deglutizione si presenta come incoordinazione prassica « clumsiness » il cui risultato

- In termini logopedici è quasi sempre una incoordinazione durante lo svezzamento e nella procedura masticatoria
- Alla disfagia si associano disturbi della comunicazione
- Ad essere colpita è generalmente la fase Orale, parliamo più precisamente di *disfagia orale*

Nella terza fascia in genere si collocano bambini con- Disturbi da mancata esperienza alimentare- Presenza di abitudini viziate: Biberon-ciuccio- procedura alimentare scorretta

La figura del Logopedista
Reparto
U.T.I.N

La precocità della presa in carico LOGOPEDICA presso il servizio U.T.I.N è importante perché già dalle prime Valutazioni Neurologiche e Riabilitative logopediche SI PUÒ EVINCERE un deficit delle Funzioni VEGETATIVO-VISCERALI

la riabilitazione Logopedica in collaborazione interdisciplinare mira ad individuare precocemente le difficoltà deglutitorie ridurre e contenere i danni futuri

le funzioni primarie e vitali

I bambini Prematuri/ Immaturi ...

presentano

deficit di coordinazione dei movimenti e dei riflessi in generale
si evince la permanenza di un modello motorio scorretto della
lingua

di tipo **IN-OUT**

in assenza dei movimenti linguali corretti di **UP-DOWN**
cioè movimenti ritmici antero posteriori che gli consentirebbero
la suzione ai fini nutritivi cioè “Protratta e valida”

**Il Suckling o riflesso di suzione presenta delle difficoltà di
coordinazione**

Tale deficit indurrebbe ad una scelta alimentare per Gavage in assenza di
suzione riducendo e/o annullando quel riflesso già fisiologicamente presente
nel grembo materno

Osservazione specifica logopedica nella 1° fascia

Osservare: la SUZIONE durante l'Alimentazione Spontanea

Suzione=protratta non protratta

Suggello labiale alla tettarella/seno: debole – norm.

Ritmo = Respirazione-Suzione-Deglutizione

Qualità della suzione = n° atti protratti di suzione

Efficacia/Efficienza = Quantità liquido ingerito (latte)

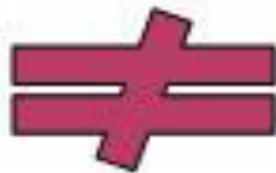
Rapporto=Tempo di alimentazione

Quantità ingerita

Indici di rischio: Tosse/Rigurgito/Affaticabilità

Pianto gorgogliante durante o dopo la suzione del latte

I bambini alimentati in modo alternativo mancano della ricchezza di informazioni sensoriali che fisiologicamente si presentano a livello della bocca a quell'età



La prevalenza della disfagia nella 2° fascia
è molto elevata
comporta delle complicanze cliniche
Nutrizionali – Respiratorie- Qualità di vita



**Il bambino con PCI
rientra all'interno di
Quadri disfunzionali
con età variabile dai
18/36 mesi**

Disfagia

Extraorale

Orale

Faringea

Oro-faringea

Oro-faringo-laringea

Esofagea

Gastrica

La Logopedista valuterà in team
Lo stato nutrizionale e la disidratazione
Rischio di soffocamento e aspirazione
=polmonite ab ingestis
Proporrà un Counselling ai genitori e
caregivers migliorando la qualità della
loro vita e quella del paziente
Rivalutazione e monitoraggio ad
intervalli regolari

* Nella fascia 3 viene collocato il bambino in fase di svezzamento dai 24 mesi ai 36 /48 mesi e più

I disordini della deglutizione si possono riscontrare in numerosi quadri non necessariamente patologici

come da alterato o mancato sviluppo delle funzioni buccali ed abilità masticatorie e deglutitorie

Al sintomo spesso si associano

Disturbi gastrointestinali

Disturbi comportamentali

Disturbi da mancata esperienza alimentare

Presenza di abitudini viziate: Biberon-ciuccio

Contesti familiari con abitudini alimentari non

Idonee.



ITER TERAPEUTICO

AREA GENERALE
Interdisciplinarieta'
Operatori Sanitari

AREA SPECIFICA
OSSERVAZIONE CLINICA
ESAMI STRUMENTALI

OBIETTIVO TERAPEUTICO = Respirazione-Suzione-
Deglutizione **FUNZIONALE**

La presa in carico precoce

REPARTO UTIN o ambulatorio

Specifica
Valutazione logopedica
TEST SOMA

TERAPIA LOGOPEDICA

Tecniche logopediche di

Facilitazione neuromuscolare
assisterà il bambino per un
periodo variabile in reparto
(UTIN) fino al raggiungimento
del Suckling

Ambulatorialmente per una
Corretta introduzione di
alimenti svezzamento alla
masticazione senza rischio di
Aspirazione

**IL LOGOPEDISTA
valuterà
Sintomatologia**

In relazione a:

**Fascia 2 o 3
Svezzamento?**

**Precocità
nel
riconoscere
individuare
la causa**

**Gravità
Pedofagia/Disfagia
Lieve/Medio/Grave**

**Valutazione specifica
del Quadrivio Oro-
faringeo
Valutazione-
deglutizione al Pasto**

Valutazione della modalità nutritiva attuale
(Gavage-P.E.G.—S.N.G.- S.N.D.)

Valutazione dei Riflessi

Rooting

Suzione

Vomito

Svezzamento

Masticazione

Valutazione della Respirazione

Presenza della voce e/o del pianto e sue
caratteristiche

Gorgogliante /Flebile/Stridula)

Valutazione Quali/Quantitativa delle
deglutizioni spontanee

Valutazione presenza /assenza di
scialorrea gestione delle secrezioni

Valutare le Funzioni del QUADRIVIO

Esame statico e Dinamico

- 
- viso
 - lingua
 - labbra
 - Palato
 - respirazione
 - deglutizione



Morfologia
Movimenti
Sensibilità
Tonicità
Forza
Escursione
Simmetria
Asimmetria
**Tempi di
deglutizione**

Osservazione al Pasto

Valutazione del logopedista



- ✓ inadeguata postura di capo e tronco;
- ✓ Presenza del riflesso del vomito
- ✓ mancato contenimento del cibo in bocca;
- ✓ scialorrea;
- ✓ prassie bucco-linguo-facciali molto alterate (QUANDO POSSIBILE)
- ✓ deglutizioni spontanee rallentate e faticose;
- ✓ segni di penetrazione pre- ed intra-deglutitoria.

Ripetuti tentativi di propulsione e/o protrusione della lingua
Assenza di masticazione
Malnutrizione e Disidratazione

Trattamento LOGOPEDICO

**Il piano riabilitativo
consta dei seguenti
fattori:**



IL Percorso Riabilitativo Logopedico

Programma A.P.A.A.

Abilitazione Progressiva Assistita Alimentare
si articolerà

Percorso “Olistico”

TERAPIA INDIRETTA  Training di Stimolazioni
Multisensoriali

Training del Quadrivio Oro-Bucco –Linguale
Training Alimentare Progressivo

Strategie di alimentazione e/o stimolo alla suzione

TERAPIA DIRETTA  Disponibilità di ausili e presidi adatti

- Posture idonee del bambino durante l'allattamento
- Comportamenti di interazione positiva

COUNSELLING  Informazione/Formazione per assistere i
caregivers

AREA Logopedica Aspecifica/ SPECIFICA

- Metodiche di compenso
- Tecniche rieducative
- Provvedimenti adattivi



- Posture di compenso
- Precauzioni comportamentali



- Artifizi dietetici
- Adozione di ausili speciali per l'alimentazione
- Adeguato posizionamento del cibo nell'abitoacolo orale
- Counseling rivolto a parenti e

Caregivers.



Stimolazione senso-percettiva generale e distretto oro-buccale
Stimolazione alla masticazione attraverso specifici ausili NUBY
forme varie di spazzolini di silicone senza fini nutritivi



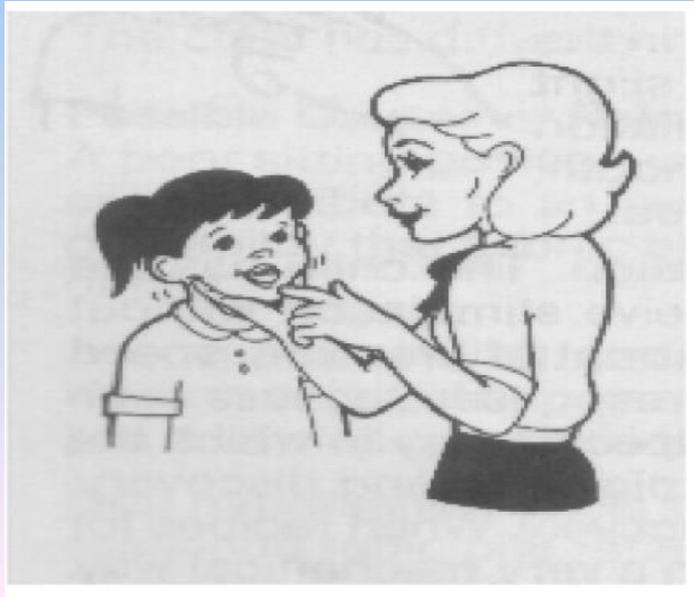
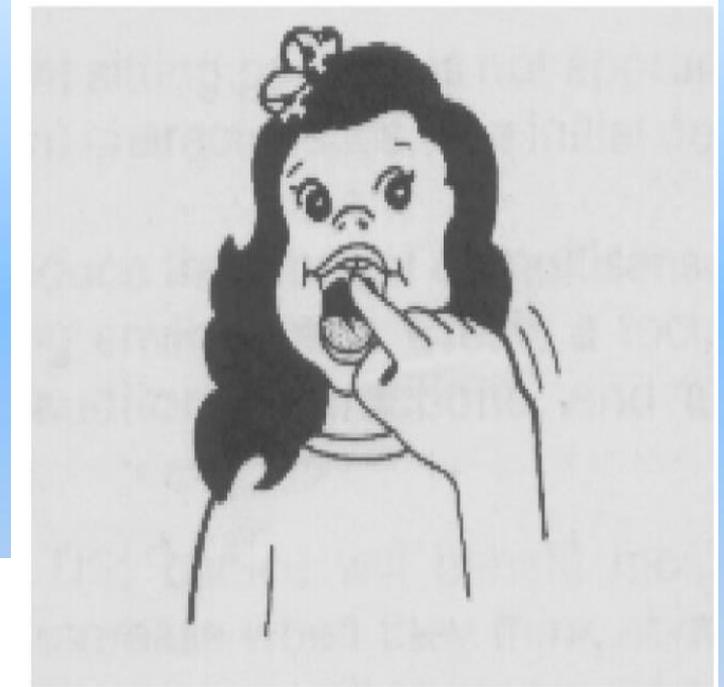
Trattamento indiretto

Stimolazione delle funzioni viscerali

- **Normalizzazione della sensibilità**
- **Esercizi per sviluppare le abilità practognosiche e**
- **practoesecutive**
- **Attivazione senso percettiva**
- **Stimolazioni termiche, tattili e vibratorie**
- **Stimolazioni non nutritive e nutritive**
- **Esercizi attivi per i movimenti orali-bucco-linguali**
- **Training masticatorio**



Attivazione senso-percettiva

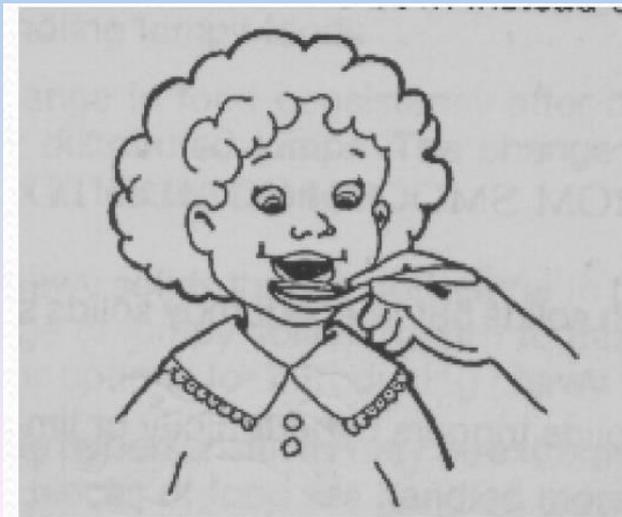


«PERCORSO ESPERIENZA »



Il bambino sviluppa la fase anticipatoria preparandosi con il corpo e la testa ad accogliere il boccone e dal cosiddetto suckling si passa al sucking con la creazione di una pressione endorale negativa.

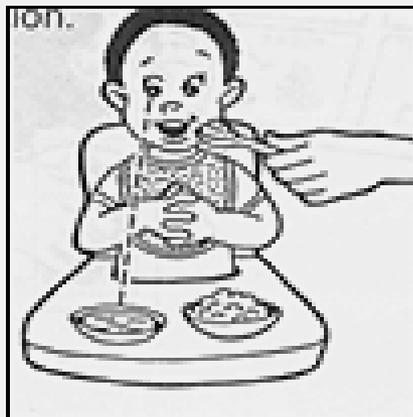
Attenzione alle porzioni proposte esse devono essere Ridotte prima Odate e Percepite dopo Gustate Per ultimo mangiate



Trattamento Diretto

Norme dietetico-comportamentali e relazionali

- Impostare la corretta postura, tale da assicurare l'allineamento capo-tronco-bacino, cercando di far aderire il più possibile la zona lombo-sacrale al sistema posturale.
- Uso di ausili di alimentazione
- Modifica della consistenza degli alimenti.



*Counseling genitoriale

Spiegare ai genitori il disturbo invitandoli se la situazione lo richiede a ridurre o eliminare i fattori che influenzano negativamente il momento alimentare, proporre progressivamente gli alimenti a consistenza varia

Video da commentare insieme

Fare gli esercizi a casa :come proporli



- Collaborazione dei genitori
- Durata del trattamento

MODIFICAZIONI DELLE CARATTERISTICHE DEL BOLO

MODIFICAZIONE DEL COLORE

MODIFICAZIONE DEL SAPORE

MODIFICAZIONE DELLA APPETIBILITA'



La Disfagia nell'Adulto

La disabilità deglutitoria o turba della deglutizione nella persona adulta e/o anziana si fa riferimento a qualsiasi disfunzione deglutitoria obiettivamente rilevabile direttamente oppure indirettamente per le sue conseguenze

Tale sintomo si presenta isolato o associato a diversi quadri patologici



Nel paziente neurologico Adulto post

La disfagia

Stroke....

- si presenta come difficoltà deglutitoria dovuta ad un indebolimento progressivo della muscolatura
 - Labiale- masticatoria- faringea – laringea(oro-faringo-laringea
 - Il coinvolgimento motorio dell'emilato dx potrebbe interessare la fase faringea
- il coinvolgimento motorio dell'emilato sn la fase orale
- La disfagia per i liquidi compare prima di quella per i solidi
 - **presente per incoordinazione del vocal-tract**

- **Sintomi associati**

- **La disfonia**

- dovuta alla perdita del tono muscolare a livello laringeo e conseguente ipoventilazione
- disfonia da Ipomotilità cordale o da paresi della corda vocale corrispondente al lato colpito da emiplegia

- **la disartria**

- si traduce in difficoltà articolatoria dovuta alla paralisi della muscolatura glosso- faringea e laringea

- **Compromissione nella masticazione**
compromissione nell'eloquio

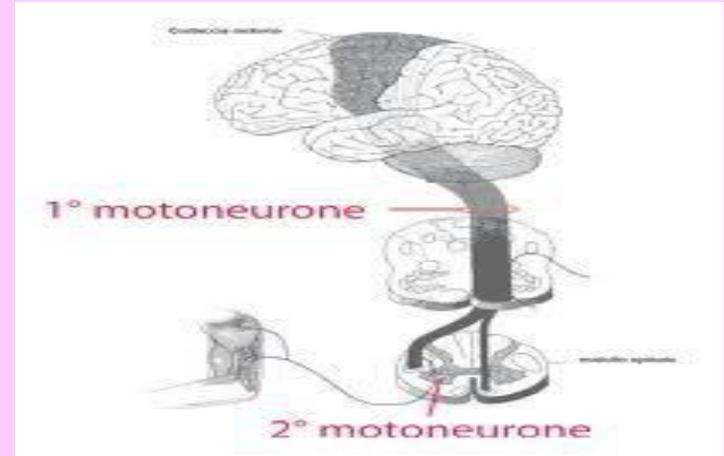
-
-

- L'evento Cerebro-Vascolare
- Desincronizza la fase respiratoria
- il paziente sovente inizia l'atto respiratorio durante la discesa del bolo in faringe favorendo
 - inalazione laringo-tracheale
- Queste condizioni possono dar luogo a:
 - Penetrazione pre-deglutitoria
 - Aspirazione Pre-Intra-Post –deglutitoria
 - Aspirazione silente
-

La disfagia nel paziente con SLA

Nella forma bulbare vengono colpiti i muscoli interessati e responsabili della:

- Fonazione
- Respirazione
- Deglutizione
- con notevoli difficoltà per il paziente nel
- Masticare- Ingoiare –Parlare
- Linguaggio disarticolato
- con evidenti fascicolazione della lingua



Il decorso bulbare è progressivo per il coinvolgimento dei motoneuroni del tronco andando a ripercuotersi sull'innervazione della muscolatura volontaria faciale- linguale e Faringo- laringea

Inizialmente la sensibilità non viene coinvolta

- questo spiega il moderato conservarsi del Riflesso deglutitorio a fronte del deterioramento del processo dell'innescò fase faringea
- voce soffiata con difficoltà nel tossire per espellere le secrezioni bronchiali, indica che i muscoli respiratori stanno perdendo la loro forza

- La compromissione dei muscoli respiratori per l'indebolimento generale dei muscoli preposti alla funzione respiratoria **riduce l'efficacia della tosse aumentando il rischio di polmoniti da aspirazione** :
- “Polmoniti ab ingestis”
- Molto spesso i primi segni di insufficienza respiratoria (incapacità di inspirare ed espirare) passano inosservati perché il processo è lento ed è di difficile individuazione.
-
- Tale causa può trovare terreno fertile per contribuire all'insorgere della **Disfonia**
- **Il Protocollo per pazienti con SLA diagnosticata**
- **Pianifica ed indica la nutrizione alternativa con PEG**
-



Valutazione Neurologica in Equipe attenzionando i deficit motori del soggetto

Esami strumentali

TAC/RMN

foniatra /ORL, il quale valuterà la presenza o meno dei segni tipici della disfagia

Indagini Stumentali

-Fibrolaringoscopia o

FEES

- Videofluoroscopia

Valutazione:



Il logopedista, raccoglierà tutte le informazioni utili per pianificare il trattamento logopedico:

- **Anamnesi**
- **Iter alimentare**
- **Osservazione al pasto:**
- **Valutazione morfologica del quadrivio o.b.l.f. e potenziali fattori di rischio**
- **Valutazione statica e dinamica degli organi deglutitori**
- **Ed eventuale prove di deglutizione**
- **Bedside Swallowing assessment scale**
- **con liquido- semiliquido- semi-solido-solido**

Il protocollo da: Scheda di valutazione

Foniatrica-Logopedica del Pz.disfagico adulto

Dott.ssa B. Travalca- Cupillo

Bedside Swallowing Assessment Scale

Test di Burke(STROKE)

TEST di Logemann

Valutazione Breve con M.M.S.E

Mini Mental State Examination

Compilazione della Scala Doss

Diphagia outcome and severity Scale

Valutazione logopedica
paziente con Stroke

Valutazione della modalità

Nutritiva per O.S o alternativa di liquidi/
semi liqu.solidi

Respirazione fisiologica
Apicale/toracica/
diaframmatica/mista

ATTENZIONE agli INDICATORI DI RISCHIO

Ossigeno terapia

Presenza della voce e/o del pianto e sue
caratteristiche(gorgogliante-velata-rauca)

Presenza di cannula

Valutazione Quali/Quantitativa delle deglutizioni
spontanee di saliva

Fenestrata-o Cuffiata

Valutazione presenza /assenza di scialorrea /
gestione delle secrezioni

Valutazione tosse e manovra di raclage

Intervento logopedico

La figura del logopedista nella Riabilitazione dell'adulto neurologico si inserisce nel contesto dell'Equipè Multidisciplinare Sulla base di riscontri diagnostici e strumentali

- La Logopedista Valuta e Pianifica il progetto terapeutico partecipa alle decisioni riguardanti l'adozione delle vie alimentari integrative-alternative
- La pianificazione del progetto **logopedico procede per step** :
 - 1) **Contrastare la debolezza muscolare del distretto faciale e faringo-laringeo**
 - 2) **protocollo di esercizi attivi e passivi esercizi per la respirazione e l'articolazione**
 - 2) **Training alimentare**
 -
 - 3) **Adozione di strategie di compenso posturale**
 - 4) **Strategie comportamentali**
 - 5) **Utilizzo di artifizi dietetici (concordare con il dietista-nutrizionista)**
 - 6) **Modificatori di consistenza ed integratori alimentari proteico-calorici**
 - 7) **monitorare i sintomi disfagici**
 - **l'evolversi della malattia**

La valutazione procede attraverso dei protocolli

- **Obiettivo della Riabilitazione Logopedica nell'adulto neurologico**

Il raggiungimento della deglutizione funzionale

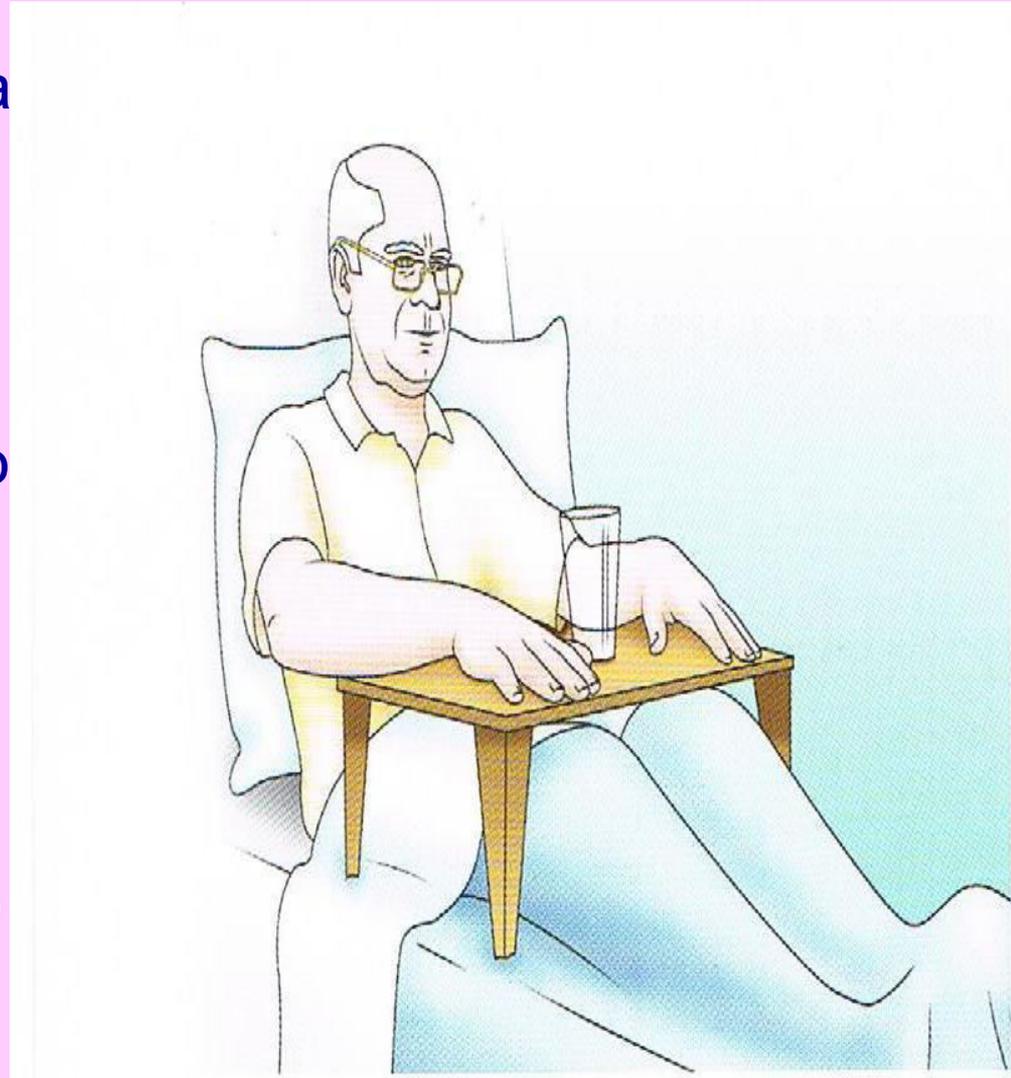
- **Quando possibile**
- L'obiettivo richiede l'impostazione di strategie e comportamenti Tali che possano permettere il raggiungimento di una alimentazione per OS

Conditio sine qua non a proseguire il training logopedico

- Vigilanza
- Orientamento nel tempo e nello spazio
- Memoria
- Capacità di realizzare una sequenza di gesti
- Capacità di concentrazione per tempi lunghi
- Sensibilità e capacità stereognosiche e practognosiche riconoscere la presenza dei cibi in bocca
- Presenza di tosse
- **Nessun affaticamento alla masticazione**
- **trasporto orale del bolo senza difficoltà**
-

paziente a letto....

- E' urgente adottare la posizione seduta con la spalliera del letto sollevata a 80/ 90° per portare l'anca ad angolo retto
- Se il letto non possiede la spalliera si posizionano dei cuscini a sostegno del busto con il controllo del capo leggermente flesso in avanti
- Gli avambracci del paziente appoggiati su una tavola rimovibile
- Si può arrotolare un cuscino sotto le ginocchia
- Un ulteriore cuscino verrà posizionato fra la spalliera terminale del letto ed i piedi



**Protocollo logopedico per la Disfagia sono gli esercizi che mirano a
Mantenere quelle Abilità strettamente collegate alla preparazione del bolo
e alla rimozione dei residui dal cavo orale
tra i principali:**

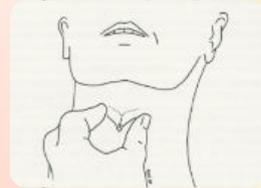
- **esercizi di stretching passivo**
- della muscolatura Oro-Bucco-Linguale
- **Esercizi attivi**
- movimenti attivi del M.linguale per raggiungere punti target all'interno del cavo orale
- movimenti attivi di pseudo-masticazione per spostare da un'arcata all'altra bastoncini di radice di liquirizia o bastoncini ghiacciati senza masticarli
- **La stimolazione neuromuscolare termica con ghiaccio**
- diretta a gruppi muscolari target
- Tecnica ampiamente utilizzata nella pratica logopedica si è dimostrata efficace
- nella normalizzazione del tono
- nel miglioramento delle funzioni oro-motorie
- nello stimolare la sensibilità
- **Brushing .**
- Stimolazione tattile -propriocettiva₄₇ vibratoria di brushing

RIABILITAZIONE

1. Terapia dell'occlusione glottica

a) deficit dell'occlusione glottica

- Tecniche di manipolazione laringea
- Attacco vocale brusco
- Pushing
- Colpo di tosse (colpo di glottide)
- Colpo di tosse sonorizzata



Trattamento Diretto: Strategie

Manovre volontarie di difesa

Strategie di compenso e collaborazione ...

- Le manovre volontarie di difesa
- hanno lo scopo di modificare la fisiologia deglutitoria e di porre sotto **il controllo volontario alcune fasi della deglutizione**
- Queste si rilevano non sempre applicabili
- nel paziente neurologico

MANOVRE DI DEGLUTIZIONE

- ✓ Deglutizione sovraglottica
- ✓ Deglutizione super-sovraglottica
- ✓ Manovra di Mendelsohn
- ✓ Deglutizione forzata
- ✓ Manovra di mantenimento linguale

masako

POSTURE DI COMPENSO

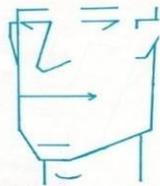


✓ Capo flesso anteriormente

✓ Capo flesso anteriormente e ruotato omolateralmente al lato malato

✓ Capo flesso anteriormente e ruotato omolateralmente al lato sano

✓ Rotazione del capo



✓ Estensione del capo



Trattamento logopedico Paziente

Portatore di cannula tracheostomica Cuffiata /Fenestrata
prevede uno svezzamento da questa

1° Step a cannula cuffiata durante il pasto

2° Step a cannula parzialmente cuffiata dopo circa 8/10
sedute di trattamento logopedico

3° Step a cannula scuffiata

lo svezzamento prevede continui monitoraggi ed esami
Strumentali ad indicazione del Foniatra per eventuale
inserimento di Cannula fenestrata e decannulamento
con rimozione

Svezzamento con training alimentare a consistenze
varie sempre modificate

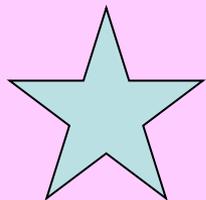
postura del corpo a 90°/80° paziente a letto

nel paziente portatore di Cannula Tracheale sono
previste procedure particolari

L'applicazione della cannula **NON PRECLUDE**

L'applicazione di un programma di gestione logopedica
della disfagia (stimolazione passiva/attiva Oro-bucco-
linguale)

Il trattamento mantiene attive le strutture deputate alla
deglutizione



DISFAGIE OROFARINGEE POST-CHIRURGICHE NELL'ADULTO

Asportazione o exeresi delle strutture del
Quadrivio Oro-faringo-laringeo
La conseguenza nell'immediato post-operatorio
È la Disfagia per liquidi-semi.liquidi-solidi

La chirurgia faringo-laringea

altera la fase faringea dell'atto
deglutitorio

La conseguenza più grave di questa
alterazione è

l'Aspirazione di Cibo ingerito.

Il Paziente seguirà un Training di esercizi
Ed un Training alimentare con progressive
consistenze

Pianificazione Disfagia post-
chirurgica nelle laringectomie
Ricostruttive

- 1)Valutazione pre-intervento Logopedica
- 2)Valutazione post-intervento Logop.
- 3)Rieducazione logopedica Logop.

Nel paziente con chirurgia testa collo
Il decannellamento va effettuato non appena la via aerea è
sicura

la presenza della cannula favorisce il ristagno delle secrezioni orali sia per la mancata ventilazione del distretto oro-faringeo che per la temporanea impossibilità da parte del paziente di effettuarne la rimozione con la tosse inoltre la cannula 'ancora la laringe impedendone l'escursione funzionale deglutitoria

l'Iter riabilitativo deve privilegiare sin nell'immediato periodo post operatorio il recupero della motilità residua laringea che risulta utile non solo per una ripresa funzionale generica ma anche perché mira ad abituare precocemente il paziente alla nuova statica e dinamica oro-faringo-laringea

Monitoraggio

- Il paziente deve avere la possibilità di effettuare sedute a cadenza regolare con il logopedista (2/3 sedute settimanali)
- quando non esiste la possibilità di sedute ravvicinate
- dare al paziente stesso o al suo entourage o caregiver tutte le indicazioni su i vari step da seguire al proprio domicilio
- il logopedista periodicamente deve rivalutare ed aggiornare il protocollo
- Monitorare e valutare il paziente frequentemente attraverso l'implementazione di esami strumentali e Riabilitativi
- La centralità del paziente offrendo una qualità di vita migliore

Presbifagia

L'Anziano per effetto dei normali

Processi di invecchiamento

Talvolta in associazione a molteplici eventi patologici concomitanti potrebbe presentare

difficoltà a deglutire i cibi

ed assumere i farmaci

la Gestione della persona anziana si evidenzia sia nella quotidianità familiare che nelle strutture di ricovero

Allungamento dei tempi per alimentarsi

involuzione delle funzioni sensoriali-motorie-e di regolazione nervosa

Alterazione dell'apparato stomatologico (perdita dei denti-riduzione della saliva

Deficit di propulsione del bolo per ridotta pressione della lingua

Rallentamento della peristalsi faringea

Ritardo dell'innalzamento della laringe

Ritardo dell'apertura del S.E.S.

La Presbifagia è una condizione che aumenta il rischio di complicanze

Quali a livello respiratorio e nutrizionale

Presenza di frequenti infezioni respiratorie

Quali le cause della distagia nella persona anziana

-
Alterata coordinazione linguale

-Ridotta escursione della lingua

-deficit nella percezione (discriminazione –riconoscimento)

-deficit nella preparazione del bolo

Deficit esperenziale alimentare

-Ridotta efficienza della propulsione (tempi di latenza aumentato della fase volontaria)

-Aumento del tempo di transito orale

Saranno necessari più atti deglutitori per liberare la cavità orale dal bolo,

la deglutizione diventa laboriosa

La fatica richiesta per compensare l'alterazione può determinare l'aspirazione di cibo, in quanto le vie aeree sono ancora aperte

Protesi dentaria non più adeguata

Scarsa igiene orale

Alimentazione a doppia consistenza

Valutazione logopedica –Olistica nella Presbifagia

Osservazione
spontanea al Pasto

Posture in estensione

Posture in flessione

Controllo del capo e del collo

- La gravità delle alterazione
- Questionario EAT
- area valutata sul
- progressivo declino nelle
Funzioni Vitali:
Respirazione/Deglutizione/Fonazione
- **Performance verbali-articolatorie**
(Diadococinesia)
evidenziano la presenza di Disartria
- **Insufficienza Velo-faringea**
- **Inintelligibilità del linguaggio**
- **Linguaggio limitato**
- Perdita uso del linguaggio orale
- **Uso di comunicazione non verbale**
- (Comunicatore digitale o visivo)
- Deficit comunicativo verbale

Valutazione della deglutizione

- 1. **Normali abitudini alimentari**
- 2. **Iniziali problemi di alimentazione**
 - Fatica dei muscoli della masticazione
 - Accumulo di cibo nei solchi della bocca
 - Senso di “corpo estraneo in gola”
 - Scolo di liquidi dalla bocca
- 3. **Necessità di cambiamenti della consistenza della dieta**
 - Difficoltà ad iniziare la deglutizione
 - Raucedine, voce umida, aspirazione
 - Perdita di piacere nel mangiare
 - Dieta di consistenza morbida e omogenea
- 4. **Necessità di nutrizione enterale ?**
 - Aspirazione di cibi e liquidi indicazione : tosse persistente dopo il pasto
 - Aumentata faticabilità durante il pasto
 - Tempo di assunzione prolungato per il soffocamento

5. Nel paziente domiciliare effettuare uno screening disfagia con test EAT10 se positivo fare -Controllo Foniatico
2-Esami Strumentali

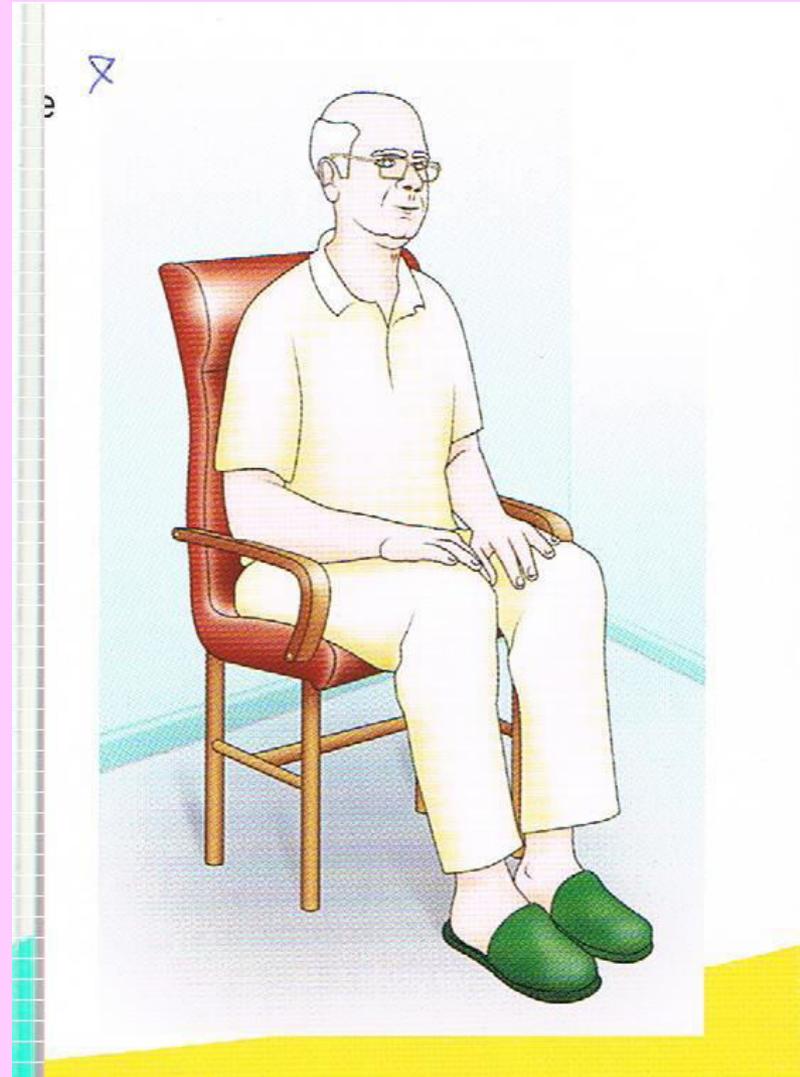
**Intervento logopedico nella PRESBIFAGIA

volto a migliorare la sensibilità e la funzionalità neuro-muscolare degli organi preposti alla deglutizione:

- ✓ Riconoscimento e localizzazione degli stimoli sensoriali
- ✓ Stimolazione tattile, vibratoria e termica
- ✓ Esercizi attivi e passivi della muscolatura oro-faringea
- ✓ Stimolazione della manovra di raclage e della tosse volontaria
- ✓ Stimolazione alla produzione della voce
- ✓ Esercizi controllo respirazione e coordinazione respirazione/apnea
- ✓ Esercizi di Riconoscimento del cibo
- ✓ Pulizia ed Igiene nei portatori di Protesi dentaria
- ✓

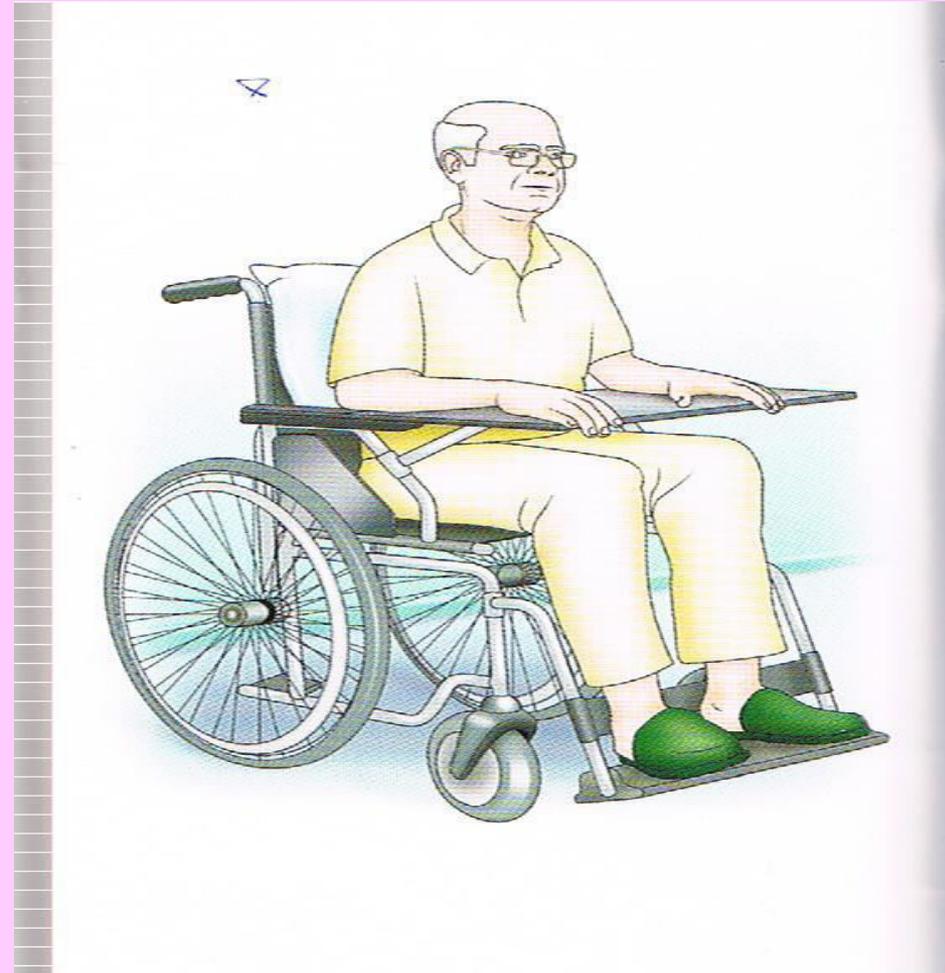
Posizione del paziente al pasto

- il paziente deve essere seduto con appoggio degli avambracci ai braccioli della sedia
i piedi posti a terra con le anche e le ginocchia ad angolo retto
per il controllo del capo si può usare un poggiatesta



Posizione del paziente al pasto con ausilio

- Se il controllo del busto è incerto si raccomanda di posizionare gli avambracci del paziente su una tavola posta frontalmente al paziente
- Se il paziente non riesce a sostenere la verticalizzazione del busto si consiglia di posizionare un cuscino tra il dorso e la spalliera



•Counselling

- Artifizi dietetici
 - Adozione di ausili speciali per l'alimentazione
 - Adeguato posizionamento del cibo nell'abito orale
- Cibi che non si possono assumere

Acqua gelificata o addensata
Cibi a composizione modificata
Cibi ad elevato valore nutrizionale
Omogeneizzati / Frullati/ passati
Temperatura dei cibi: CALDA o FREDDA
Elenco ben definito dei cibi che NON
Si possono assumere in caso di
Disfagia

Counselling rivolto alla Famiglia-o caregivers

Gestione giornaliera

Contenimento

Assistenza

Lavorare per **OBIETTIVI**

Porsi obiettivi alimentari in modo progressivo
specifico

semplici, graduate ad alta valenza emotiva

- **comprensibili e condivisibili** dal paziente
 - che richiedono **partecipazione attiva**
 - **realistiche e contestualizzate** nel suo vissuto

Verificabili con il paziente o caregiver

Considerare sempre la pregressa
patologia di base prima dell'assunzione
dei cibi

Condizioni cliniche e fabbisogni nutrizionali”

Assunzione/ non Assunzione

RETE degli Specialisti

- I pazienti disfagici devono potersi alimentare in sicurezza
- grazie alle indicazioni ed alle valutazioni fornite dagli Specialisti del settore

L'interesse che noi rivolgiamo

al paziente , possono aiutarlo a mantenere alta la motivazione

ricreando quel giusto equilibrio nel riprendere le normali attività di suo interesse anche in presenza di profonde involuzioni strutturali.



il Logopedista fornirà indicazioni relative alla
possibilità di assumere liquidi
assunzione di liquidi modificati
assunzione di farmaci nelle modalità adeguate
uso di particolari presidi per la disfagia
particolari bicchieri con incavo nasale
adozione di idonee posture ai pasti
artifizi dietetici
vademecum dei cibi sconsigliati
soprattutto quelli a doppia consistenza etc.
modalità e tecniche di preparazione degli
alimenti

• Consigli del logopedista a tutti i paziente con disfagia.....

- Mangiare lentamente

- Non parlare

- Non guardare la televisione

- Leggere o essere distratti

- Parlare solo dopo avere interrotto il pasto

e dopo aver ripulito la gola con alcuni colpi di tosse e qualche deglutizione a vuoto

- Assumere Bocconi piccoli

- Ad intervalli regolari controllare la presenza di residui di cibo in gola

- emettendo 2-3 colpi di tosse seguiti da deglutizione a vuoto.

- Consumare il pasto in ambiente tranquillo- illuminato - privo di fumo

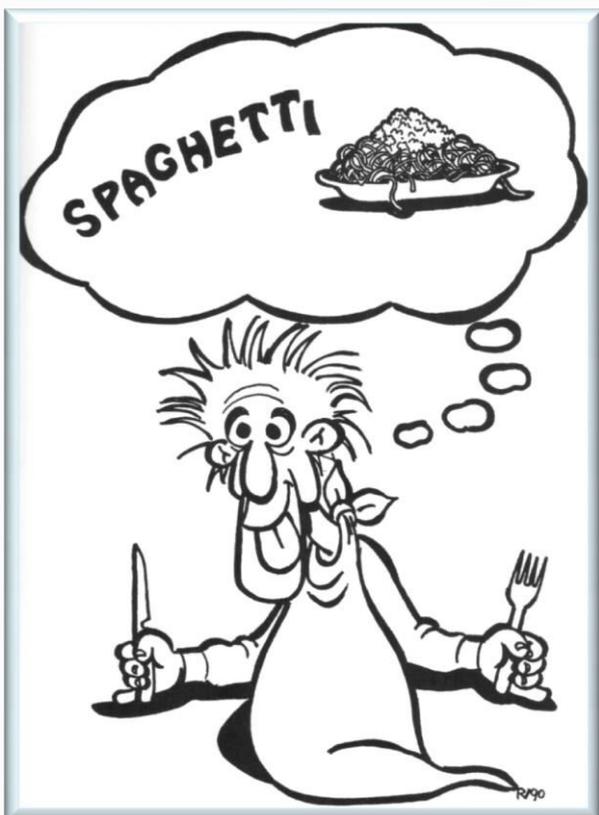
Alimenti e..Disfagia

- La difficoltà ad assumere alimenti liquidi e solidi
- Impone delle limitazioni alla varietà dei cibi
- con regimi dietetici monotoni ed incompleti
- Tutto ciò spesso causa problemi di Disidratazione e Malnutrizione
- rendendo più lento e difficile il processo di recupero
- L'utilizzo di cibi confezionati e preparati può risultare alquanto utile sia al logopedista che a tutti coloro che assistono le persone affette dal sintomo disfagia



ARTIFIZI DIETETICI

Criteri

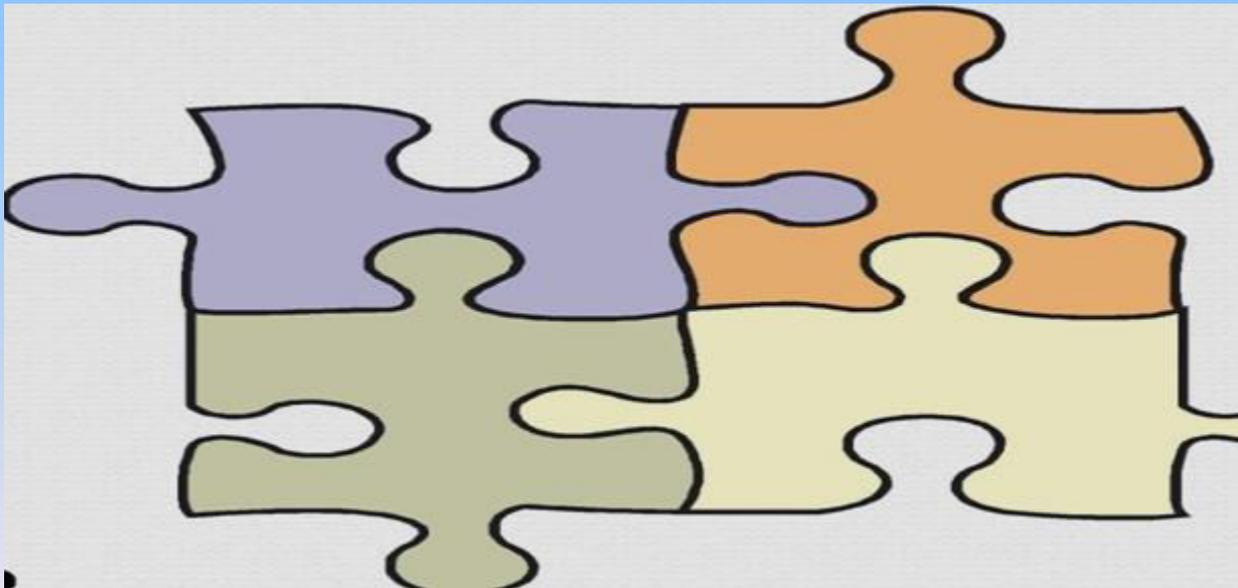


SICUREZZA del paziente in relazione alla disfagia	NECESSITA' NUTRIZIONALI	APPETIBILITA' AUTONOMIA
<ul style="list-style-type: none">• Consistenza• Grado di coesione dell'alimento• Omogeneità• Volume del bolo• Temperatura• Sapore• Colore	<ul style="list-style-type: none">• Apporto calorico• Apporto idrico• Eventuali esigenze individuali per squilibri ematochimici• Preferenze individuali	<ul style="list-style-type: none">• Facile reperibilità di cibi per disfagici• Praticità di assunzione

Il paziente con patologia deglutitoria, sia che rientri nella fascia dell'età evolutiva o in quella adulta, viene ad essere defraudato nella sfera della sua vita dell'aspetto conservativo - affettivo — relazionale.

Un corretto mantenimento dello stato nutrizionale permette a queste persone di migliorare la qualità della loro vita nel rispetto della loro dignità e di quella che governa la quotidianità di ognuno di noi.

***La gestione del disfagico**
è un atto complesso in fase
Diagnostica – Terapeutica- Riabilitativa
L' Approccio alla Persona esige
Competenza
Multiprofessionalità Multidisciplinarietà



- **Rendiamo a tutti coloro che sono affetti dal Sintomo Disfagia**
- **la qualità di vita migliore!**

Grazie per l'attenzione

