

Per approfondire - Test infermieristici per valutare la disfagia

Three-oz Water Swallow test

- Offrire alla persona, seduta e con la testa in asse, 5 ml di acqua liscia a temperatura ambiente con un cucchiaino per 3 volte; ad ogni cucchiaino verificare l'avvenuta deglutizione, attendere qualche secondo e se il paziente presenta tosse severa e voce gorgogliante si sospende il test = Grado 4 – **Disfagia grave**.
 - Se la persona non tossisce si offre acqua direttamente dal bicchiere, si attende qualche secondo, si fa parlare il paziente per valutare la qualità della voce: in caso di voce rauca e/o gorgogliante e tosse = Grado 3 – Disfagia moderata.
 - Se presenta solo voce rauca e/o gorgogliante = Grado 2 – Disfagia lieve.
 - Se precedentemente il test è negativo si procede con 50ml di acqua dal bicchiere. Se anche questo è negativo = Grado 1 – Disfagia assente.
-

Guss test

E' un esame clinico validato a livello internazionale (Gugging Swallowing Screen), composto da due fasi:

- una prima fase di valutazione indiretta della funzione deglutitoria dell'assistito
- successivamente le prove di deglutizione diretta di sostanze di consistenza prima semisolida, poi liquida e in ultima analisi solida.

Sulla base del punteggio raggiunto (da 0 a 20, dove al punteggio massimo corrisponde una dieta normale), il paziente viene classificato in una tra 4 categorie di severità di **disfagia** e rischio aspirazione.

La dieta deve essere adatta alle capacità del singolo assistito. Vengono richiesti pasti specifici per disfagici, che prevedono consistenza particolare degli alimenti. A questo vanno aggiunte alcune manovre particolari per favorire la deglutizione. In generale si può dire che occorre ispessire i liquidi e rendere i solidi più fluidi; non è possibile definire con precisione quale sia la consistenza ideale, in quanto varia in funzione delle caratteristiche proprie dell'alimento (per es. viscosità, durezza) e il tipo di disfagia specifica di cui è portatore quello specifico paziente.

Per assicurare l'alimentazione al soggetto disfagico si devono quindi usare attenzioni particolari. Gli alimenti devono essere scelti con cura per la loro consistenza: per esempio se il paziente non riesce a deglutire l'acqua, si possono proporgli liquidi più densi come lo yogurt, oppure utilizzare l'addensante. Inoltre si può intervenire modificando la consistenza dell'alimento, per esempio frullando e omogeneizzando le verdure e la carne, oppure utilizzando sostanze addensanti (per esempio fogli di gelatina, fecola, farina) per rendere le preparazioni cremose.

Per il momento dell'alimentazione vi sono delle regole da rispettare: verificare che la persona sia in grado di riferire le sue difficoltà; controllare che la persona sia riposata, vigile (non sotto effetto di farmaci); verificare l'igiene orale; mangiare in ambienti senza distrazioni esterne; usare gli utensili adatti.

Gli interventi sulla postura possono aiutare a facilitare la deglutizione e a ridurre il rischio di aspirazione, ma non esiste una posizione ideale da raccomandare a tutti i soggetti disfagici. Quando si valuta il grado di disfagia e il rischio di aspirazione si deve anche valutare quale sia la posizione migliore per il caso specifico: l'infermiere quindi darà indicazioni all'OSS su questo aspetto.

In linea di massima si consiglia di:

- far mangiare il soggetto seduto, a 90°, con il busto eretto e un comodo appoggio degli avambracci
- posizionare il capo o il collo, in base al deficit della deglutizione specifico, in posizione per facilitare o proteggere la discesa del bolo. In genere si fa protendere la testa in avanti, col mento verso il basso

Per alimentare l'assistito sarà bene utilizzare alcune tecniche:

- Quando il paziente mangia, posizionarsi seduti a livello degli occhi, o più in basso
- Dare mezzo cucchiaino di cibo solido oppure circa 10-15 ml di liquidi alla volta. Evitare l'utilizzo di cannucce o siringhe perché non permettono il controllo della quantità di liquido. Offrire il bicchiere sempre pieno, perché facilita la corretta posizione del collo (mai esteso)
- Se il paziente ha una paralisi unilaterale, posizionare il cibo nel lato sano della bocca
- Evitare di toccare i denti o di porre il cibo troppo indietro nella bocca
- Permettere al paziente il tempo adeguato per alimentarsi
- Favorire la tosse dopo la deglutizione
- Evitare di alimentare il paziente con cibi di consistenza diversa contemporaneamente (per esempio caffè, latte con biscotti secchi) e idratarlo solo a deglutizione avvenuta
- L'alternanza di liquidi e di solidi può aiutare a pulire la bocca
- Controllare se in bocca c'è "impacchettamento" di cibo

L'infermiere prescriverà all'OSS di controllare la quantità di liquidi e di cibo ingeriti e verificare il peso settimanale per valutare malnutrizione e disidratazione

È sempre opportuno dare rimando all'infermiere sull'esito del pasto e, nel caso, su momenti critici di questo.