

**CASA DI CURA PER LA RIABILITAZIONE
"LE TERRAZZE" CUNARDO (VA)**



**Fasi riabilitative
del paziente disfagico:
dall'ospedale al domicilio**

Logopediste:

Silvia Gotti

Roberta Bernasconi

Piano valutativo-riabilitativo del paziente **disfagico** all'ingresso nella nostra struttura

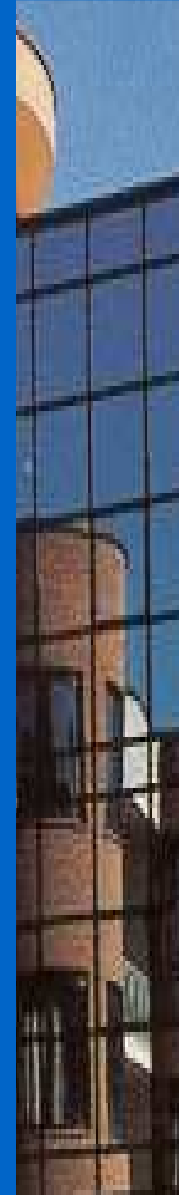
- richiesta del medico di valutazione per disfagia
- osservazione immediata del paziente sia durante il pasto che non
- attivazione del consulto ORL con fibroscopia
- rieducazione con monitoraggi fibroscopici fino allo svezzamento
- indicazioni costanti al personale infermieristico e ai familiari e al paziente stesso.
- Attivazione dietista per programma nutrizionale

Piano valutativo-riabilitativo del paziente con PEG all'ingresso nella nostra struttura

- richiesta del medico di valutazione
- osservazione immediata del paziente
- consulto ORL con fibroscopia
- intenso training riabilitativo integrato con i familiari ed il personale per l'igiene orale, la stimolazione del distretto e l'iniziale lento svezzamento.
- ripetute consulenze valutative ORL

Valutazione logopedica all'ingresso

- valutazione dell'apparato mio orale,
 - motilità,
 - sensibilità.
 - riflessi velari e faringei
- efficacia della tosse volontaria.
- salivazione,
- funzione respiratoria
- funzione laringea



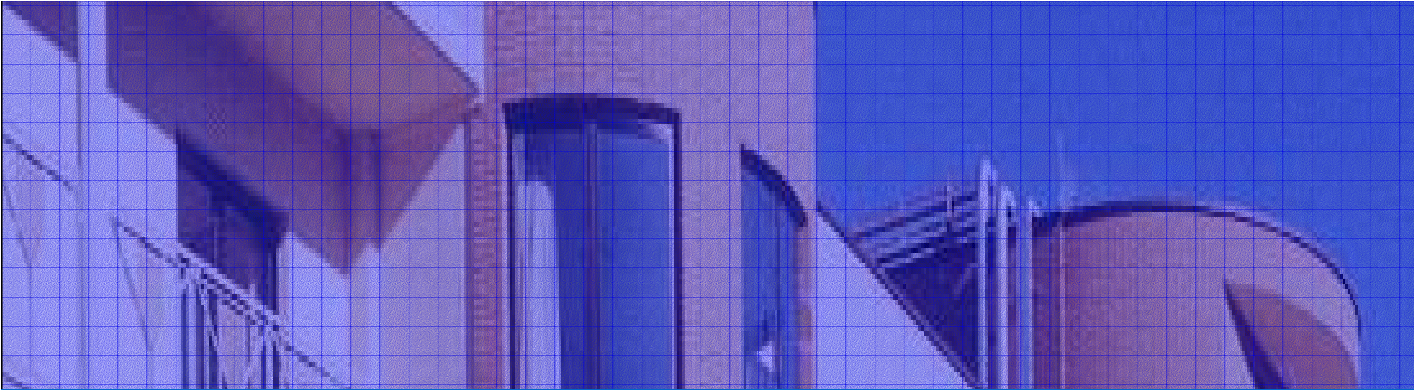
Obiettivi

Valutare a quale fase vi è il deficit:

- Spesso l'alterazione è nella fase di **preparazione orale** per difficoltà a formare il bolo e a controllarlo **per ridotto controllo linguale.**

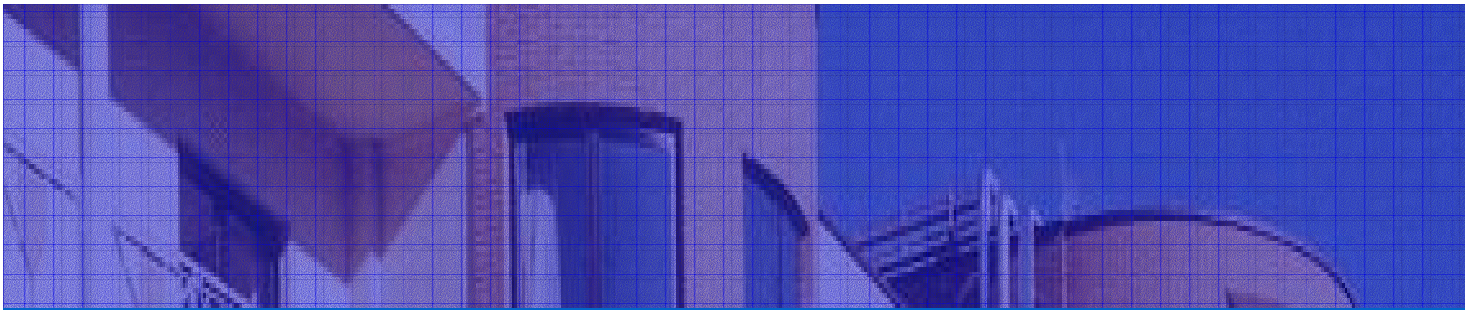
V
A
L
U

L
O
G
O
P
E
D
I
C
A



Oppure vi è un'alterazione nella fase **orale** per difficoltà nella propulsione linguale fino all'innescio laringeo.

In questo caso si osserva un aumento del tempo di transito orale con necessità di più atti deglutitori per liberare la cavità, con pericolo di aspirazione in quanto le vie aeree sono ancora aperte.



Alterazione della **fase faringea** ,
sempre per ritardo dell'innesco della
deglutizione, dipendente da:

- **alterazioni linguali,**
- **mancata chiusura del velo,**
- **asimmetria della contrazione faringea con ristagno di cibo nell'emifaringe lesa.**

La ridotta escursione della laringe nel collo determina il ristagno del cibo intorno all'apertura laringea, con aspirazione dopo deglutizione

V
A
L
L
U.

L
O
G
O
P
E
D
I
C
A

Indicazioni terapeutiche

- ripristino della funzionalità delle singole strutture alterate sia specifiche ed isolate che legate alla sequenza funzionale del meccanismo deglutitorio
- strategie di **compenso** alimentare e posturale

alterazioni	Posture facilitanti
Insuff. chiusura labiale	Capo in estensione
Ipomobilità laringea	Capo flesso in avanti e progressivamente esteso
Ritardo di innesco della deglutiz faringea	Capo flesso in avanti
Paralisi faringea unilaterale	Capo inclinato verso il lato lesa
Ridotta peristalsi faringea	Capo e tronco estesi
Paralisi laringea unilaterale	Capo flesso in avanti e inclinato verso il lato lesa
Deficit di elevazione laringea	Capo flesso in avanti
Deficit di elevazione laringea	Capo flesso in avanti

**Deglutizione
sovraglottica**

Implica la sospensione della respirazione prima e durante la deglutizione. Al termine dell'atto viene fatto tossire

**Manovra di
Mendelsohn**

Sfrutta il prolungamento dell'elevazione laringea durante la deglutizione. Si richiede al pz di mantenere manualmente l'elevazione laringea per pochi secondi durante la deglutizione

**Stimolazione
della
deglutizione
faringea**

Massaggiando l'istmo delle fauci con uno specchietto per aumentare la consapevolezza del paziente.

Compensi alimentari

consistenza di cibi e liquidi

- Frullati
- Tritati o masticati
- Teneri o facilmente masticabili

- Acquosi
- Semiliquidi
- Semisolidi
- Assumibili con cucchiaio

Segni e sintomi di disfagia durante i pasti

- Scialorrea ed eccesso di secrezioni
- Movimenti linguali eccessivi e incoordinati
- Scarso controllo della motricità linguale, labiale
- Tosse durante il pasto
- Rigurgito nasale
- Ristagno di cibo nel cavo orale
- Voce gorgogliante , dopo la deglutizione
- Frequente necessità di schiarirsi la gola
- Ritardo assenza elevazione laringea
- Tempi prolungati di assunzione del cibo

Fattori che contribuiscono a generare difficoltà di carattere alimentare

Fattori primari : disfagia

Fattori secondari: (di interferenza nella capacità di alimentazione)
quali :

- disturbi periferici di carattere sensitivo sensoriali
- disturbi centrali : neglec, disturbi percettivi,prassici,
- attentivi disturbo comportamentale di tipo frontale
- (in eccesso o difetto)

di tipo psicogeno disturbo di alimentazione
pregresso (bulimia,anoressia), patologie a carattere
depressivo

Pazienti affetti da Stroke

Programma

Nutrizionale

Livello di coscienza alterato

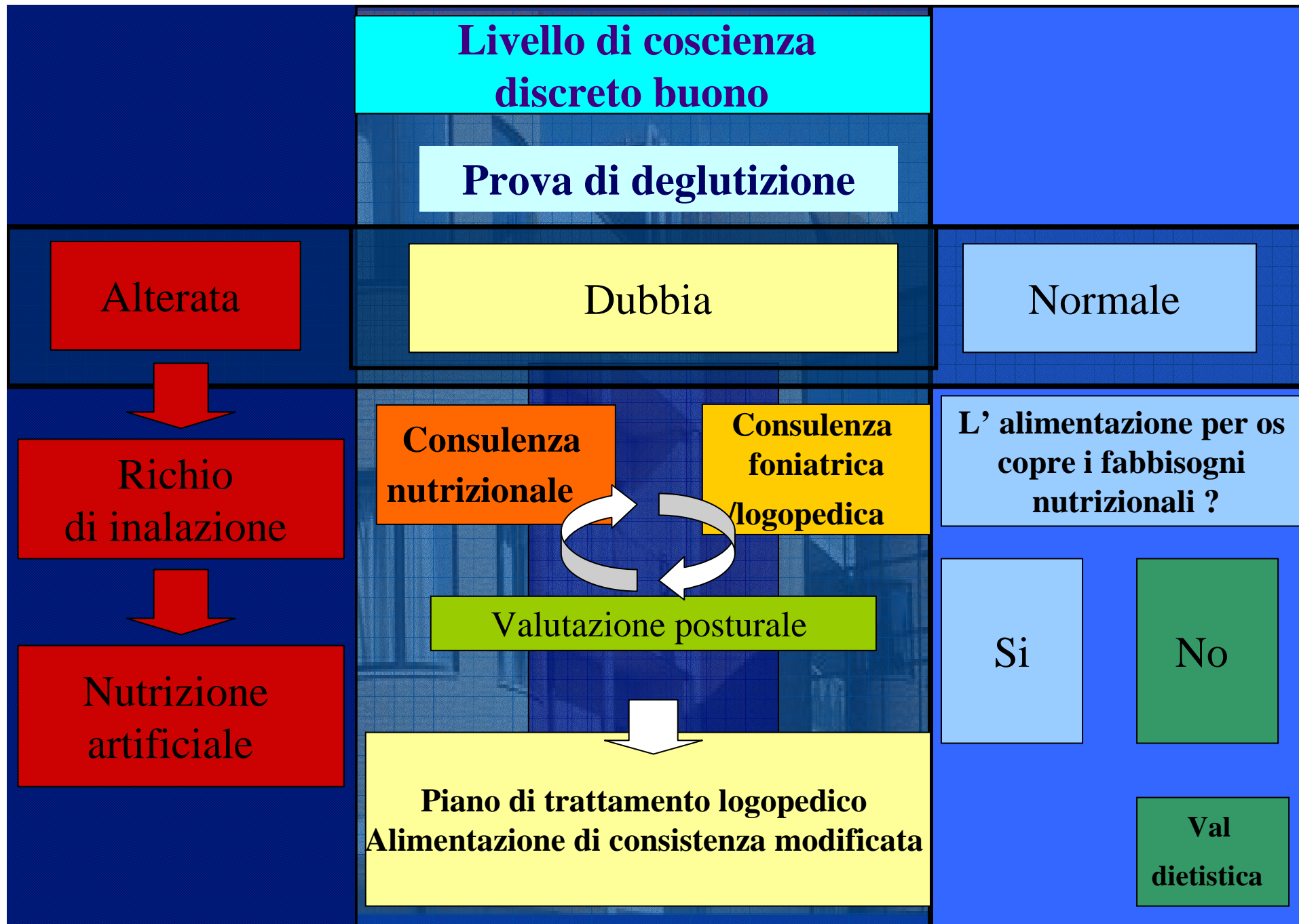
Consulenza nutrizionale

Valutazione posturale

Rischio
di inalazione

Prevenzione danno terziario

Programma nutrizionale e logopedico in pazienti affetti da stroke



Programma nutrizionale e logopedico in pazienti affetti da stroke