

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



# LA DISFAGIA NELLE TERAPIE INTENSIVE

---

Indicazioni aggiornate rispetto  
all'epidemia COVID 19

*C. Reverberi*

## DISFAGIA NELLE TERAPIE INTENSIVE

- Forte prevalenza (62%, Skoretz et al 2010)
- Determina complicanze respiratorie (Macht et al 2011), allungamento dei tempi di ricovero e maggiore mortalità (Patel et al. 2019)





## CAUSE DELLA DISFAGIA IN TERAPIA INTENSIVA

Alterata forza e sensibilità linguale

Danno laringeo

Compromissione neuromuscolare

Complicanze (sopore, sedazione)



IN PIU'

Pazienti anziani che hanno un deterioramento fisiologico della funzione (presbifagia)

Patologie pregresse/comorbidità (Parkinson, ictus, SLA, BPCO, ecc)

# ELEMENTI POSITIVI E NEGATIVI

---



Negativi: Intubazione  
prolungata



Positivi: diametro ridotto del  
SNG e della cannula

# FATTORI CHE POSSONO AUMENTARE IL RISCHIO DISFAGIA IN TERAPIA INTENSIVA

- Intubazione prolungata
- Postura
- Compromissione prolungata della funzione respiratoria
- Possibile presenza di delirium o di deficit cognitivo/comportamentali
- Miopatia o polineuropatia
- Possibili deficit neurologici associati e/o patologie pregresse
- Letargia/sedazione
- Effetti collaterali dei farmaci
- Potenziale scarsa igiene del cavo orale
- Storia di BPCO o di altri deficit respiratori che possono essere correlati con inalazioni silenti
- Presenza di cannule tracheostomiche di elevati diametri esterni
- Presenza di SNG
- Fatigue

# COME FARE?



FASE 1: screening



FASE 2: se positivo valutazione clinica e eventuale esame strumentale



## SCREENING: VALUTAZIONE PRELIMINARE

---

Presenza di criteri di stabilità clinica

---

Non alterazioni dello stato di coscienza

---

Capacità di mantenere lo stato di vigilanza per più di 15' consecutivi

---

Igiene del cavo orale adeguata,  
Tosse riflessa (volontaria)

---

Controllo del capo e posizione seduta (almeno 45°)

---

# TOSSE

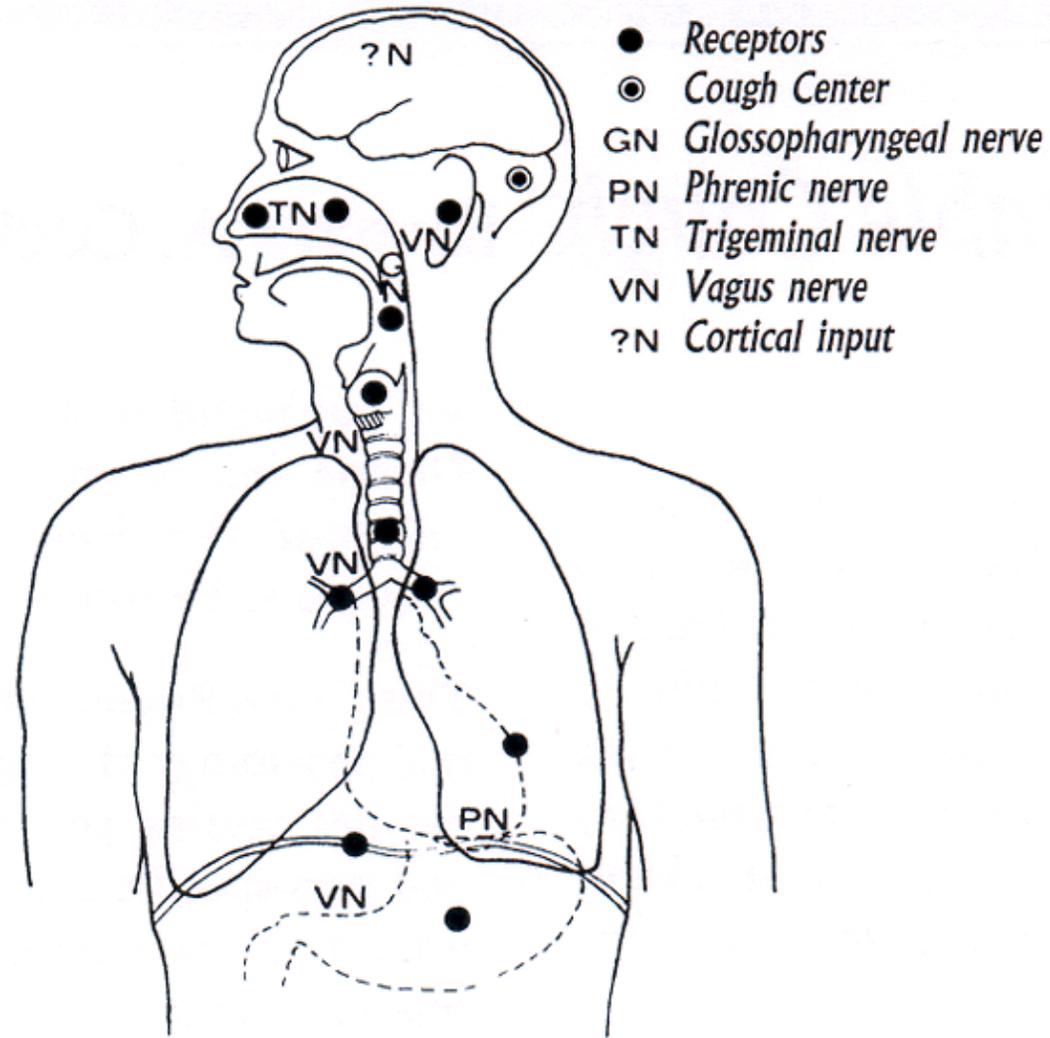


FIGURE 1. Cough Receptors involved in the normal cough mechanism. (From Irwin RS, et al., Cough: A comprehensive review. *Arch Intern Med.* 1977; 137:1186-91)



# **DUE PERCORSI**

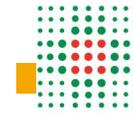
---



PAZIENTI  
PORTATORI DI  
CANNULA  
TRACHEOSTOMICA



PAZIENTI ESTUBATI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



# PAZIENTE PORTATORE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA

---

Indicazioni aggiornate rispetto  
all'epidemia COVID 19

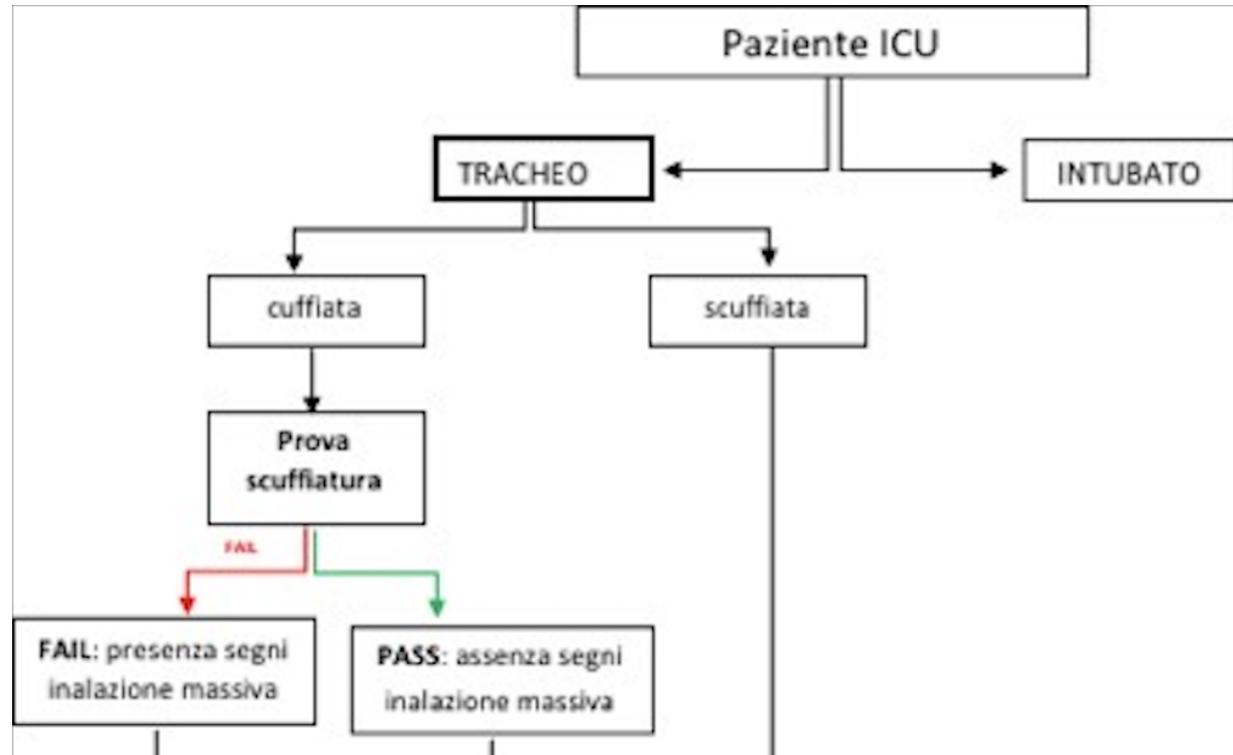
*C. Reverberi*



← [Clicca qui per documento](#)

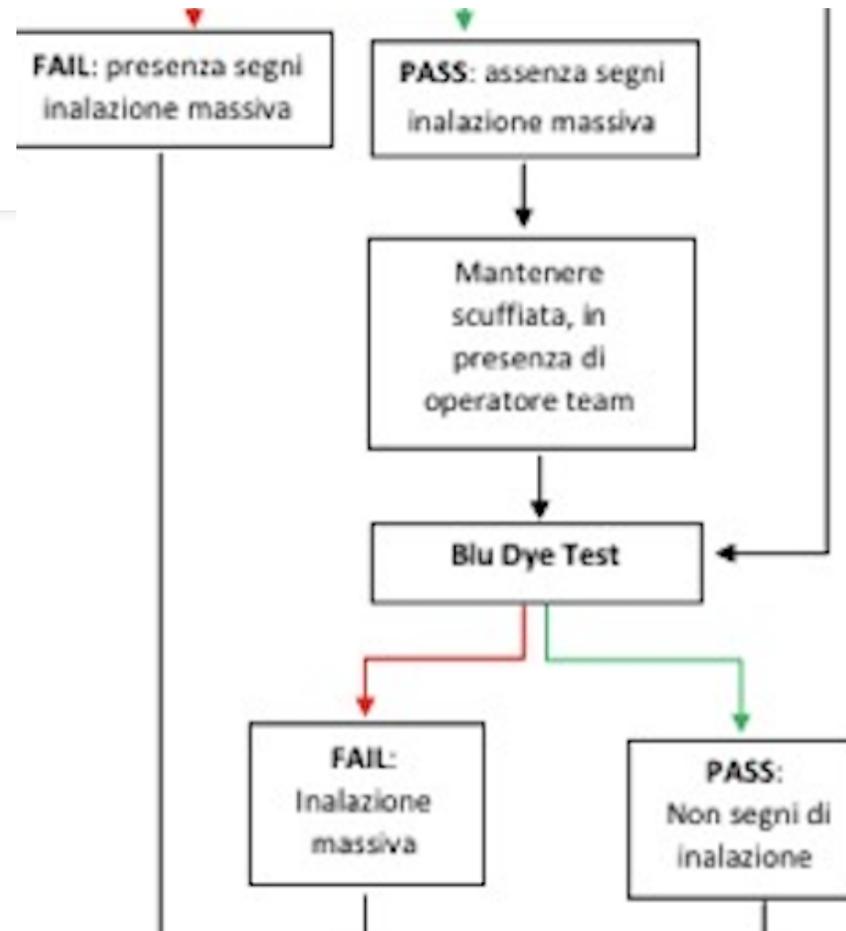
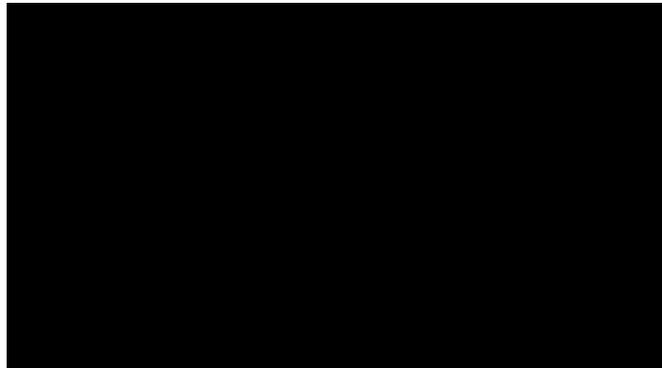
## PAZIENTI CON CANNULA TRACHEOSTOMICA

- Effettuare la procedura dopo almeno un'ora dalla disconnessione
- Scuffiatura della cannula, valutazione di segni di inalazione di saliva (Protocollo Bargellesi 2013)



# PAZIENTI CON CANNULA TRACHEOSTOMICA

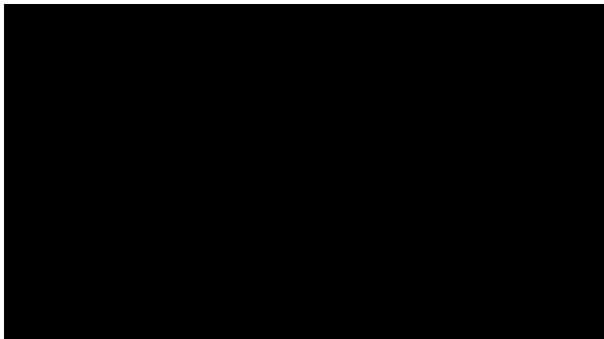
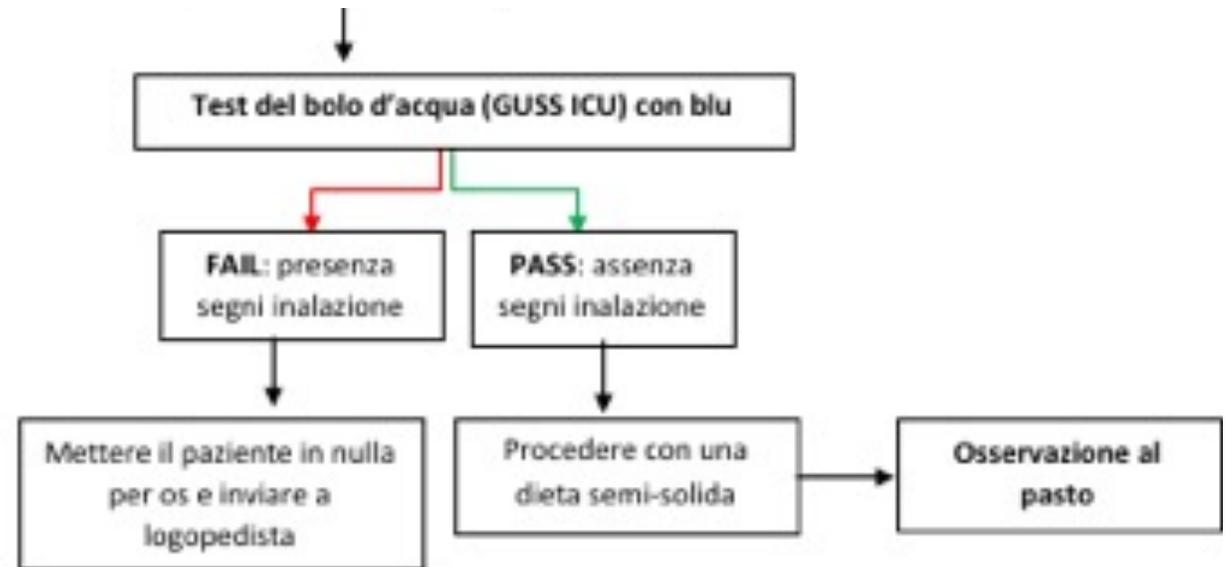
Procedere con il test di  
Screening Blu Dye test  
(Secrezioni Salivari) A CANNULA  
SCUFFIATA



# PAZIENTI CON CANNULA TRACHEOSTOMICA

Procedere con il test dell'acqua  
(GUSS ICU) con blu di metilene

Osservazione del pasto A  
CANNULA SCUFFIATA.



## PAZIENTI CON CANNULA TRACHEOSTOMICA: FAVORIRE LA FONAZIONE

---

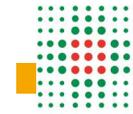
Utilizzare la valvola fonatoria per favorire la comunicazione e il fisiologico passaggio di aria dalle vie aeree superiori ma.....

- Valutazione preliminare
- Umidificazione

Utilizzarla, se possibile, durante i pasti e quando il paziente vuole parlare

Sostituirla il prima possibile con il tappo!





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



## PAZIENTE ESTUBATO

## AREA COMUNICAZIONE, FUNZIONI COGNITIVE

---

Indicazioni aggiornate rispetto  
all'epidemia COVID 19

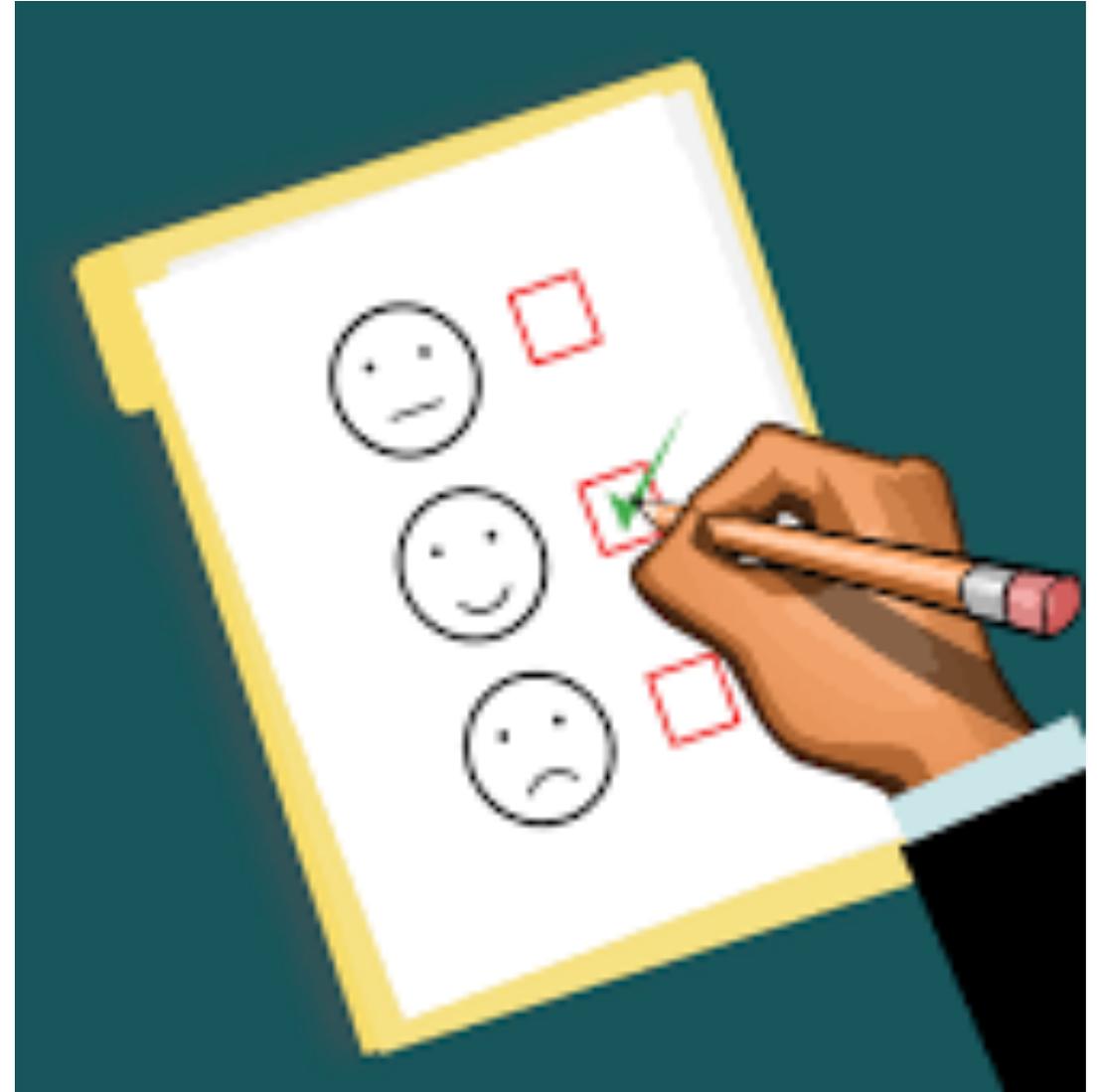
*C. Reverberi*

# PAZIENTI ESTUBATI NON TRACHEOSTOMIZZATI

La valutazione deve essere eseguita ad almeno un'ora dall'estubazione

## PRETEST

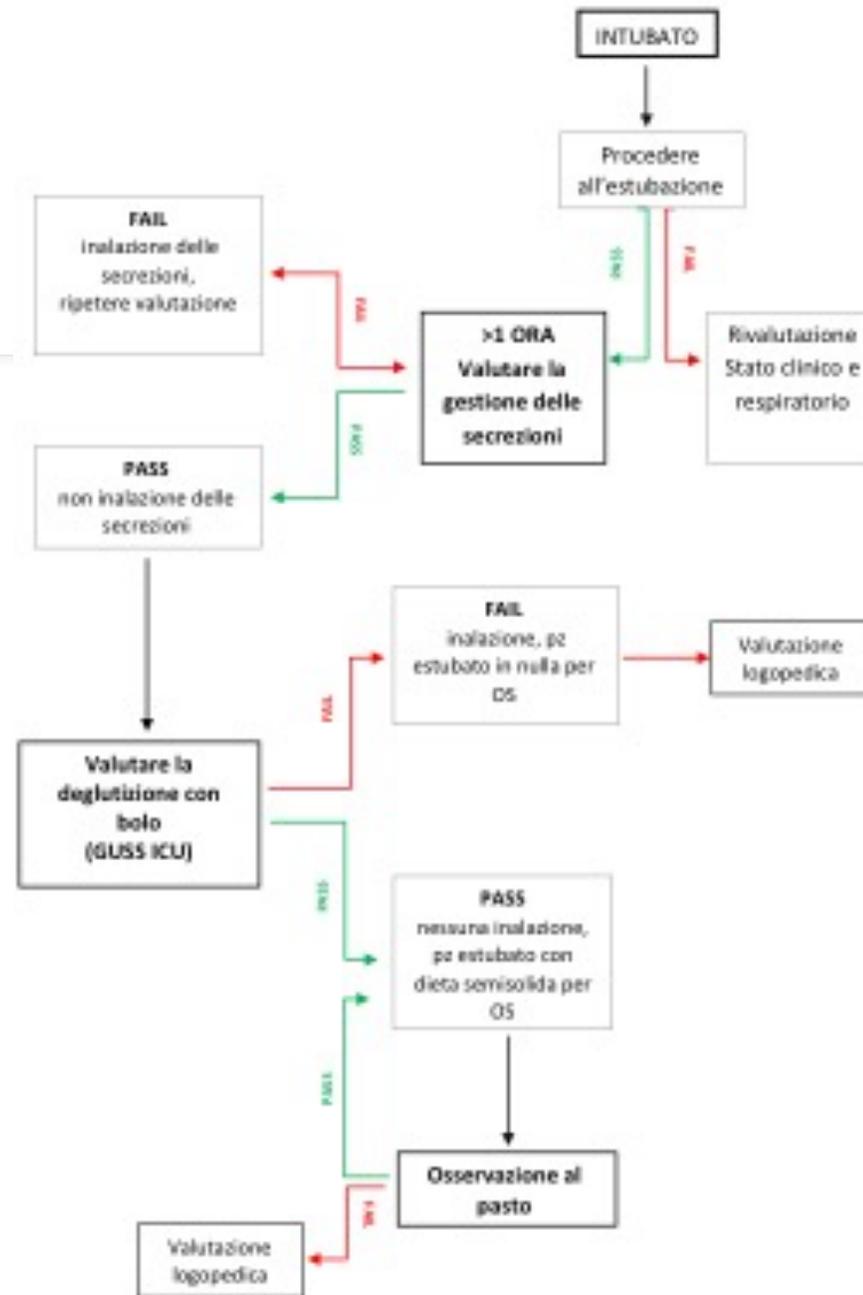
- Stato di coscienza e di agitazione (GCS, RASS)
- Presenza di stridore, alterazione della voce (soffiata, gorgogliante, ecc)
- Presenza di tosse volontaria e riflessa (non nei COVID)
- Presenza di un'alterazione nella gestione della saliva (assenza di deglutizioni spontanee, scialorrea, tosse o modifica della voce post-deglutitoria, ristagno orale, necessità di aspirazioni nel cavo orale)
- Necessità di frequenti broncoaspirazioni
- Presenza di patologie che possano essere cause di disfagia



# PAZIENTI ESTUBATI

Procedere con il test dell'acqua  
(GUSS ICU)

Osservazione del pasto



# AREA FUNZIONI COGNITIVE DI BASE

---

- Deficit cognitivo/comportamentali
- Delirium, fatigue anche in assenza di lesioni cerebrali
- Agitazione psicomotoria
- Disorientamento spazio/temporale



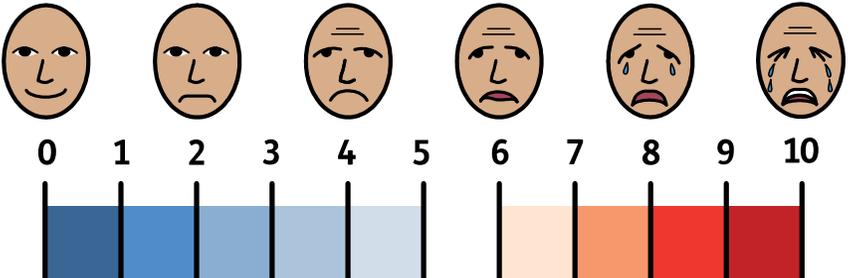
# COSA FARE?

- Relativamente al disorientamento spazio-temporale e all'agitazione psicomotoria, come definito in letteratura (Wilson 2009), nel limite del possibile, sarebbe consigliabile evitare manipolazioni e mobilizzazioni troppo energiche e/o rapide, evitare di cambiare in modo improvviso o rapido la proposta degli stimoli, avvisarli sempre di quello che si sta per fare (ad esempio "adesso cambiamo postura....", "adesso aspiriamo"....), mantenere ritmo luce/buio
- È inoltre importante dare poche ed essenziali informazioni tutti i giorni (data, dove si trova e motivo del ricovero) evitando di farle delle domande (non dire "che giorno è oggi?" ma "oggi è lunedì"...).



# COSA FARE?

- In alcuni pazienti il linguaggio potrebbe essere confuso e incomprensibile, non bisogna cercare di "interpretare" quello che dice o di farglielo ripetere. Se il paziente è molto confuso, bisogna fare domande semplici e su argomenti concreti che prevedono risposte si/no (ad esempio "è stanco?", "ha dolore?").
- Nel caso del paziente intubato ma cosciente e responsivo, è utile promuovere la comunicazione con ausili di CAA (comunicazione aumentativa alternativa) a bassa tecnologia (MacAulay et al 2002, Beukelman et al 2014).
- Tutti gli operatori dovrebbero essere a conoscenza del codice condiviso scelto, in modo che al paziente sia data la possibilità di esprimersi quantomeno con si/no rispetto ai bisogni primari, in risposta a domande chiuse

 <b>si</b>	 sorseggiare acqua	 bocca secca	 mal di gola	 tosse	 mal di testa	 mi sento male
 gabinetto	 lavare la bocca	 fiato corto	 non riesco a respirare	 avere caldo	 avere freddo	 scomodo/a
 luce accesa/spenta	 balsamo labbra	 medicazione	 allergico/a	 aspirazione orale	 tracheostomia	 ossigeno
 regolare il letto						 molto stanco/a
 <b>no</b>						 non lo so