

CASO CLINICO

# Problematiche gestionali domiciliari del paziente disfagico complesso

**Dott. Enzo ubaldi**

Medico di medicina generale. Specialista in gastroenterologia e scienza dell'alimentazione



## Storia clinica <sup>1/2</sup>

Il signor Mario, maschio di 74 anni, ex barista e forte fumatore, è affetto da circa 7 anni da disfagia orofaringea secondaria ad encefalopatia mista (vascolare e degenerativa) con demenza a corpo di Lewy.

E' inoltre affetto, tra le patologie più rilevanti, da parkinsonismo secondario, cardiopatia ischemica (pregresso infarto miocardico acuto), diabete mellito di tipo II, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ipertrofia prostatica.

Per le suddette patologie è in terapia cronica con Bisoprololo, Furosemide, Clopidogrel, Pantoprazolo, Metformina, Levodopa/Benserazide, Omegastatina, Quetiapina.

## Storia clinica <sup>2/2</sup>

Il problema gestionale più rilevante del sig. Mario è la **tosse cronica**, accentuata ai pasti, presente ad accessi anche lontano dai pasti, con **breve asfissia**.

Nell'ultimo anno ha sofferto di tre episodi febbrili trattati a domicilio.

Il paziente è vigile e collaborante, necessita di completa assistenza, non può deambulare ma riesce a stare seduto, è disartrico e difficilmente comprensibile, è normonutrito, non presenta segni di disidratazione né calo ponderale recente.

Vive a domicilio con la moglie, disabile anche lei. La difficoltà legata all'assistenza di entrambi i coniugi disabili porta ad un continuo ricambio di *care-giver*.

# Problematiche

- Approccio multidisciplinare al problema disfagia
- Prevenzione e gestione delle complicanze della disfagia
- Gestione delle comorbidità
- La politerapia farmacologica
- L'assistenza domiciliare

# Il follow-up domiciliare della disfagia

- Il paziente ha effettuato, circa 10 mesi fa, una **consulenza logopedica domiciliare** che ha riproposto di continuare l'alimentazione per via orale con **uso di addensanti** e ribadito le istruzioni alla moglie e al *care-giver* del momento.
- Non esiste una scheda domiciliare di valutazione nutrizionale e della disfagia.
- Il servizio di assistenza domiciliare non dispone di consulenza dietologica domiciliare.

# Il follow-up domiciliare del paziente disfagico

## 6.1.12 - FOLLOW-UP

→ I pazienti con disfagia dovrebbero essere rivalutati regolarmente e con una frequenza relativa alle caratteristiche cliniche della disfagia e allo stato nutrizionale, da un professionista competente nella gestione della disfagia [SIGN D].

### MONITORAGGIO DELLA DEGLUTIZIONE

Osservare se durante i pasti insorge tosse costante, velatura o cambiamento della qualità della voce, sensazione di ristagno di cibo in gola, fuoriuscita di cibo dall'eventuale tracheotomia o se si verificano nel tempo: sospetto di polmonite ab ingestis o episodi ricorrenti di infezioni polmonari. In tal caso rivolgersi al Foniatra/Logopedista.

### MONITORAGGIO DELLO STATO DI NUTRIZIONE

→ È consigliabile che il MMG controlli gli introiti di alimenti e di liquidi, e al bisogno richieda Visita di Dietetica e Nutrizione Clinica [SIGN GPP].

Il monitoraggio va eseguito con gli stessi test utilizzati per lo screening iniziale: 'MUST' per pazienti adulti (età < 65 anni) e MNA per pazienti anziani (età ≥ 65 anni).

'MUST': → ripetere lo screening ogni mese; se il risultato (punteggio totale) aumenta a valori ≥2 (rischio elevato), richiedere Visita di Dietetica e Nutrizione Clinica [ESPEN]. Nel caso sia impossibile rilevare il peso del paziente, può essere utilizzata la misurazione della circonferenza del braccio (vedere Allegato 6). Ad ogni controllo dovrebbero essere effettuate due misurazioni e considerata la media tra le due. Variazioni della circonferenza del braccio ≥10% probabilmente corrispondono a modificazione del peso e del BMI approssimativamente del 10% o più.

MNA: ripetere lo screening ogni mese. Se il risultato (punteggio totale) scende sotto 11, richiedere Visita di Dietetica e Nutrizione Clinica.

(Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regione Piemonte. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della disfagia. 2013)

# Le complicanze della disfagia

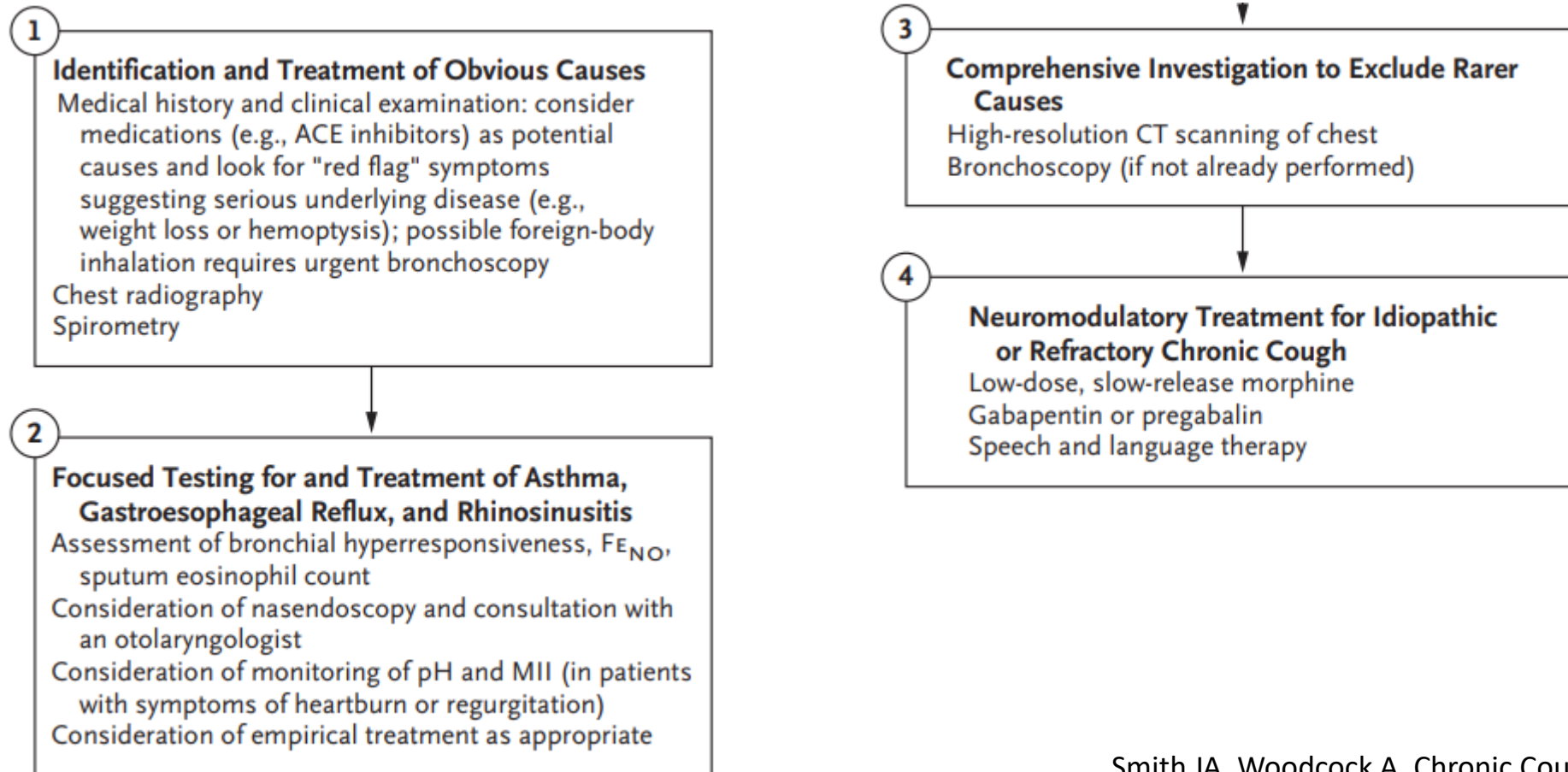
Il problema che quotidianamente affligge il paziente, riferito dal coniuge e dai care-giver, è quello della **tosse cronica**, legato alla difficoltà deglutitoria, problema per cui era stata posta in passato indicazione alla nutrizione attraverso sonda (PEG), che però i familiari hanno sempre rifiutato di far effettuare.

Talvolta la tosse è molto violenta, con tendenza a breve asfissia. Tali episodi non sono mai stati rilevati durante visite mediche.

Ha effettuato di recente una **visita pneumologica domiciliare** con consiglio di Desametasone una compressa solubile e ossigeno gassoso, al bisogno, oltre a rivalutazione deglutologica.

# La tosse cronica

Anche se nel paziente disfagico la tosse è legata al disturbo deglutitorio, andrebbe comunque eseguito un «work-up» per la tosse cronica.



Smith JA, Woodcock A. Chronic Cough. N Engl J Med 2016



# Il rischio di polmonite ab-ingestis

Il sig. Mario è stato seguito a domicilio dal proprio medico curante per tre episodi infettivi febbrili nell'ultimo anno.

Nel recente episodio infettivo il paziente era sonnolente, la febbre ha raggiunto i 38°C, la tosse era in peggioramento. Obiettivamente erano presenti crepitazioni in sede basale polmonare dx con ronchi diffusi. La saturazione di ossigeno era 88, la frequenza cardiaca di 100 bpm.

E' stata ipotizzata una polmonite ab-ingestis e praticata terapia antibiotica con Ceftriaxone i.m., ossigenoterapia e terapia infusionale di soluzione fisiologica.

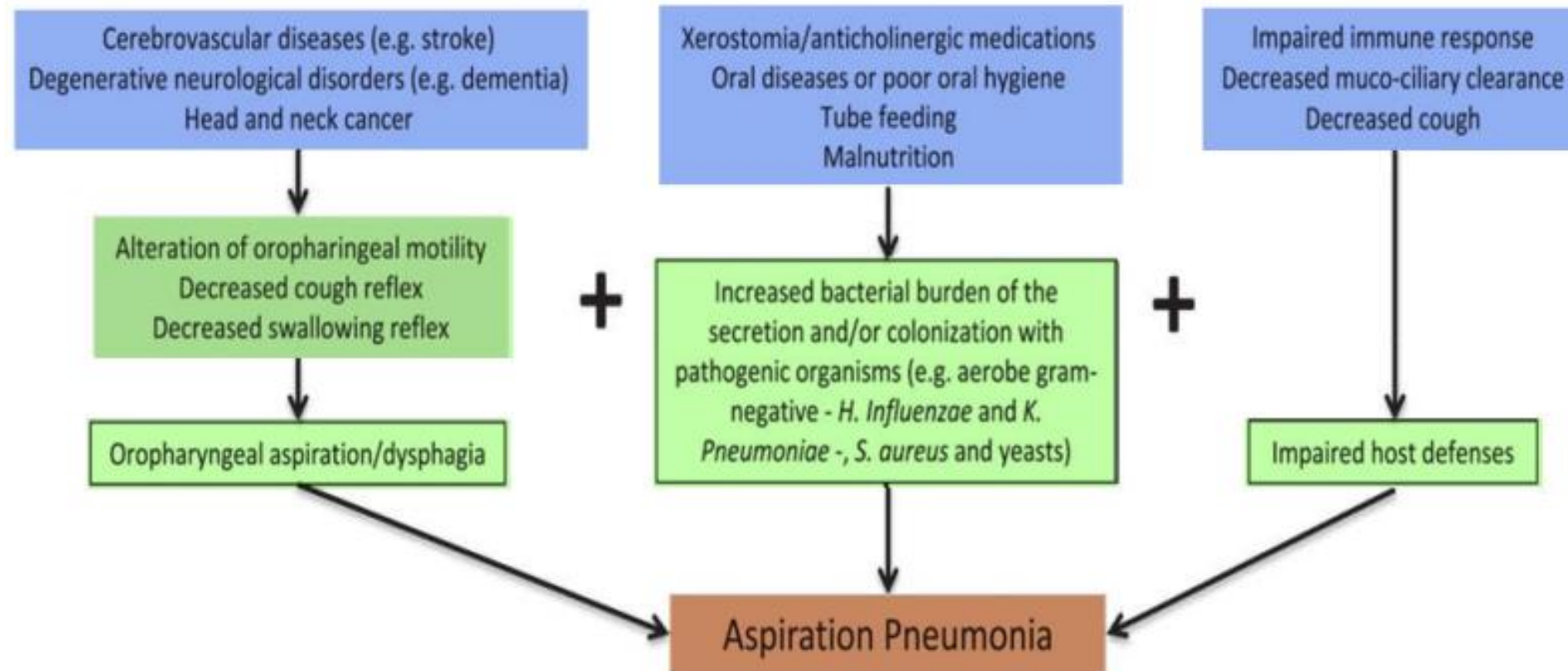
Non è stato necessario ospedalizzare il paziente con guarigione clinica in una settimana.

# La polmonite ab-ingestis

- Definita anche «*aspiration pneumonia*», è la polmonite in un individuo a rischio di aspirazione di secrezioni e/o residui alimentari nelle vie aeree inferiori
- Gli addensamenti polmonari si hanno nei segmenti declivi, generalmente nei lobi inferiori e prevalentemente a destra, nei pazienti allettati avvengono nei segmenti posteriori dei lobi superiori e nei segmenti superiori dei lobi inferiori.
- Il 50% degli adulti hanno piccole aspirazioni di secrezioni orofaringee durante il sonno e nel 71% delle polmoniti degli anziani si ha un'aspirazione silente.
- E' frequente nei pazienti con demenza e patologia cerebrovascolare, la flora batterica orale è più virulenta nei pazienti fragili ed è costituita principalmente da *Staphylococcus aureus* (24.5%), *Klebsiella pneumoniae* (18.1%), *Pseudomonas aeruginosa* (18.1%) e *Enterobacter cloacae* (11.6%) (Sumi Y et al, Arch Gerontol Geriatr 2007)
- Si verifica anche nei pazienti in nutrizione enterale attraverso sonda

Janssens JP, Krause KH. Lancet Infect Dis. 2004; 4: 112-24

# La polmonite ab-ingestis: meccanismi patogenetici



*Eur J Intern Med.* 2014; 25: 312-319

# La polmonite ab-ingestis: terapia domiciliare

- Ai fini preventivi è strategica l'**igiene orale** e la rimozione dei residui alimentari

## **Antibioticoterapia:**

- Beta-lattamico+macrolide (es. amoxicillina/clavulanato + azitromicina ) oppure Levofloxacina (750 mg), oppure Ceftriaxone.
- Se complicata da secrezioni purulente o patologie orali: Beta-lattamico (cefotaxime, ceftriaxone, ampicillina/sulbactam o piperacillina/tazobactam) più azitromicina o levofloxacina.

Clinical Infectious Diseases 2007;44:S27–72  
Clin Microbiol Infect 2011;17(Suppl. 6): E1–E59  
N Engl J Med 2014;371:1619-28

# Gestione delle comorbidità

Il paziente è affetto da **encefalopatia mista** con **demenza** che sono responsabili della disfagia orofaringea.

Il **parkinsonismo** secondario all'encefalopatia è una condizione che aggrava la disfagia.

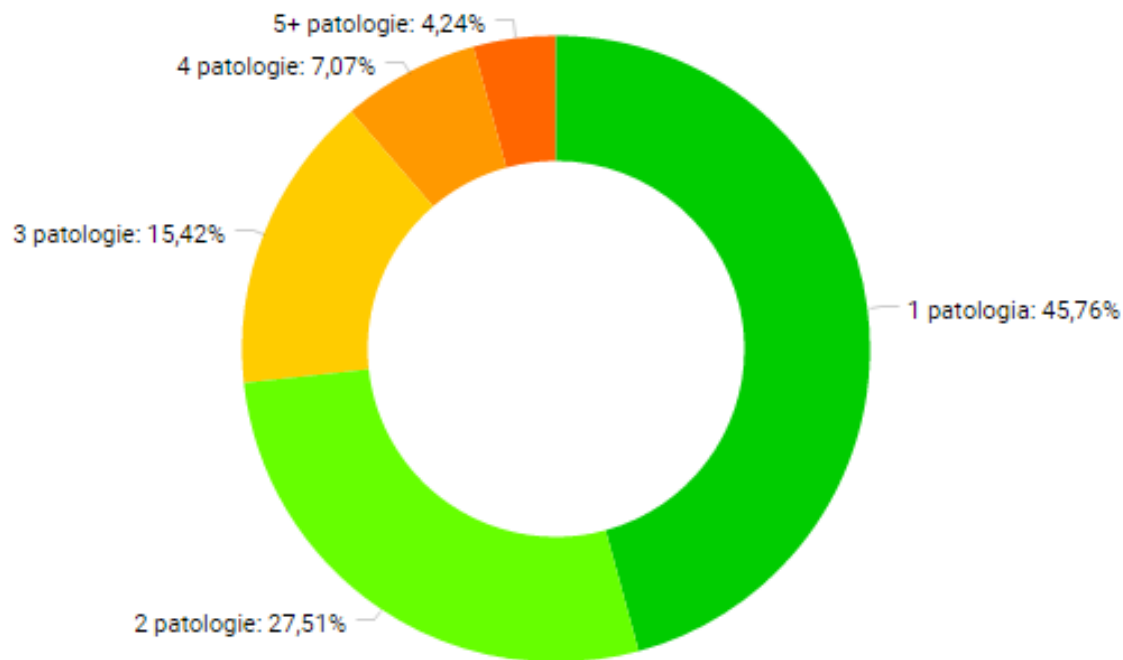
La **cardiopatía ischemica** è stabile, ben compensata.

Il **diabete mellito di tipo II**, scompensato in passato, è controllato da dieta bilanciata e metformina.

L'**ipertrofia prostatica** non provoca ostruzione e il paziente è portatore di pannoloni assorbenti per l'**incontinenza urinaria**.

# La comorbidità

Analisi delle pluripatologie in un singolo medico mediante il gestionale Mille-GPG.



|                           |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1 patologia: 356 pazienti | 2 patologie: 214 pazienti | 3 patologie: 120 pazienti |
| 4 patologie: 55 pazienti  | 5+ patologie: 33 pazienti |                           |

Le patologie prese in considerazione in questa analisi rispecchiano quelle analizzate all'interno del Modulo di Audit Clinico:

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Asma              | Insonnia            |
| BPCO              | IRC                 |
| Cancro            | Ipertensione        |
| Demenza           | IPB                 |
| Depressione       | Ipotiroidismo       |
| Diabete Mellito 2 | Malattia Coronarica |
| Epilessia         | MRGE                |
| FA                | Scompenso Cardiaco  |
| Ictus-TIA         |                     |

Distribuzione nel numero di patologie concomitanti diagnosticate in Health Search:

| N° patologie | Percentuale |
|--------------|-------------|
| 1            | 46,32%      |
| 2            | 26,06%      |
| 3            | 15,06%      |
| 4            | 7,60%       |
| 5+           | 4,96%       |

# La politerapia farmacologica

Come riportato nella storia clinica, il sig. Mario è in **terapia cronica** con Bisoprololo, Furosemide, Clopidogrel, Pantoprazolo, Metformina, Levodopa/Benserazide, Omegastatina, Quetiapina.

La **Quetiapina** è stata introdotta in terapia nell'ultimo anno, su consiglio del neurologo, al dosaggio di 25 mg la sera, per problemi di agitazione soprattutto serali.

Da circa un anno è stato reintrodotta la **clomipramina** al dosaggio di 25 mg dopo pranzo vista l'efficacia in passato nella riduzione della scialorrea, e secondariamente della tosse, attraverso l'effetto anticolinergico del farmaco, avendo presente gli effetti negativi sull'ipertrofia prostatica, sul parkinsonismo e sulla disfagia.

Anche per la Quetiapina, la Levodopa/Benserazide e il diuretico, potenzialmente aggravanti la disfagia, è stato fatta una valutazione rischio/beneficio.

# L'uso dei farmaci in Italia (Rapporto OSMED 2018)

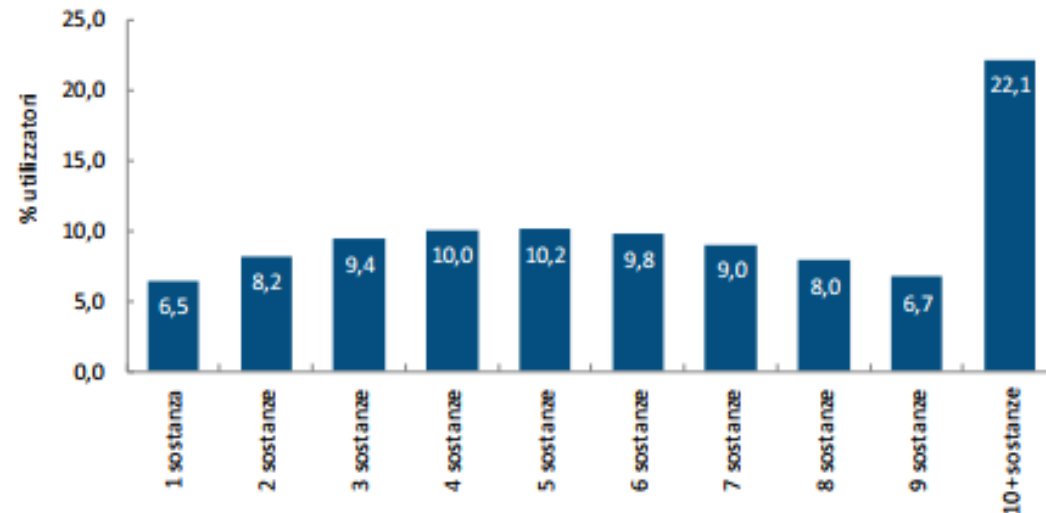
In Italia i pazienti oltre i 65 anni assumono in media circa 7 farmaci.

Il sig. Mario rientra nella fascia del 22% dei pazienti che assumono oltre 10 farmaci.

Tabella 2.3.2. Numero medio di sostanze per età e genere (2018)

| Fascia d'età | Numero medio di sostanze |       |        |
|--------------|--------------------------|-------|--------|
|              | Uomini                   | Donne | Totale |
| 65-69        | 5,3                      | 5,6   | 5,4    |
| 70-74        | 6,1                      | 6,4   | 6,3    |
| 75-79        | 6,8                      | 7,1   | 7,0    |
| 80-84        | 7,5                      | 7,7   | 7,6    |
| ≥85          | 7,8                      | 7,7   | 7,7    |
| Totale       | 6,5                      | 6,8   | 6,7    |

Figura 2.3.2. Distribuzione degli utilizzatori nella popolazione di età ≥65 anni per numero di sostanze diverse (2018)





# Farmaci che possono indurre o aggravare la disfagia

| Farmaci che possono provocare lesioni esofagee   | Farmaci che provocano xerostomia   | Farmaci che possono contribuire alla disfagia  |
|--|--|--|
| <b>Antibiotici</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tetracicline</li><li>• Macrolidi</li><li>• Penicillina</li></ul> <b>FANS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Piroxicam</li><li>• Indometacina</li><li>• Acido acetilsalicilico</li></ul> <b>Bifosfonati</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alendronato</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Antipsicotici</li><li>• Antidepressivi</li><li>• Antiemetici</li><li>• Ansiolitici</li><li>• Antistaminici</li><li>• Diuretici</li><li>• Anticolinergici</li><li>• Antipertensivi</li><li>• Broncodilatatori</li></ul> | <b>Antipsicotici</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aloperidolo</li><li>• Olanzapina</li><li>• Clozapina</li><li>• Risperidone</li></ul> <b>Anticolinergici</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nitrazepam</li><li>• Clonazepam</li></ul> <b>Chemioterapici</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vincristina</li></ul> |

Modificata da Fusco 2016

# Raccomandazioni nella somministrazione dei farmaci

- Utilizzare farmaci inducenti o aggravanti la disfagia solo se strettamente necessari
- Valutare la disponibilità di formulazioni farmaceutiche alternative a quelle solide orali
- Valutare la possibilità della manipolazione (divisione, frantumazione, schiacciamento di compresse, apertura di capsule)
- Seguire le raccomandazioni per la somministrazione dei farmaci attraverso eventuali sonde nutrizionali

L'utilizzo dei farmaci orali nel paziente disfagico. E. Ubaldi [www.nutritionalacademy.it](http://www.nutritionalacademy.it)

# L'assistenza domiciliare <sup>1/2</sup>

Il sig. Mario vive al proprio domicilio con la coniuge affetta da miopatia cronica di Laing, con impossibilità a deambulare.

Nelle mattine dei giorni feriali frequenta un centro diurno comunale per pazienti con demenza.

L'assistenza domiciliare viene fornita da più *care-giver* che si alternano, ma che vengono frequentemente sostituiti per l'impegno che è richiesto nell'assistere in contemporanea due pazienti disabili. Questo comporta un ripetuta formazione ed educazione sanitaria dei *care-giver*.

Tra i familiari, il sostegno è fornito da un figlia che vive nelle vicinanze.

# L'assistenza domiciliare <sup>2/2</sup>

Per poter assistere al proprio domicilio un paziente disfagico sono necessarie numerose condizioni che debbono essere soddisfatte per pazienti fragili con disabilità:

- Adeguata abitazione e disponibilità economica
- Presenza di uno o più familiari di riferimento
- *Care-giver* adeguatamente formati
- Servizio sanitario di assistenza domiciliare che garantisca l'accesso di personale infermieristico e specialistico pluriprofessionale
- Continuità assistenziale da parte dei medici delle cure primarie.
- Servizi sociali di affiancamento.