

Aprile 2024

Corso AVVO

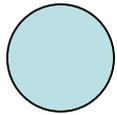
Il benessere del paziente anziano

Alimentazione ed igiene ospedaliera



Dott. N. Poletti
Coord. Infermieristico MDA Deg. Geriatria B BT, AOUI Verona

GRANDEZZA DEL NEMICO



**Capello
umano**
100 micron



Polvere
25 micron

**Altri
contaminanti**
0.5 micron

Struttura anatomica della cute

La cute si compone di tre parti essenziali:

- L'epidermide
- Derma
- ipoderma

Protezione fisico-chimico

- Capacità di modulare l'assorbimento di diverse sostanze

A yellow rectangular sticky note with a folded top-right corner, containing the text 'Funzioni fisiologiche della cute'.

Funzioni fisiologiche
della cute

Flora transitoria

- Colonizza lo strato superficiale della cute
- composta prevalentemente da microrganismi acquisiti di recente
- i batteri patogeni sono batteri Gram-, appartenenti alle Enterobatteriacee



- Localizzata negli strati più profondi
- funzione protettiva come antagonista microbica
- costituita da batteri Gram+ aerobi e anaerobi
- la flora residente può essere responsabile di infezioni opportunistiche

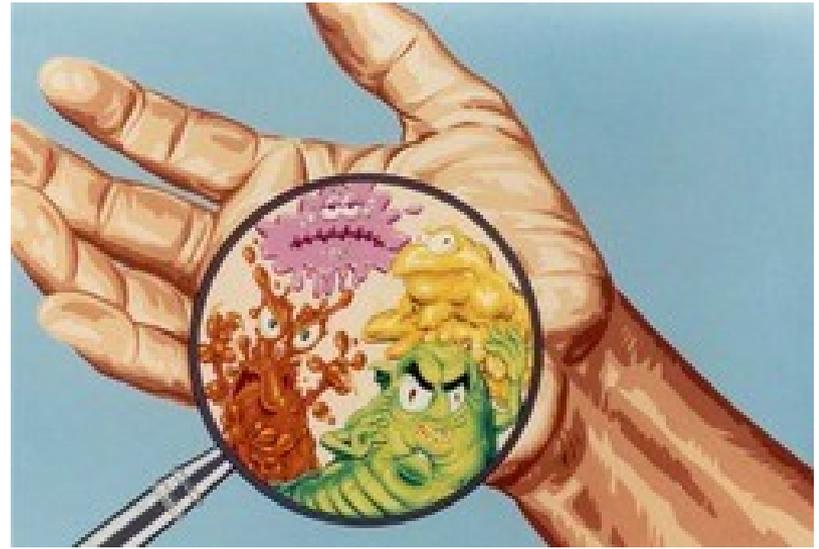
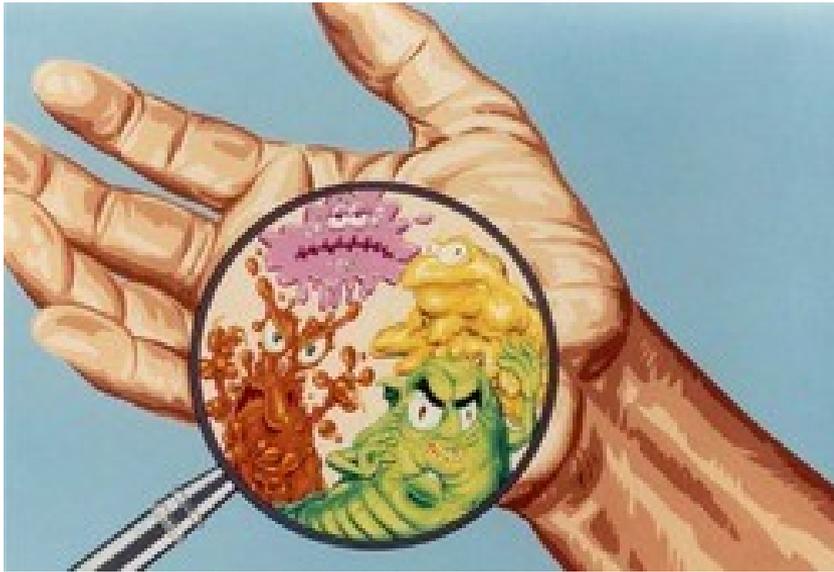
Tali microrganismi sono presenti sia sulla cute del paziente che su oggetti a lui vicini.

La trasmissione dei microrganismi si verifica attraverso:

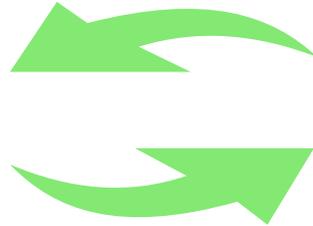


- ✓ Microrganismi capaci di sopravvivere x almeno alcuni min sulle mani del personale
- ✓ Procedure di lavaggio e di antisepsi non adeguate o non pratiche o effettuate con prodotti inappropriati
- ✓ Mani contaminate venute a contatto diretto con un altro paz o con un oggetto inanimato che a sua volta contamina il paz

Perché lavarsi le mani?

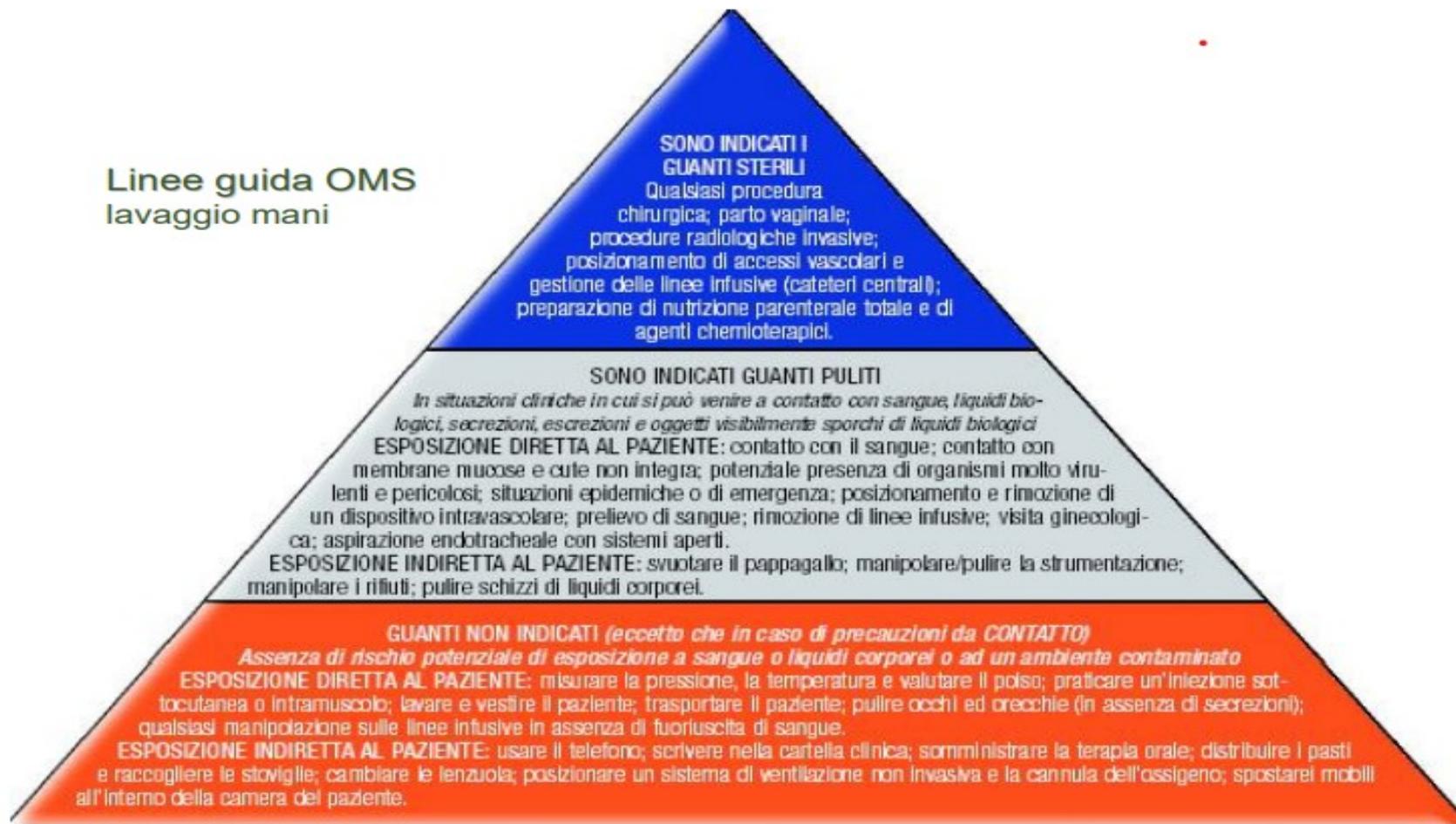


Il lavaggio delle mani con acqua e sapone e con soluzione alcolica

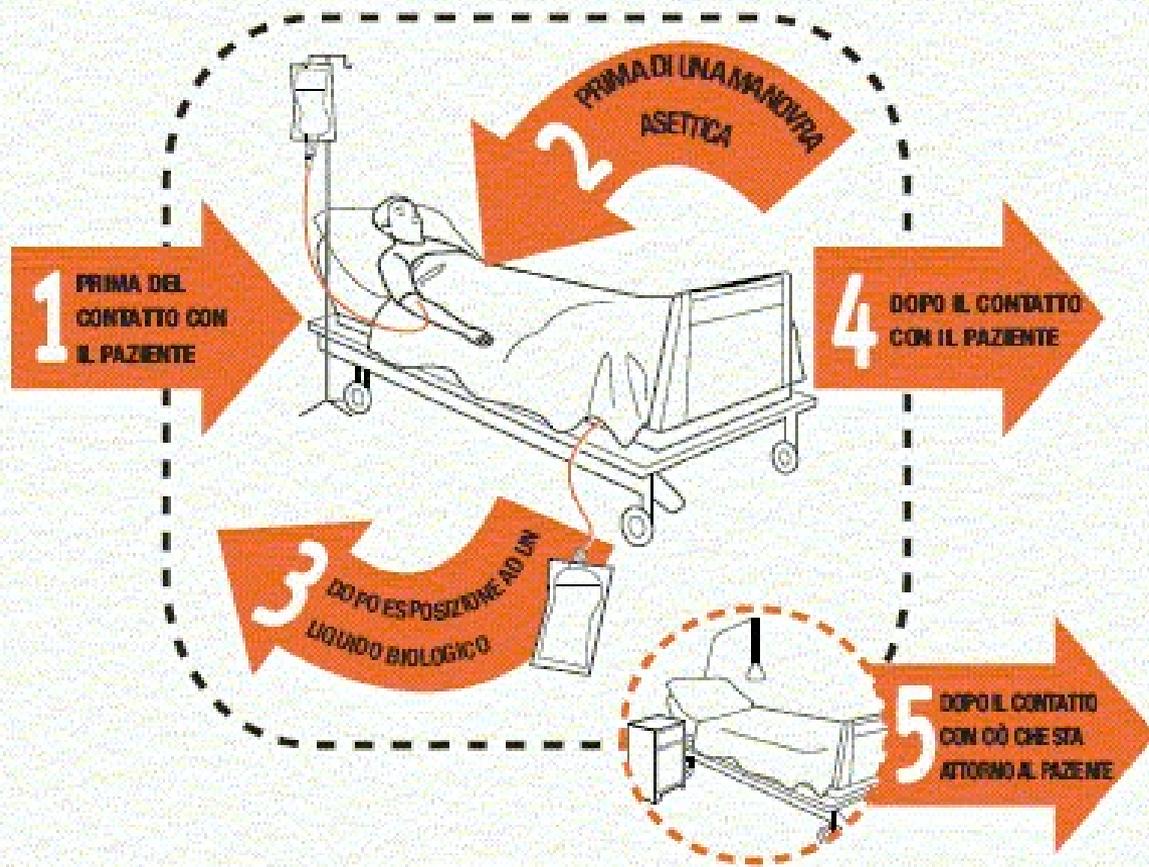


“ il lavaggio delle mani è considerato la più importante tra le procedure di prevenzione delle infezioni ospedaliere”(CDC)

Linee guida OMS lavaggio mani



L'IGIENE DELLE MANI



IGIENE DELLE MANI



PRIMA E DOPO L'USO DEL GUANTO



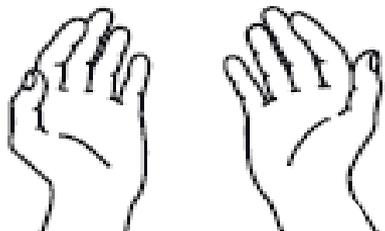
Igiene delle mani



Guanti



**MANI
PULITE/SICURE**



L'utilizzo dei guanti NON sostituisce l'igiene delle mani

Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**

Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



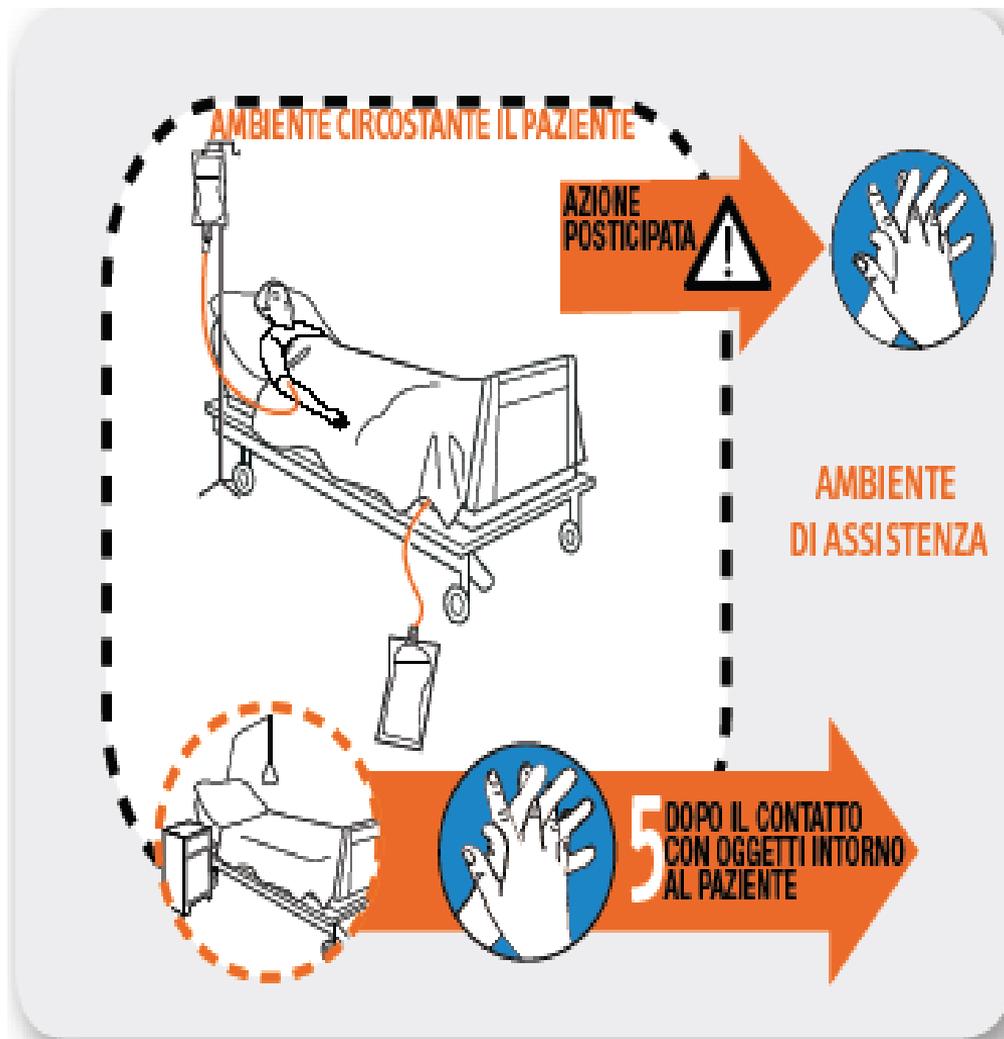
...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

Igiene delle mani mediante frizione/soluzione alcolica





Esempi di contatto con il paziente
Gesti di cortesia e di confort: stringere la mano, afferrare per il braccio;
Contatto diretto: aiutare un paziente a camminare, lavarsi o eseguire un massaggio;
Visita clinica: valutazione del polso e misurazione della pressione, auscultazione del torace, palpazione addominale.



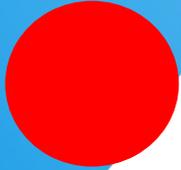
Esempi di contatto con ciò che sta
attorno ai pazienti:

Cambiare le lenzuola, modificare la
velocità di infusione, monitorare un
allarme, regolare una sponda del letto,
pulire il comodino

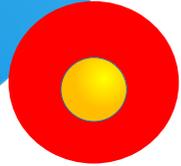


**SEMPRE DOPO IL LAVAGGIO CON ACQUA E SAPONE E' NECESSARIO
FRIZIONARE LE MANI CON SOLUZIONE ALCOLICA**

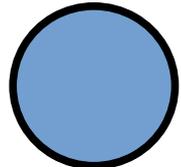
SEGNALETICA CODICE COLORE ISOLAMENTI DEGENTI



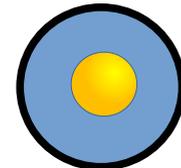
ISOLAMENTO DA CONTATTO



ISOLAMENTO PREVENTIVO DA CONTATTO

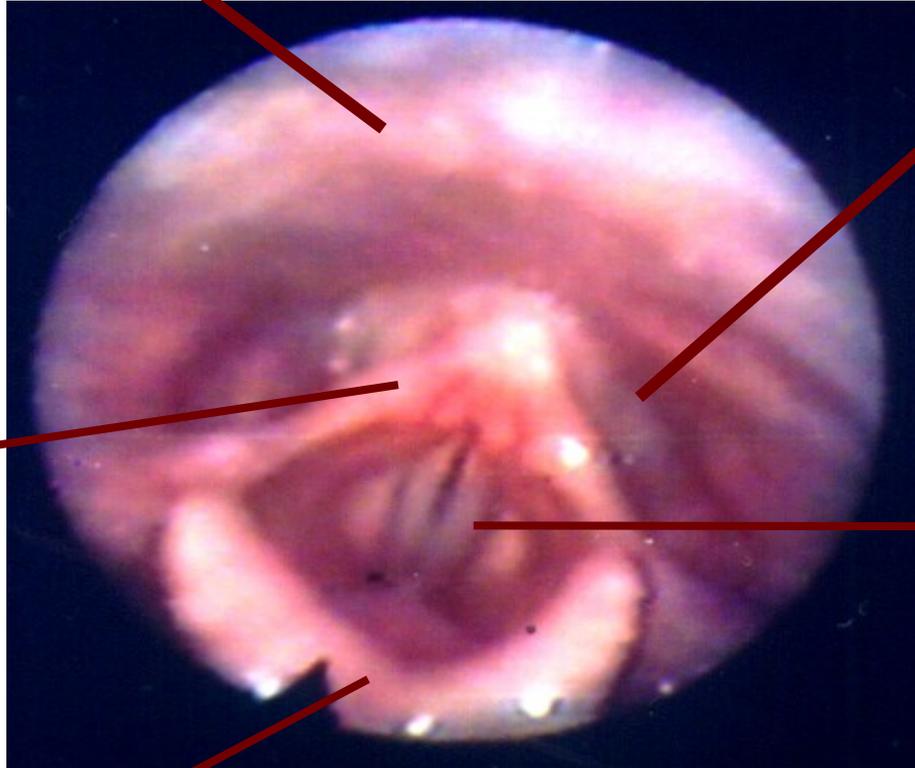


ISOLAMENTO AEREO



ISOLAMENTO PREVENTIVO AEREO

Parete faringea
Posteriore



Seno piriforme

Cartilagine
aritenoidi

Corda vocale
vera

Epiglottide

FASI DELLA DEGLUTIZIONE



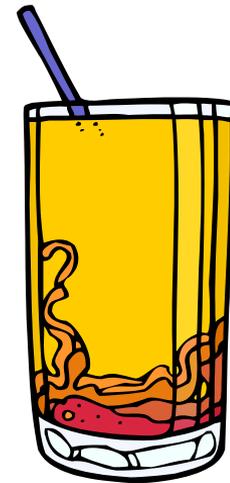
FASE ORALE



FASE FARINGEA



FASE ESOFAGEA



DISFAGIA:

difficoltà nella deglutizione

Patologica



Meccanica

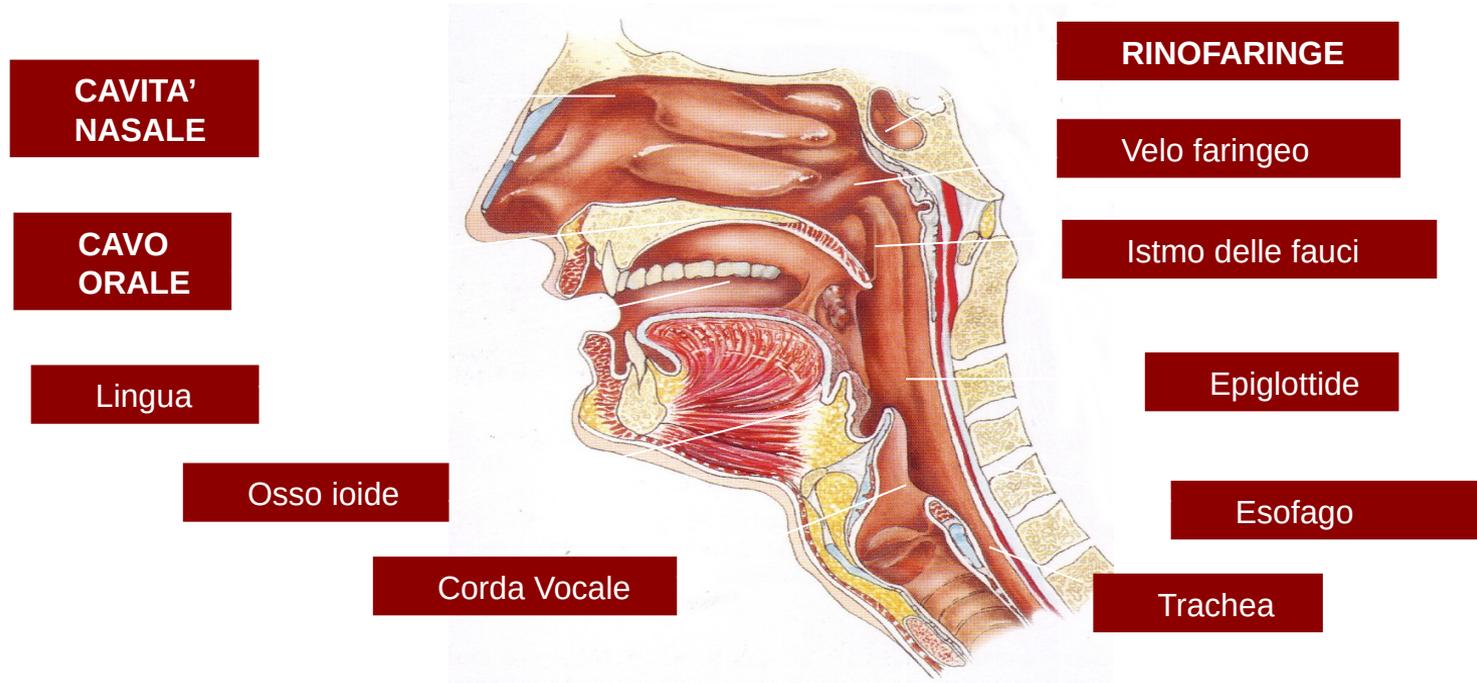
Circa il 50% della popolazione adulta presenta disturbi della deglutizione

Le fasce d'età più colpite dai disturbi disfagici sono quella infantile e la senile

L'aspirazione di cibo nelle vie aeree determina la morte nel 40% dei pazienti che hanno subito un ictus

La Disfagia determina aumentato rischio di:

- **malnutrizione, polmonite ab ingestis (Martin 1994)**
- **morte (Schmidt et Al 1994),**
- **aumenta i tempi di ospedalizzazione e le cure a lungo termine (Odderson et Al, 1995)**



DISFAGIA DI GRADO 1

- **Tipo di paziente:** Pazienti che non riescono a masticare e deglutire
- **Cibi permessi** Alimenti semiliquidi omogenei
- **Liquidi** Solo se addensati
- **Da evitare** Cibi che si frantumano o si sbriciolano, cibi appiccicosi.

DISFAGIA DI GRADO 2

- **Tipo di paziente:** Pazienti con ridotta capacità di masticazione e una deglutizione fortemente compromessa
- **Cibi permessi** Alimenti passati (consistenza cremosa o purea) Liquidi Preferibilmente addensati
- **Da evitare** Cibi interi o a pezzi cibi, a doppia consistenza o non compatti, cibi che si sciolgono in bocca.

DISFAGIA DI GRADO 3

- **Tipo di paziente:** Pazienti con masticazione limitata e deglutizione accettabile
- **Cibi permessi** Alimenti morbidi cotti, tritati o ridotti in piccoli pezzi, non è necessaria la frullatura, eliminare le parti più dure o filamentose, si possono usare salse o creme per modificare la consistenza.
- **Liquidi** Valutare se tollerati.
- **Da evitare** Cibi crudi, cibi secchi o croccanti, cibi che si sciolgono in bocca.

DISFAGIA DI GRADO 4

- **Tipo di paziente:** Pazienti in grado di assumere alimenti facilmente masticabili e di deglutire
- **Cibi permessi** Alimenti morbidi e non frullati eliminare le parti più dure, fibrose o filamentose si possono usare salse o creme per modificare la consistenza.
- **Liquidi** Non ci sono controindicazioni a priori, ma valutare se tollerati.
- **Da evitare** Cibi crudi, cibi secchi o croccanti, cibi che si sciolgono in bocca.

DISFAGIA: Conseguenze

- Broncopolmonite
- Malnutrizione
- Disidratazione
- Aumento giornate degenza
- Depressione

- Peggior stato clinico
- Peggior stato funzionale
- Difficoltà gestionale
- Peggior qualità vita

MALNUTRIZIONE

- Stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente alla discrepanza tra fabbisogni nutrizionali specifici ed introito o utilizzazione dell'energia e dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbidità e mortalità.



Council on food and Nutrition, American Medical Association, JAMA, 1970

CAUSE MALNUTRIZIONE NELL'ANZIANO

- Anoressia
- Edentulia
- Alterazioni gusto ed olfatto
- Riduzione stimolo neuroormonale appetito
- Aumentato senso sazietà
- **Disfagia**
- Gastriti, epatopatie, pancreatiti...

- Depressione
- Demenza
- Farmaci
- Disabilità fisica
- Povertà
- Solitudine
- Incapacità di uscire e preparare un pasto

VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA

- **ESAME CLINICO**

TEST DI DEGLUTIZIONE DELL'ACQUA

3 cucchiaini (10ml)+ 1 bicchiere (50ml)



VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA

ESAME CLINICO

- LIVELLO DI COSCIENZA
- DISFONIA
- TOSSE VOLONTARIA
- FUORIUSCITA INVOLONTARIA DI SALIVA
- ASIMMETRIA NELLA SENSIBILITA'-
MOVIMENTI DEL VOLTO



A COSA CI SERVE QUESTA CLASSIFICAZIONE ?

- **FORNIRE IL CIBO DELLA CONSISTENZA / MODALITA' ADEGUATA ALLA CAPACITA' DI DEGLUTIZIONE DEL PAZIENTE E DI GUSTO GRADEVOLE.**



CAMPANELLI D'ALLARME

COME CAPIRE CHE QUALCOSA NON VA?

Il passaggio di cibi o bevande nelle vie aeree anziché in quella digestiva si può manifestare in modo evidente con:

- frequenti colpi di tosse durante il pasto, anche entro 2-3 minuti dalla deglutizione di un boccone;
- alterazione della voce;
- fuoriuscita di cibo o liquidi dal naso;
- difficoltà a deglutire la terapia farmacologica;
- sensazione di soffocamento;
- comparsa di colorito rosso o bluastro (cianotico) al volto;

Indicazioni per alimentare in sicurezza la persona assistita

Durante la somministrazione del pasto:

- Posizionarsi allo stesso livello oppure più in basso degli occhi della persona da imboccare
- Evitare di far parlare la persona durante l'assunzione del pasto
- Far assumere piccole quantità di cibo (cucchiaino o cucchiaino) bicchiericannucce.....
- Posizionare il cibo sulla parte anteriore della lingua verso il centro della bocca, evitando di toccare i denti con il cucchiaino; la persona non deve iperestendere il capo

COSA EVITARE: alimenti

- Assumere la terapia farmacologica con acqua;
- Bere liquidi mentre si mangia (acqua, vino, bevande in genere);
- Cibi a doppia consistenza, quali pastina/minestrina in brodo, minestrone, fette biscottate nel caffelatte, agrumi, uva, anguria, dolci con ripieno liquido, gelato con pezzi di frutta/cioccolato/frutta secca, ecc.;
- Cibi secchi da sgranocchiare, come crackers, grissini, fette biscottate, frutta secca, caramelle dure, torroncini, ecc.;
- Riso in insalata, riso molto asciutto o riso in brodo;
- Mais in scatola;
- Melograno, ribes, ecc.;



MODALITÀ DI ASSUNZIONE DEI LIQUIDI

- Assumere acqua prima o 30 minuti dopo i pasti, a piccoli sorsi a capo flesso in avanti. Tenere il bicchiere sempre pieno, evitando così che il paziente vada indietro con la testa;
- Se si ha sete durante il pasto, assumere solo acqua gelificata/addensata;
- Tutti gli altri liquidi devono essere addensati*;
- Si raccomanda di bere almeno 1,5 litri di acqua al giorno, salvo diversa indicazione Medica.



CHE COSA FARE PRIMA DEL PASTO?

- Eseguire l'igiene del cavo orale “a secco”, senza acqua né liquidi di vario genere;
- Assicurarsi che la persona sia vigile e reattiva;
- Controllare che il paziente assuma la corretta postura: seduto, avambracci appoggiati al tavolo, pianta dei piedi ben appoggiata a terra e, salvo diverse indicazioni fornite dal Logopedista o dal Medico Deglutologo, con la testa leggermente flessa in avanti;
- Se il paziente è allettato dovrà essere adottata la posizione seduta portando lo schienale del letto il più alto possibile (porre un cuscino dietro la schiena in modo da mantenerla eretta), avambracci comodamente appoggiati su una tavola spostabile di fronte al paziente;
- Chi assiste il paziente nell'alimentazione deve posizionarsi seduto a livello degli occhi, o poco più in basso

CHE COSA FARE DURANTE IL PASTO?

- Durante il pasto il paziente non deve parlare, guardare la TV, leggere o essere distratto in alcun modo: l'ambiente deve essere tranquillo;
- Il paziente deve avere il capo flesso in avanti;
- È importante che il Paziente si alimenti senza fretta, prendendosi tutto il tempo necessario;
- Favorire l'autonomia del Paziente nell'alimentarsi. Se è necessario imboccarlo, rispettare i tempi di deglutizione del Paziente;
- Assicurarci che la persona abbia la bocca vuota prima di passare al boccone successivo ;
- Se durante il pasto si ha la sensazione di avere ancora cibo in gola, fare 2-3 colpi di tosse poi deglutire più volte la saliva.

CHE COSA FARE DOPO IL PASTO?

- Eseguire l'igiene orale alla fine di ogni pasto; se il Paziente è portatore di protesi dentale è importante effettuare la pulizia sia a livello del cavo orale che della protesi;
- Mantenere la posizione seduta per circa 30 o 60 minuti dopo il pasto;
- Prima di andare a dormire controllare che non siano presenti residui di cibo in bocca. Se si presentano frequenti episodi di tosse nel sonno non bisogna allarmarsi: è possibile che vi siano difficoltà nella deglutizione della saliva; è sufficiente aggiungere un cuscino dietro la testa per facilitarne la discesa nelle vie digestive.



Indicazioni per alimentare in sicurezza la persona assistita

Durante la somministrazione del pasto:

- Rispettare i tempi della persona nell'assunzione del cibo
- Incoraggiare la tosse e/o schiarimenti della gola
- Controllare eventuali residui di cibo all'interno del cavo orale
- Sospendere il pasto in caso di eccessivo affaticamento, ripetuti episodi di tosse...alteraz.colorito cute e mucose
- Valutare la possibilità di assicurare 6 piccoli pasti suddivisi nella giornata

BIBLIOGRAFIA

- Bugnoli S, Castagnoli M. et Al., Le responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, Maggioli Rimini 2010;
- Saiani L. Brugnoli A. Trattato di Cure Infermieristiche, Sorbona Napoli 2011
- Santullo A. Sasso L., Le scale di valutazione in sanità, McGraw-Hill Milano 2009
- Pellecchia C. Modena L. La disfagia oro-faringea nel paziente adulto con patologia neurologica Centro Studi EBN Bologna 2001
- Modena L. Pellecchia C. La disfagia neurologica nell'adulto , Evidence-based Nursing e Pratica Clinica. Centro studi EBN. S.Orsola Malpighi Bologna 2001
- Best Practice Identificazione e Gestione Infermieristica della Disfagia nell'adulto con Compromissione Neurologica Vol. 4 numero 2 Bologna 2000
- Sfondrini S. (a cura di) E' evidente che... www.ipasvicomo.it/agora ultima consultazione 4 settembre 2013
- Martino R. et Al., The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) Development and Validation of a Dysphagia Screening Tool for Patients With Stroke, Stroke febbraio 2009; 555-561



Grazie