

Il burden della disfagia: tra le complicanze sistemiche e il circolo vizioso delle ospedalizzazioni

Dott.ssa Ilaria Bolondi

U.O. Medicina interna – Ospedale Sant'Antonio, San Daniele del Friuli



Definizioni



- **DISFAGIA:** alterazione del fisiologico processo di deglutizione, che rende difficoltoso (e pericoloso) il corretto transito del bolo nelle vie digestive superiori.
- **PRESBIFAGIA:** modifiche/alterazioni della deglutizione relate all'età.

Complicanze sistemiche

Disfagia



Malnutrizione



Fragilità



Sarcopenia



Complicanze sistemiche

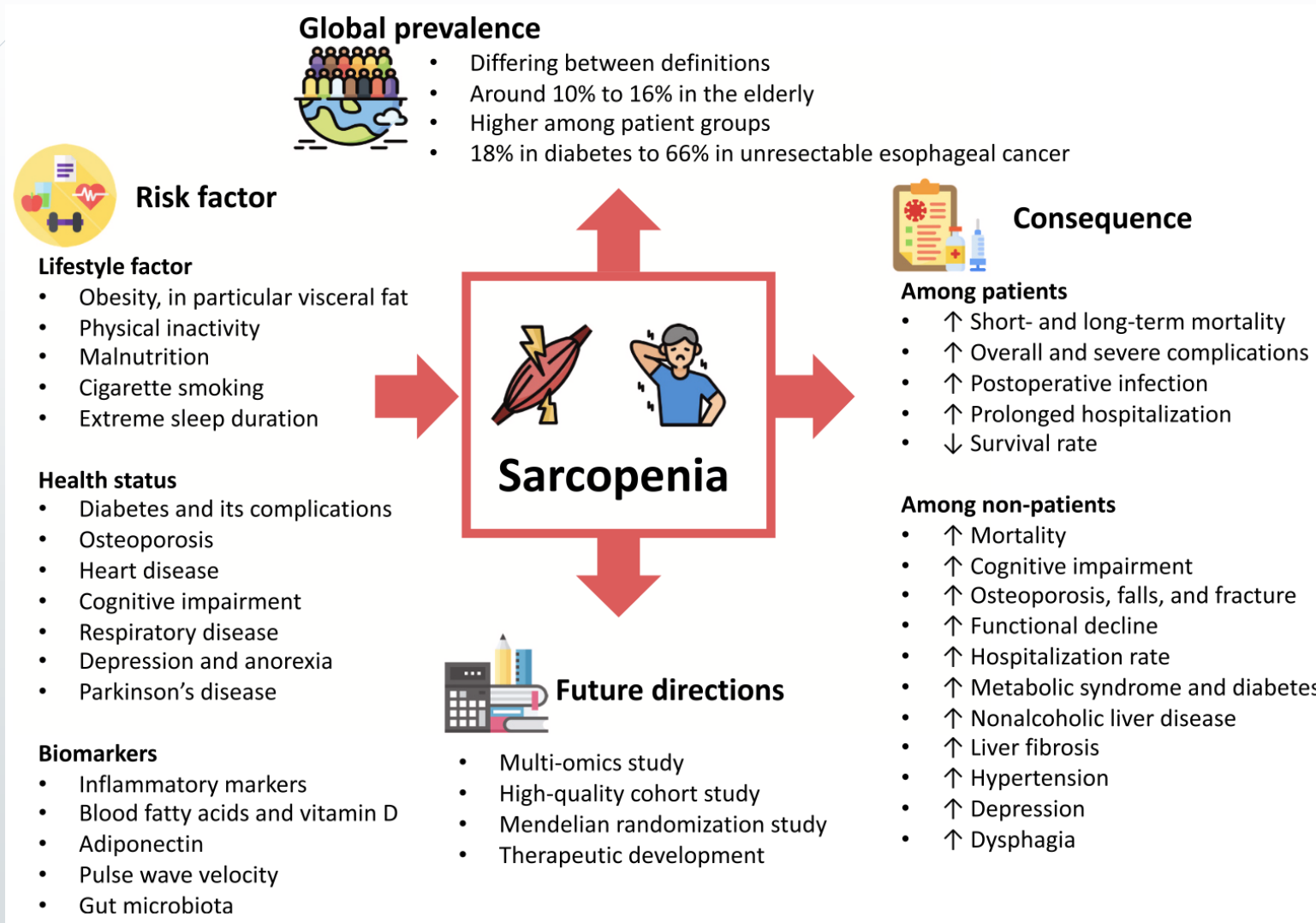
- ▶ **Malnutrizione**: carenza di assunzione o di assorbimento della nutrizione che conduce a un'alterazione della composizione (calo della massa magra) e della massa corporea, determinante una riduzione della funzionalità mentale e fisica e un compromesso esito clinico nella malattia
- ▶ Strettamente correlata ad altre due entità cliniche: **sarcopenia** e **fragilità**



Sarcopenia

- ▶ Disordine progressivo e generalizzato che determina perdita della massa muscolare scheletrica e della sua funzione.
- ▶ Correlazione diretta e circolo vizioso con disfagia
- ▶ Sintomi tipici: cadute, debolezza, rallentamento motorio, astenia e difficoltà nelle attività di vita quotidiane.
- ▶ SARC-F come strumento di screening, diagnosi successiva basata su valutazione forza e massa muscolare.

Sarcopenia





Fragilità



- ▶ Stato di aumentata vulnerabilità derivante da un declino delle riserve e della funzionalità secondari all'invecchiamento di più sistemi fisiologici, tali da compromettere la capacità di far fronte a fattori di stress quotidiani o acuti.
- ▶ Meccanismi patogenetici: infiammazione cronica, senescenza cellulare, disfunzione mitocondriale e alterato sensing cellulare
- ▶ Importante fattore di rischio per aumentata mortalità, disabilità, cadute, fratture, riduzione della mobilità, solitudine, ridotta qualità di vita, depressione, declino cognitivo, ospedalizzazione e istituzionalizzazione.
- ▶ L'effettivo grado di fragilità impatta sulla gestione e definizione del percorso di cura del paziente.

Fragilità

eFrailty

[Home](#) [About Us](#) [Why Measure Frailty](#) [How to Choose](#) [Crosswalk](#) [Frailty Tools ▾](#) [Other Tools ▾](#)

[Why Measure Frailty](#)

[Help Me Choose a Frailty Tool](#)

[Overview of Frailty Tools](#)

[Clinical Frailty Scale](#)

[CGA-FI Calculator](#)

[Risk Analysis Index](#)

[Frailty Phenotype](#)

[FRAIL Scale](#)



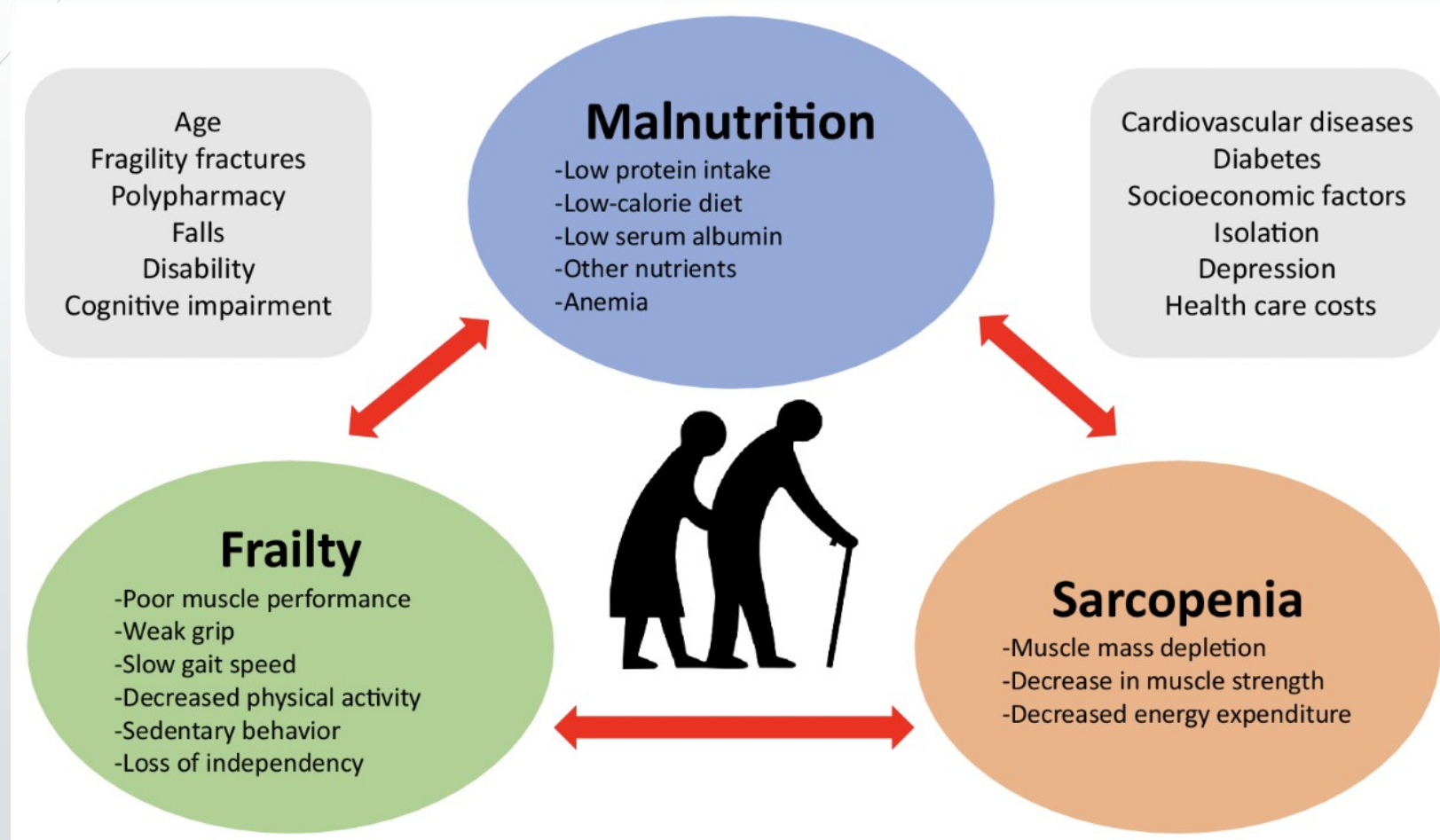
VA



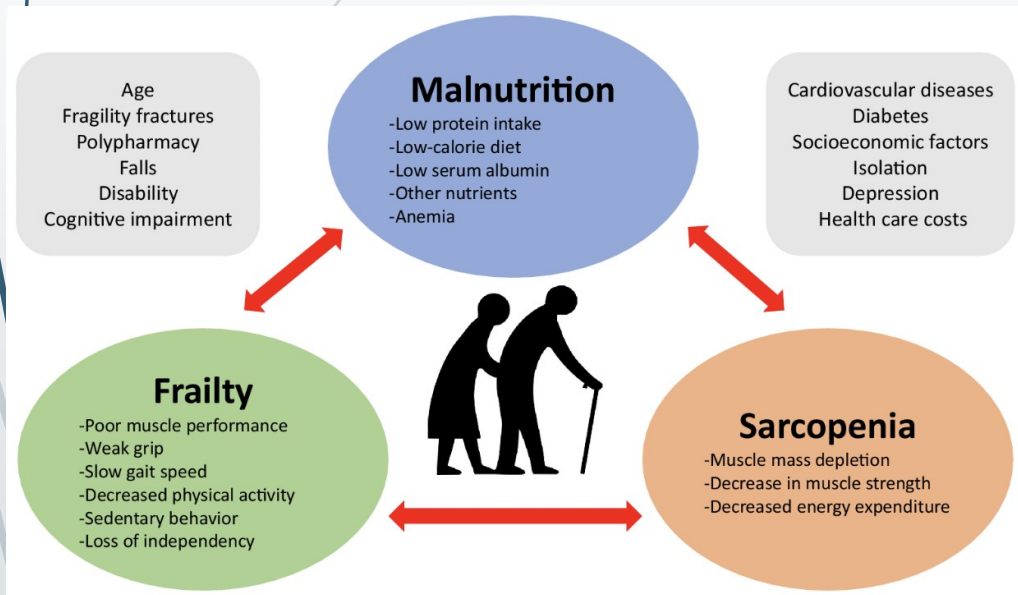
U.S. Department of Veterans Affairs
Veterans Health Administration
Geriatric Research, Education, and Clinical Centers

<https://efrailty.hsl.harvard.edu>

Malnutrizione, sarcopenia e fragilità



Malnutrizione, sarcopenia e fragilità

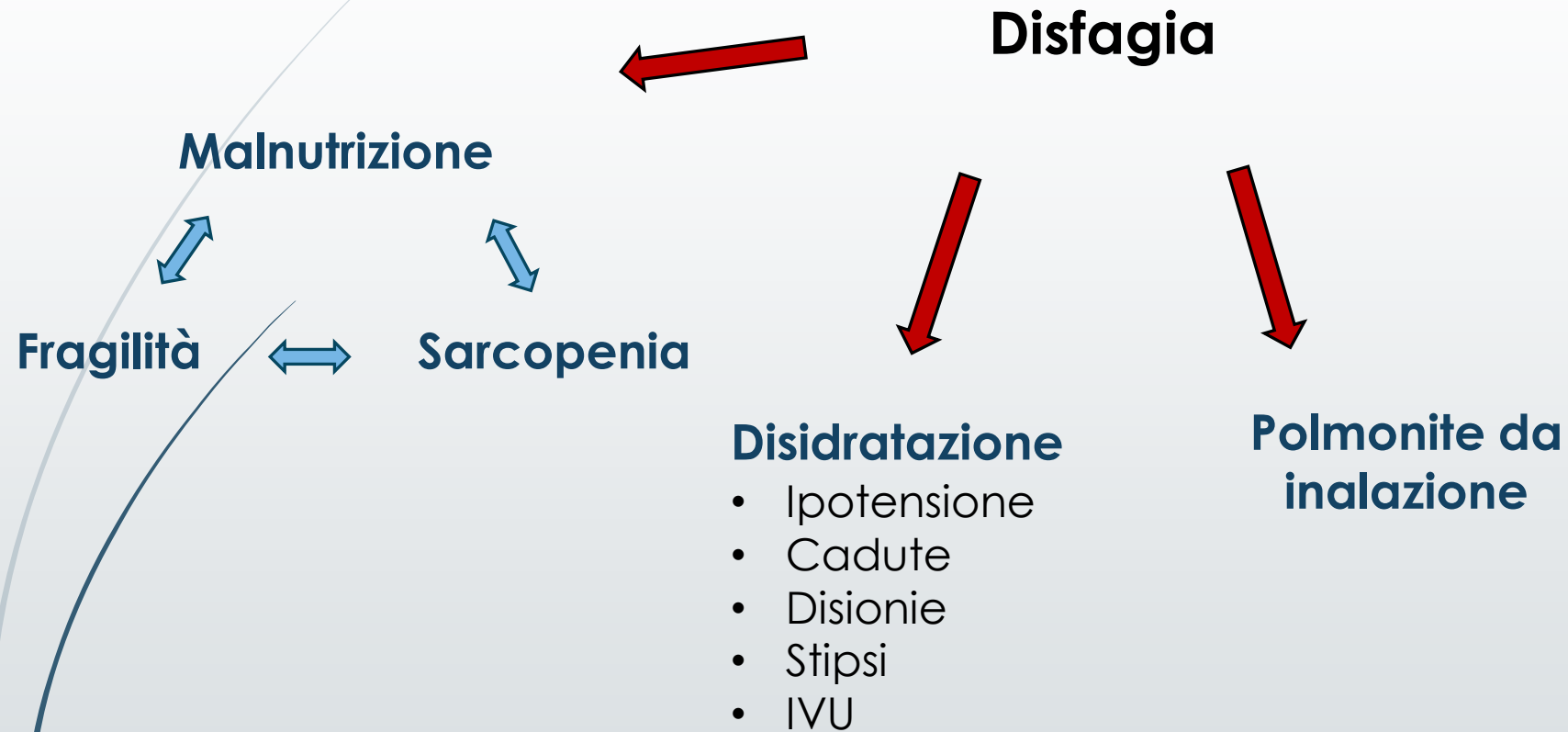


- ❖ PEGGIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA
- ❖ PEGGIORI OUTCOMES CLINICI
- ❖ PERDITA DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE
- ❖ AUMENTO MORBIDITÀ E MORTALITÀ

Complicanze sistemiche



Complicanze sistemiche





Polmonite da inalazione

- ▶ La microaspirazione è riconosciuta come uno dei fattori principali determinanti l'insorgenza di polmonite, in associazione ad alterazione del microbioma del tratto respiratorio.
- ▶ L'inalazione di materiale del tratto gastro-intestinale superiore od orofaringeo colonizzato da patogeni (macroaspirazione) è il fattore determinante della polmonite da inalazione.
- ▶ L'inalazione di grandi quantità di contenuto gastrico con basso pH (solitamente <2.5) può portare a polmonite chimica, ove la noxa non è primariamente infettiva.
- ▶ La polmonite da inalazione è gravata da una mortalità superiore rispetto alle altre forme di polmonite.

Polmonite da inalazione

Pathogenesis and risk factors for the development of pneumonia after macroaspiration

Risk Factors

Impaired swallowing

Esophageal disease: dysphagia, cancer, stricture
Chronic obstructive pulmonary disease

Neurologic diseases: seizures, multiple sclerosis, parkinsonism, stroke, dementia

Mechanical ventilation extubation

Impaired consciousness

Neurologic disease: stroke

Cardiac arrest

Medications

General anesthesia

Alcohol consumption

Increased chance of gastric contents reaching the lung

Reflux

Tube feeding

Impaired cough reflex

Medications

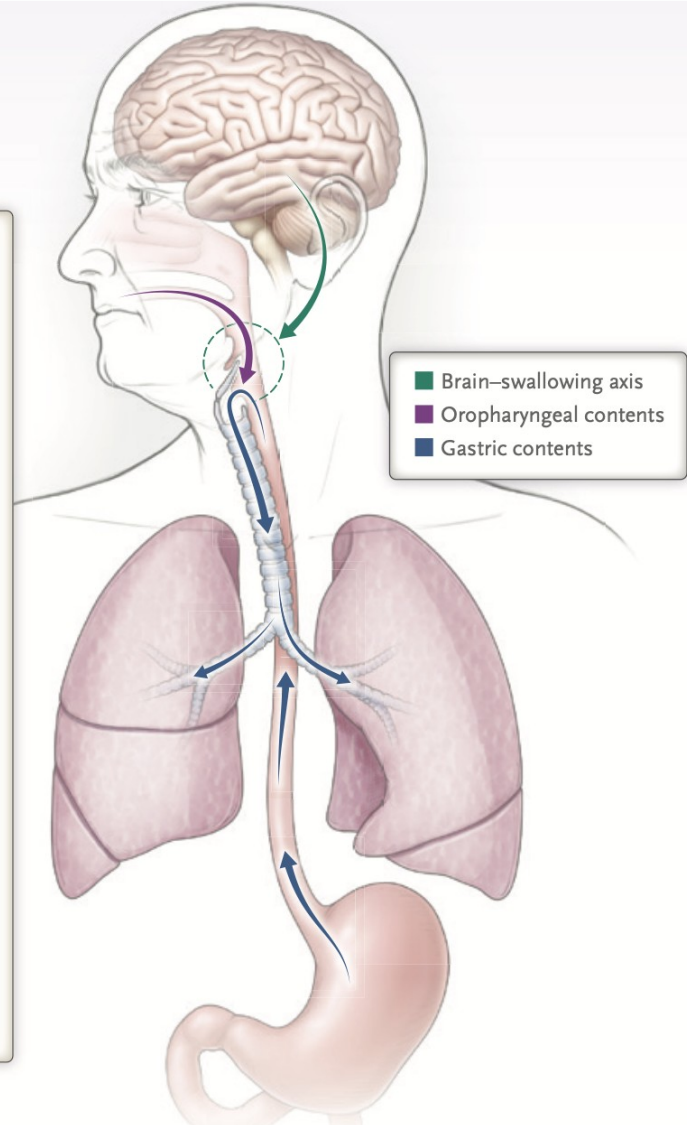
Alcohol

Stroke

Dementia

Degenerative neurologic disease

Impaired consciousness





Polmonite da inalazione

- Diagnosi basata sull'anamnesi (documentato episodio di inalazione), la presenza di fattori di rischio e riscontri radiologici compatibili, quali infiltrati disposti secondo gravità a livello polmonare (segmenti superiori del lobo inferiore o posteriori del lobo superiore se il paziente è supino o segmenti basali del lobo inferiore se il paziente è in posizione eretta durante l'evento)
- Batteri più frequentemente coinvolti nelle polmonite da inalazione acquisita in comunità: *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae* ed Enterobatteriacee
- Nelle forme acquisite in ospedale riscontrati in maniera predominante batteri Gram negativi, tra cui anche *P. aeruginosa*.
- Gram negativi enterici sono stati frequentemente riscontrati in pazienti con disturbi gastrointestinali.
- Batteri anaerobi associati più frequentemente a importanti parodontopatie.

Polmonite da inalazione

Table 1. Antibiotic Treatment of Aspiration Pneumonia.*

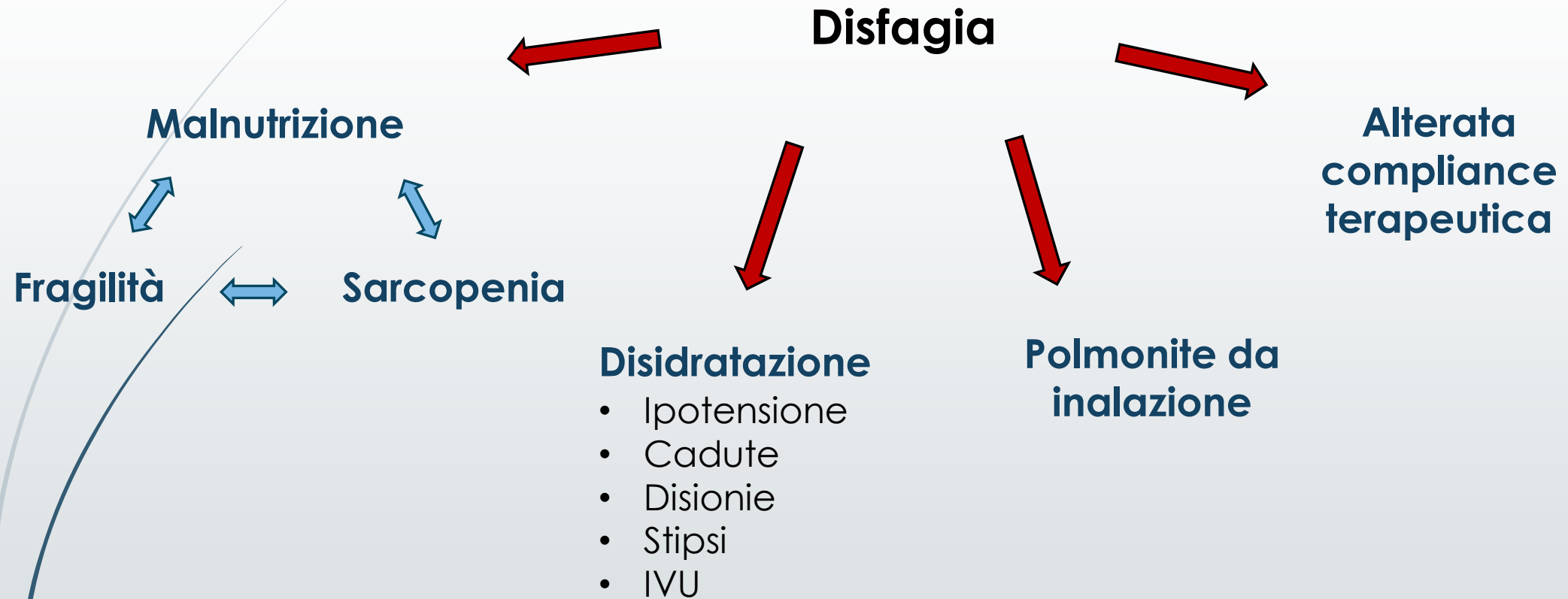
Drug	Dose, Schedule, and Route of Administration
Ampicillin–sulbactam	1.5–3 g every 6 hr, intravenous
Amoxicillin–clavulanate	875 mg twice daily, oral
Piperacillin–tazobactam	4.5 g every 8 hr or 3.375 g every 6 hr, intravenous
Ceftriaxone	1–2 g once daily, intravenous
Cefepime	2 g every 8–12 hr, intravenous
Ertapenem	1 g once daily, intravenous
Imipenem	500 mg every 6 hr or 1 g every 8 hr, intravenous
Meropenem	1 g every 8 hr, intravenous
Levofloxacin	750 mg once daily, intravenous or oral
Moxifloxacin	400 mg once daily, intravenous or oral
Clindamycin	450 mg three or four times daily, oral; or 600 mg every 8 hr, intravenous
Gentamicin or tobramycin†	5–7 mg/kg once daily, intravenous
Amikacin†	15 mg/kg once daily, intravenous
Colistin‡	9 million IU per day in two or three divided doses, intravenous
Vancomycin†	15 mg/kg every 12 hr, intravenous
Linezolid	600 mg every 12 hr, intravenous or oral

* Doses are for patients with normal renal function.

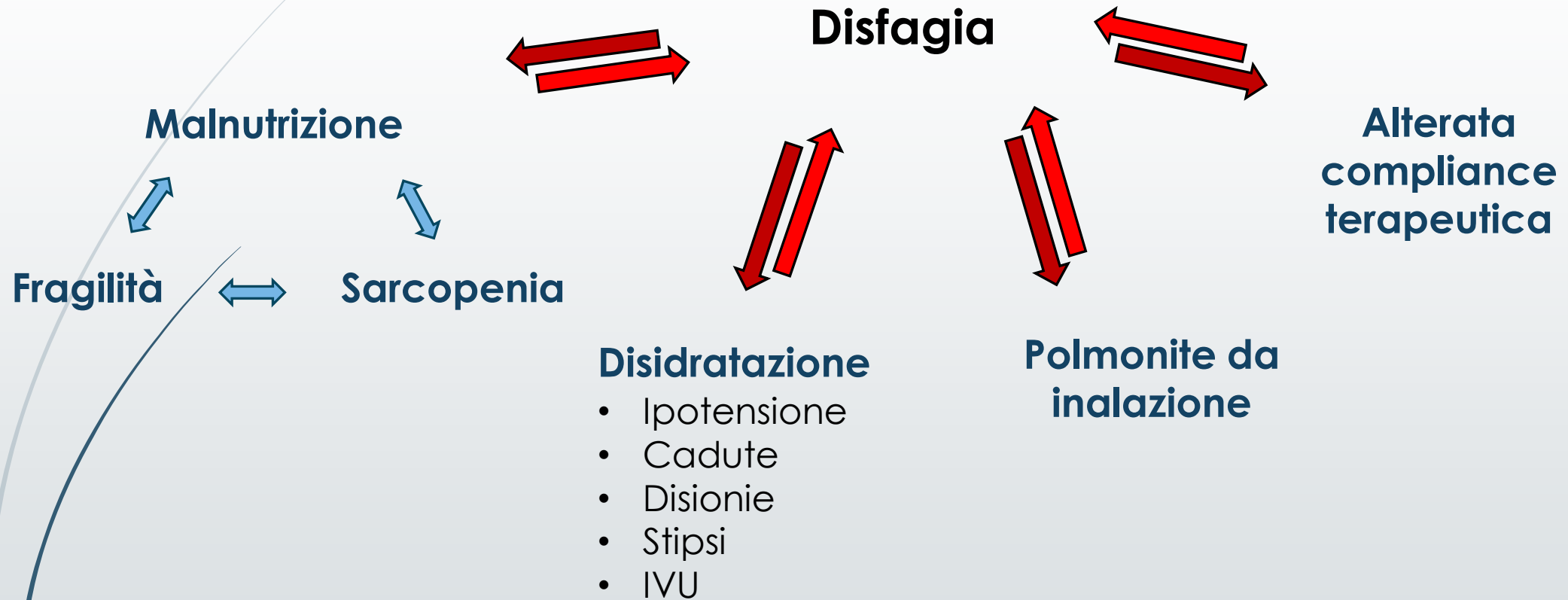
† The dose should be adjusted to a trough level of less than 1 mg per liter for gentamicin and tobramycin, a trough level of less than 4 mg per liter for amikacin, and a trough level of 10 to 15 µg per milliliter for vancomycin, with renal function taken into consideration in all cases.

‡ A loading dose of 6 million to 9 million IU can be administered.

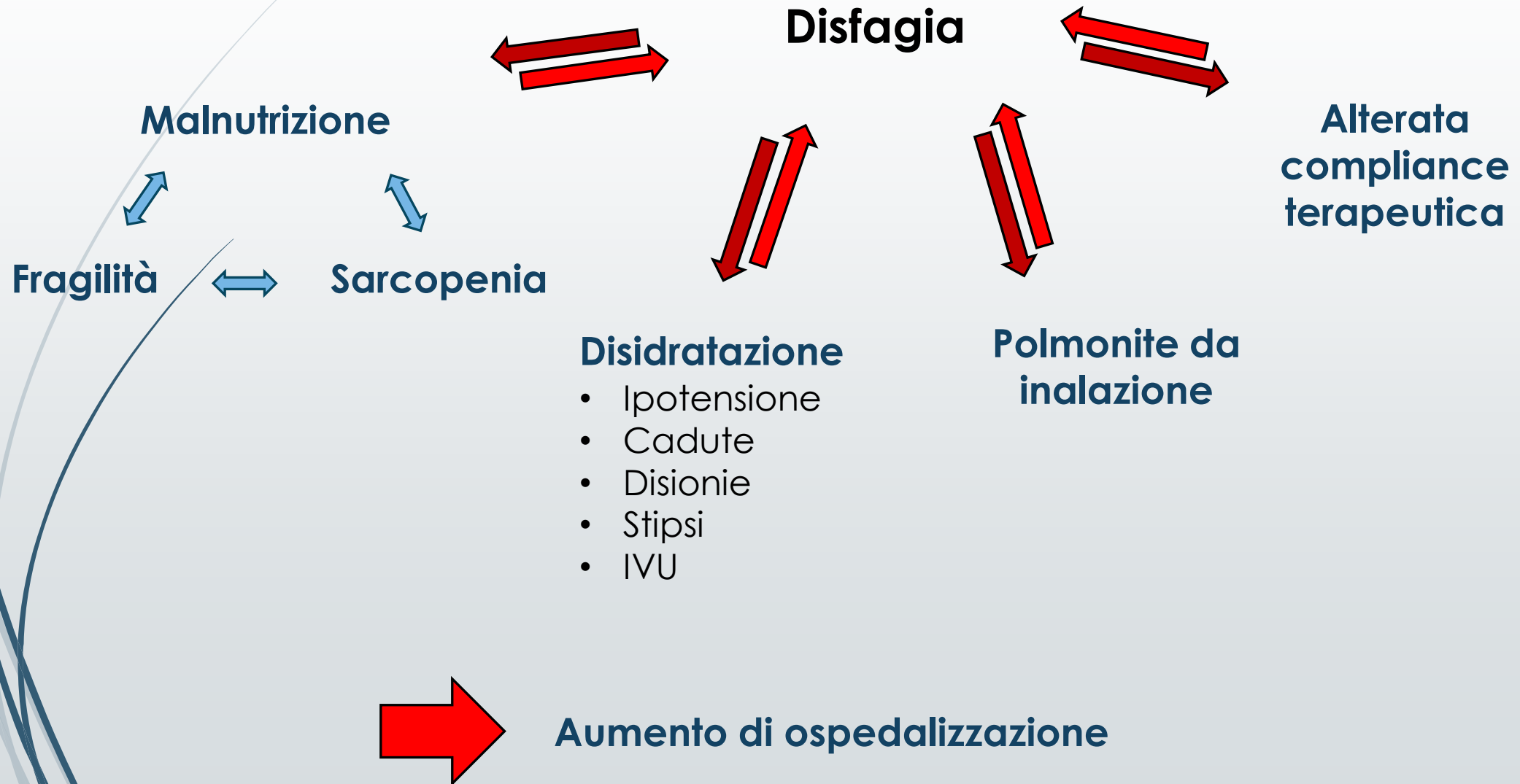
Complicanze sistemiche



Complicanze sistemiche



Complicanze sistemiche





Ospedalizzazione, complicanze e disabilità

Benchè spesso necessaria, l'ospedalizzazione nel paziente anziano si associa spesso a un peggioramento degli outcomes clinici, caratterizzato da:

- ▶ Aumentato rischio di sviluppo di complicanze legate all'ospedalizzazione stessa, quali delirium, cadute, declino funzionale, incontinenza, ulcere da pressione
- ▶ Aumentato rischio di perdita dell'indipendenza nelle ADL e sviluppo di disabilità cronica dopo ospedalizzazione
- ▶ Aumentato rischio di istituzionalizzazione dopo il ricovero
- ▶ Aumentato rischio di mortalità



Conclusioni



- ▶ La disfagia può rappresentare il primum movens di una cascata di eventi che progredendo può condurre a complicanze sistemiche, determinanti a loro volta aumento di morbidità, ospedalizzazioni, riduzione dell'autonomia personale con incremento dell'istituzionalizzazione e in infine incremento della mortalità.
- ▶ Fondamentale identificare e gestire precocemente tale condizione.

Conclusioni



A paint roller with a blue roller and a metal handle is shown on a wooden surface. The roller is covered in blue paint, and there are some blue paint splatters on the wood. The text "THANK YOU FOR YOUR ATTENTION" is written in white, bold, uppercase letters on the blue paint.

**THANK YOU
FOR YOUR
ATTENTION**

