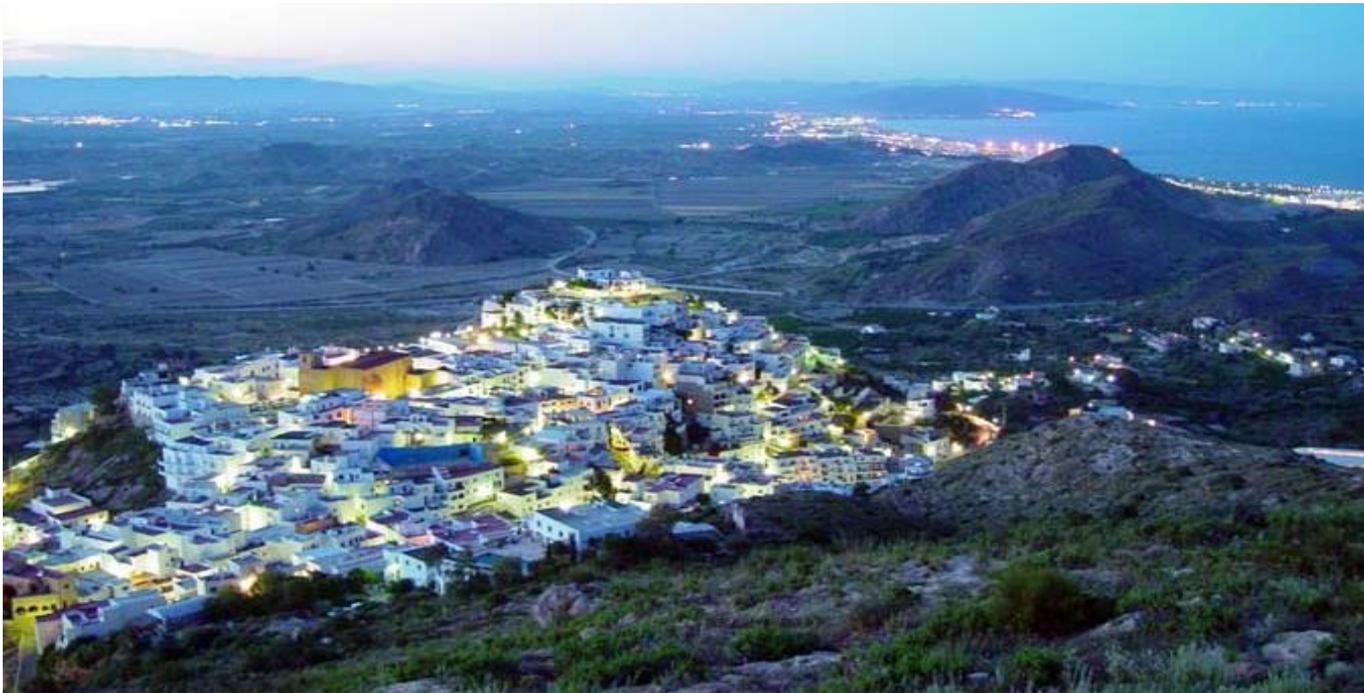


TALLER 4: DISFAGIA

XXXII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)
(2,3 y 4 de Junio de 2016)
III Encuentro de Enfermería de Medicina Interna de Andalucía



Dr. Rafael Cotos (Medicina Interna – Hospital Costa del Sol)

Unidad de Disfagia – Hospital Costa del Sol

Dra. Ana Román (Rehabilitación), Dra. Jimena Abilés (Nutrición), Dra. Méndez (Digestivo),

Dr. Jorge Costa (Radiología)

Fisiología de la deglución

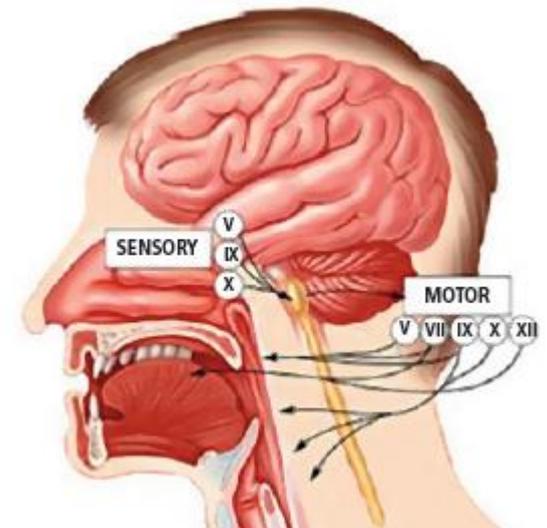
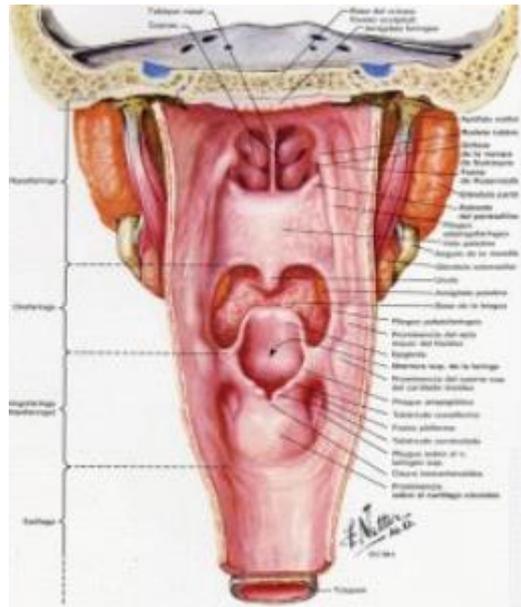
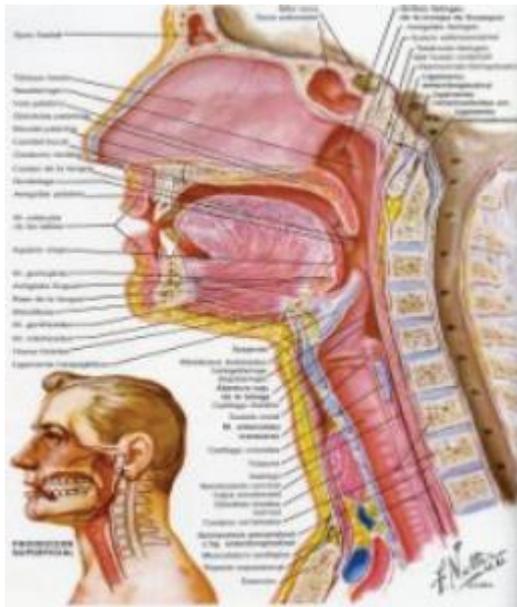




Proceso fisiológico de la deglución

Es un proceso muy complejo en el que intervienen:

- 40 grupos musculares
- 5 pares craneales: V, VII, IX, X y XII



Proceso fisiológico de la deglución

Coordina 3 funciones:

- Hablar
- Respirar
- Tragar

Se realizan:

- 1000 degluciones voluntarias/día
- 600 involuntarias
- Se tragan 2-3 litro de líquidos/día



DEGLUCIÓN

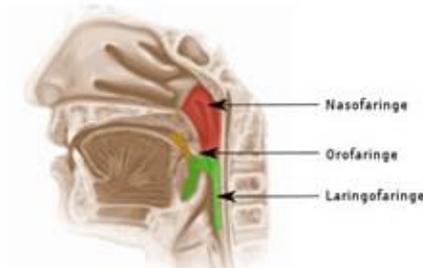
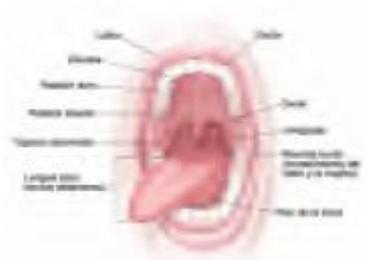
FASES:

- Oral preparatoria
- Oral propulsiva

VOLUNTARIA

- Faríngea
- Esofágica

INVOLUNTARIA

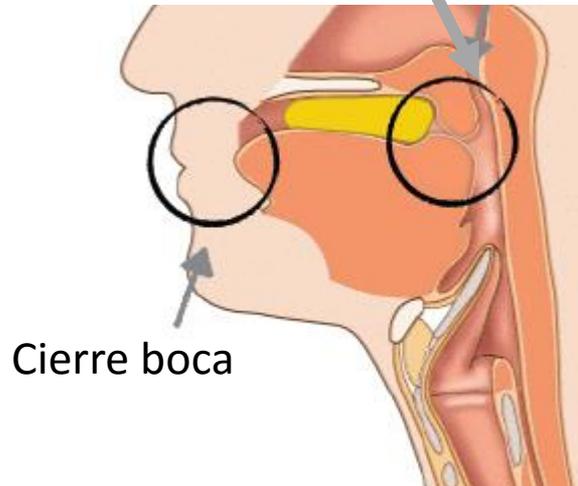


DEGLUCIÓN

FASES: **Oral preparatoria**

- Competencia esfínter labial
- Masticación
- Movilidad de la mandíbula
- Sensibilidad orofaringe D-I
- Capacidad de limpieza de los surcos gingivolabiales

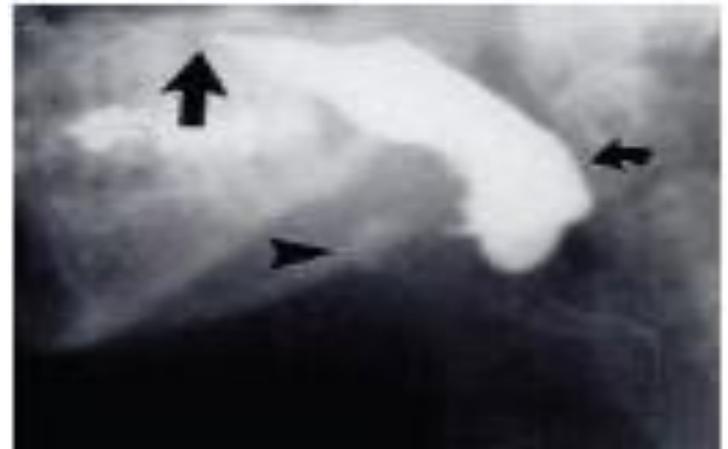
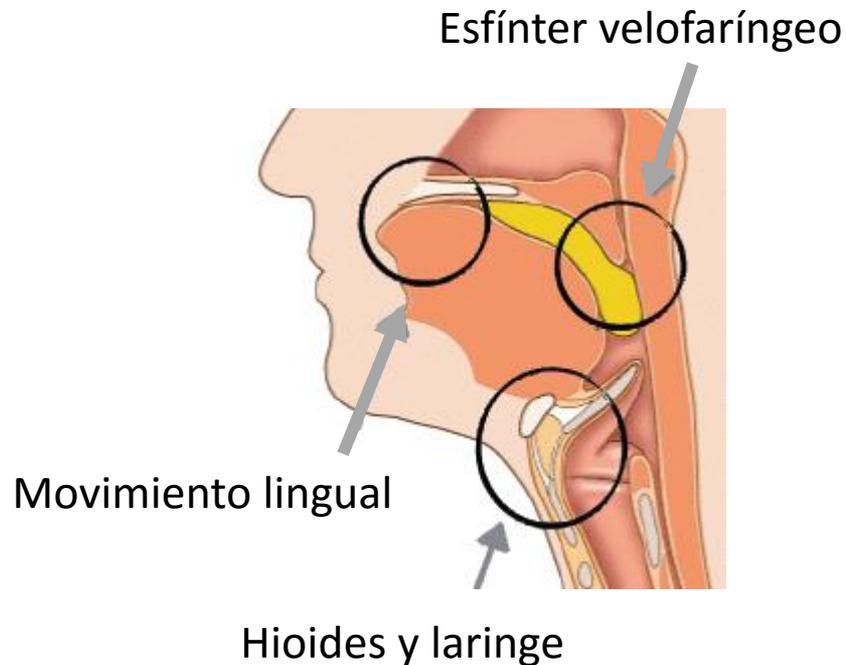
Esfínter palatogloso



DEGLUCIÓN

FASES: **Oral propulsiva / Transporte**

- Capacidad para transportar el bolo
- Sello palatogloso
- Fuerza en la propulsión

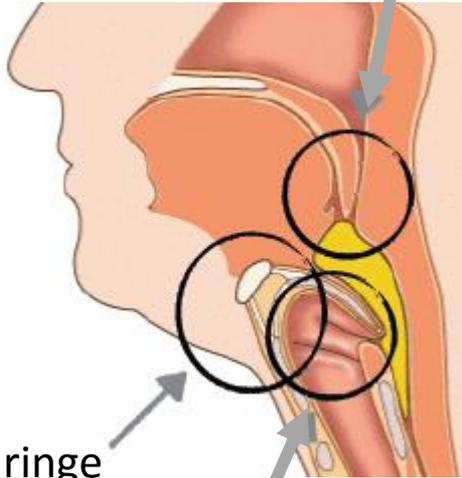


DEGLUCIÓN

FASES: **Faríngea**

- Calidad de la voz
- Retraso del disparo deglutorio

Descenso del velo



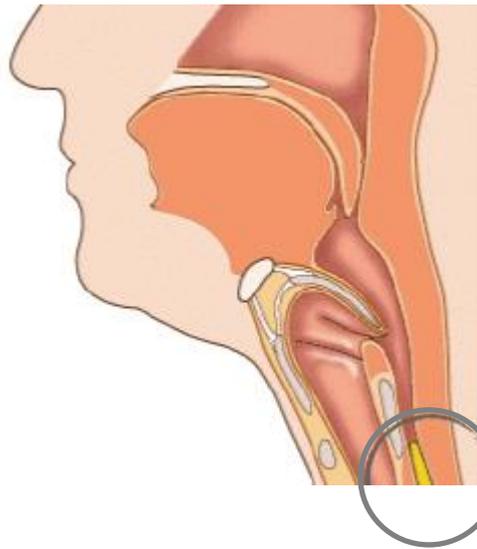
Hioides y laringe

Oclusión esfínter laríngeo



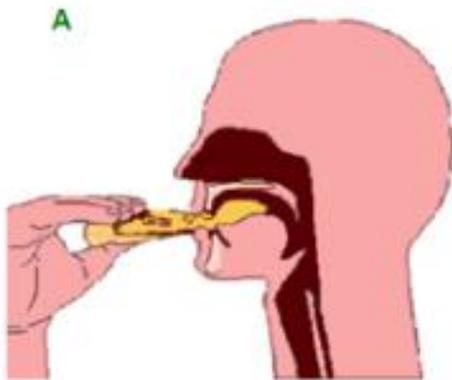
DEGLUCIÓN

FASES: **Esofágica**

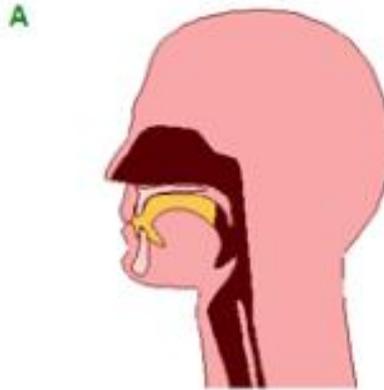


EES cricofaríngeo

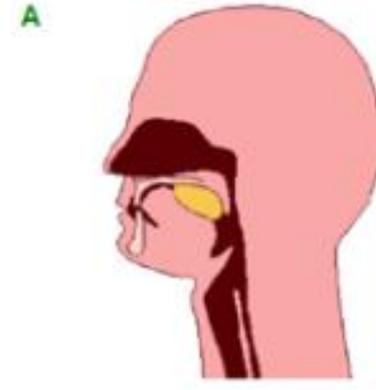




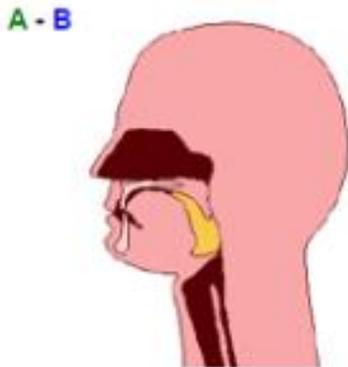
Masticación



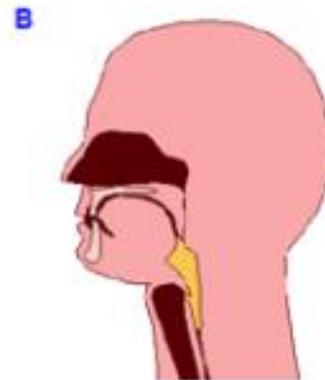
Formación del bolo. Sello palato-gloso



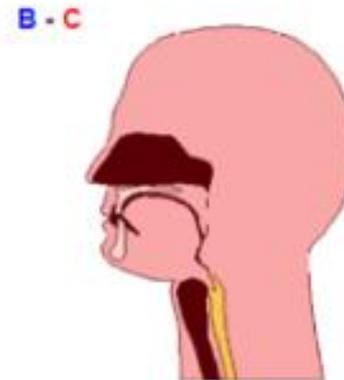
Propulsión lingual



Sello naso-palatino



Contracción faringea. Cierre epiglótis



Apertura esfínter esofágico



A. Fase oral

B. Fase faringea

C. Fase esofágica

≈ 1000 ms

DISFAGIA:

Es la dificultad de deglutir

Dificultad para realizar, de manera segura y eficaz la deglución de saliva, líquidos, sólidos y fármacos.

- Segura: sin paso a la vía respiratoria
- Eficaz: para cumplir su objetivo



DISFAGIA CAUSAS

ALTERACIONES ESTRUCTURALES

- Lesiones estructurales intrínsecas

Tumores de cabeza-cuello

Estenosis no tumoral

Cirugía

Presencia de cuerpos extraños

Divertículo de Zenker

Afectación muscular focal

Osteofitos cervicales

Lesiones cáusticas

Esofagitis

- Alteraciones estructurales extrínsecas

Bocio

Vasculares

Vertebrales

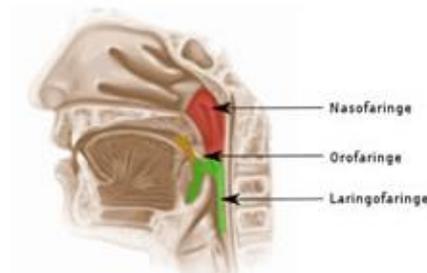
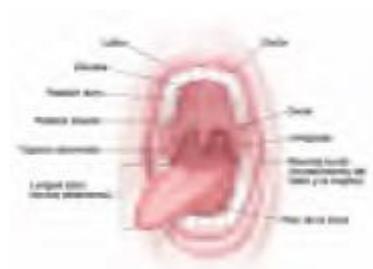
Aneurismas

Cardiomegalia

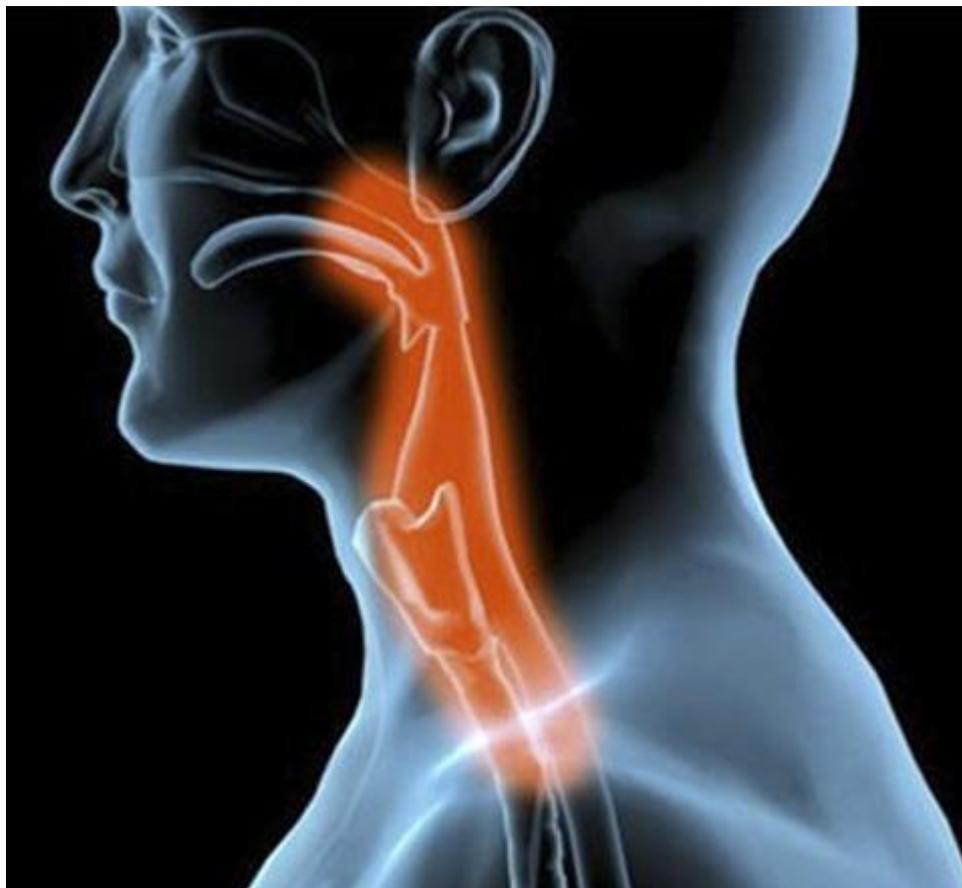
ALTERACIONES FUNCIONALES

- Accidente cerebrovascular (ictus)
- Alzheimer
- Parkinson
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Afectación de los pares craneales o tronco cerebral (por trauma / tumor)
- Demencia
- Miastenia gravis
- Distrofia oculofaríngea

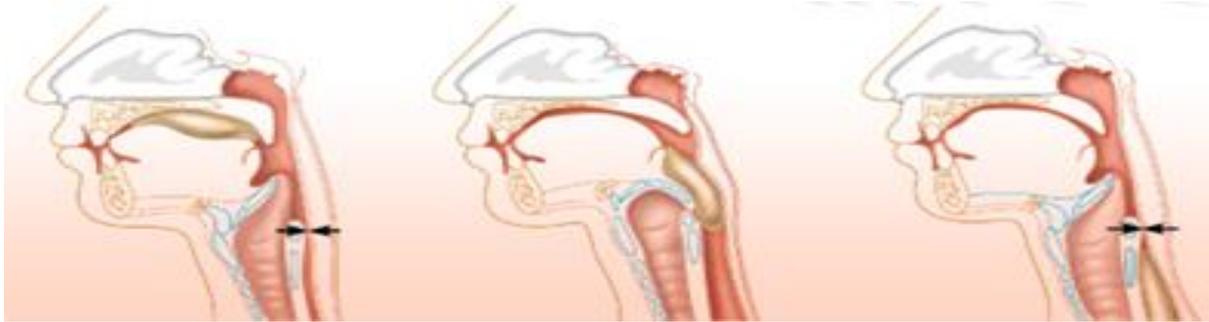
Disfagia orofaríngea: Patología de la deglución causada por alteraciones congénitas, daño estructural o alteraciones asociadas a otras enfermedades en la cavidad oral, la faringe o el esfínter esofágico superior. Dificultad al iniciar la deglución.



Taller: Disfagia Orofaringéa Funcional(DOF)



Semiología de la Disfagia Orofaringéa



Fase Oral

Fase Faríngea

Fase Esofágica

Síntoma de disfagia de la fase oral

- Dificultad con el manejo del bolo
- Incapacidad para manejar las secreciones orales (babeo)
- Residuo en lengua, paladar, hallazgo de comidas retenida en la mejilla tras la deglución
- Dificultad para masticar los alimentos
- Salida de comida fuera de la boca mientras se mastica

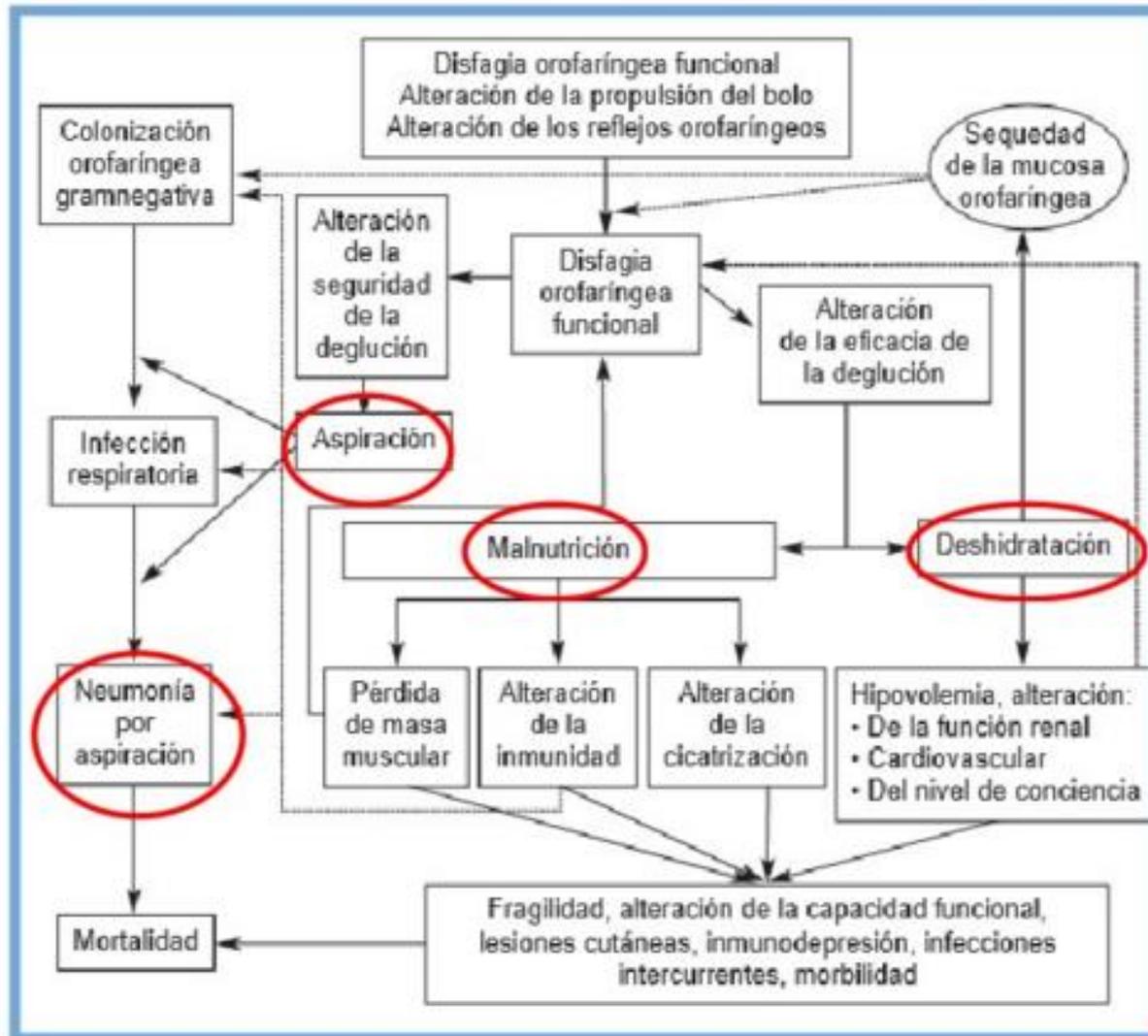
Síntomas de disfagia faríngea

- Tos/atragantamiento durante la comida
- Voz húmeda tras la deglución
- Historia de infecciones respiratorias del tracto inferior o neumonías de repetición
- Quejas sobre comida "atascada" en la garganta
- Aumento de los movimientos respiratorios con la deglución
- Carraspeo durante las comidas
- Dolor durante la deglución
- Salida de líquidos por la nariz mientras se está comiendo
- Degluciones repetidas

Consecuencias de la DOF



Complicaciones asociadas a la disfagia



Fisiopatología de las complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea funcional. Modificado de Clavé.

Aspiración: 75%
Neumonía: 31%
Desnutrición: 32%
Deshidratación: 32%

Nutr Hosp 2002,17:168-74

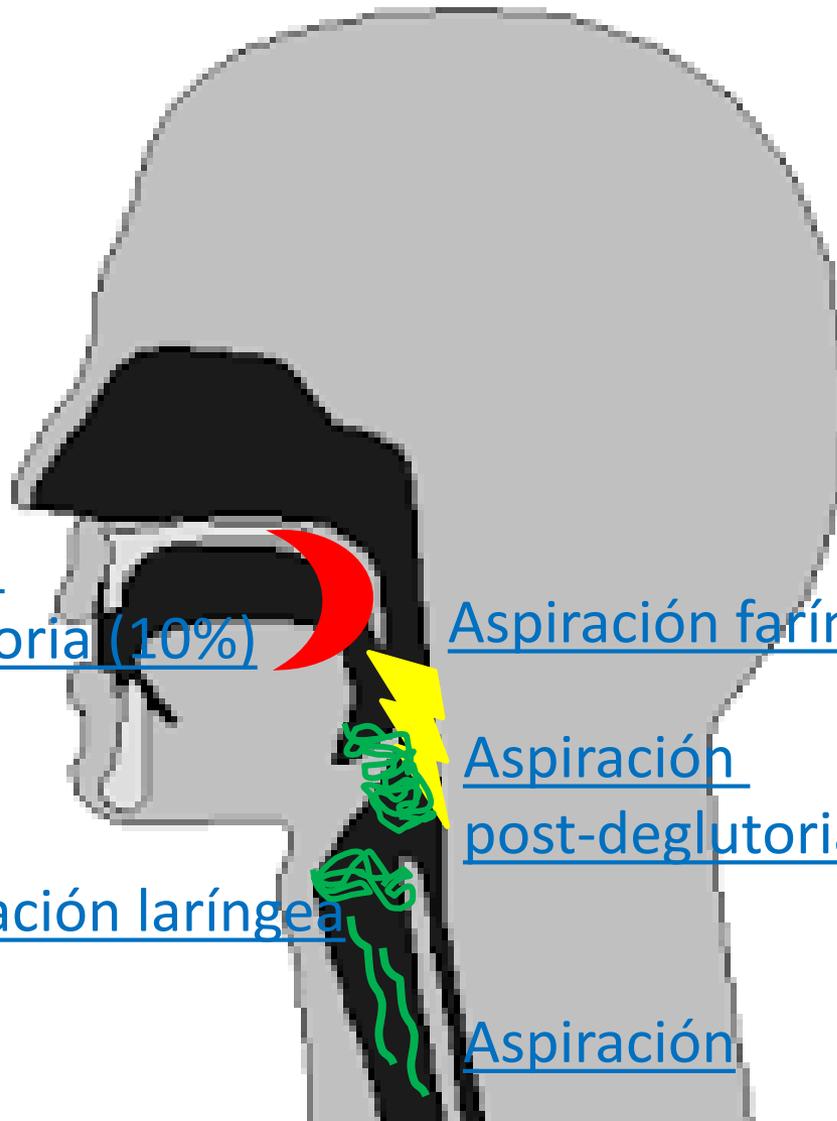
Aspiración pre-deglutoria (10%)

Aspiración faríngea (80%)

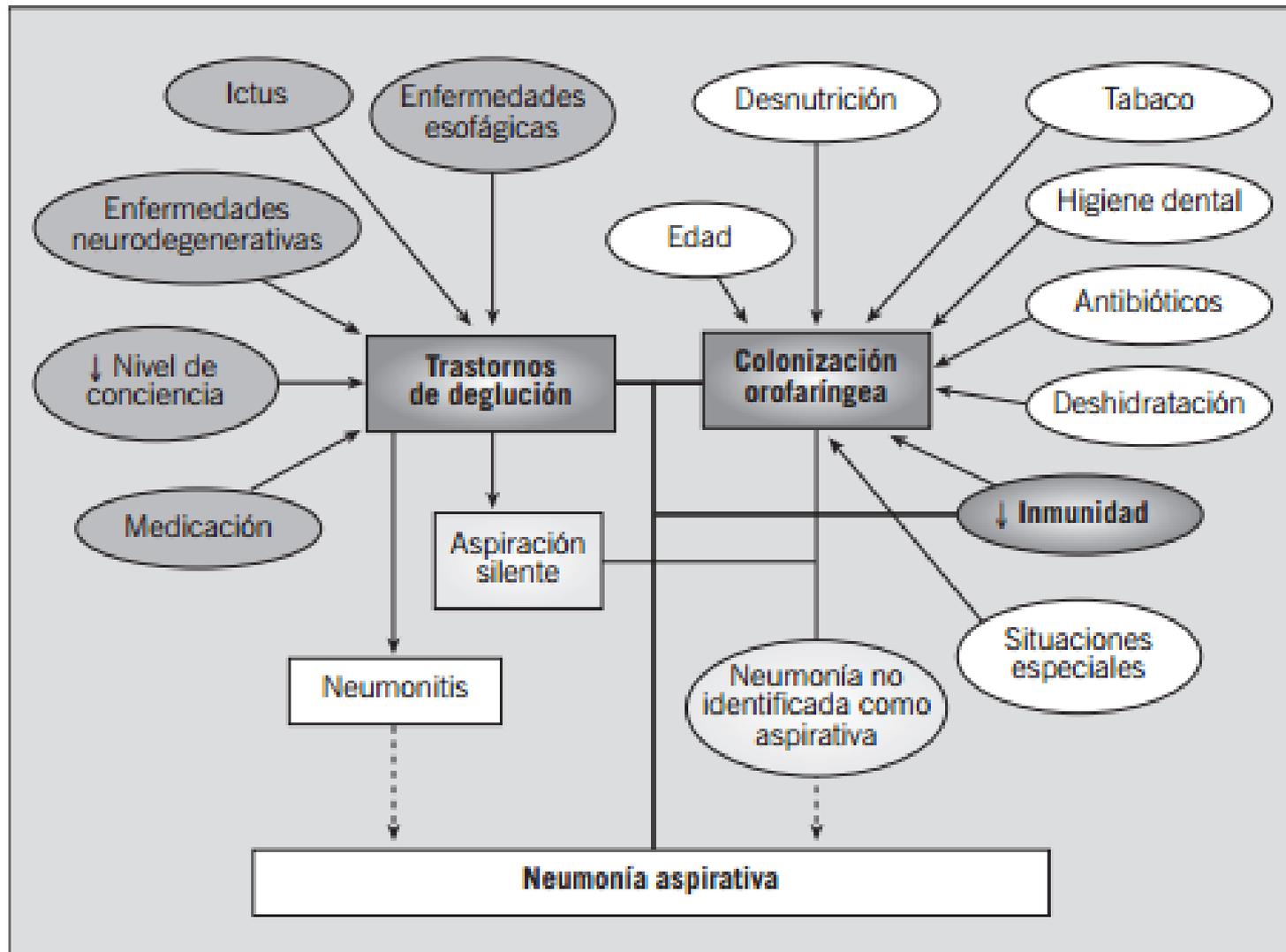
Aspiración post-deglutoria (10%)

Penetración laríngea

Aspiración

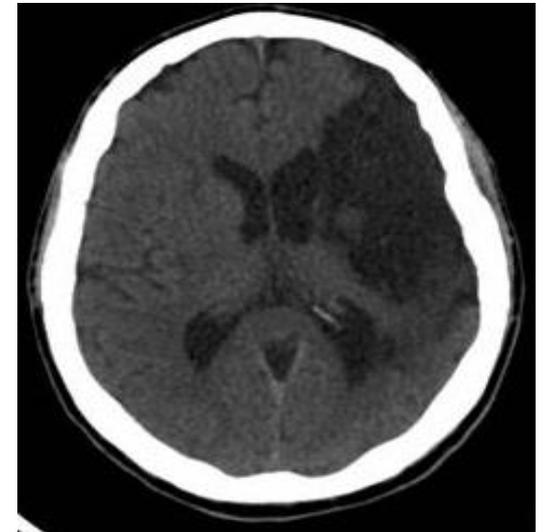
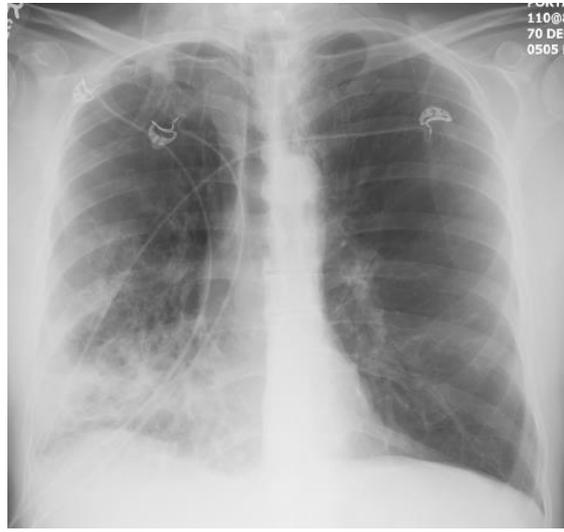
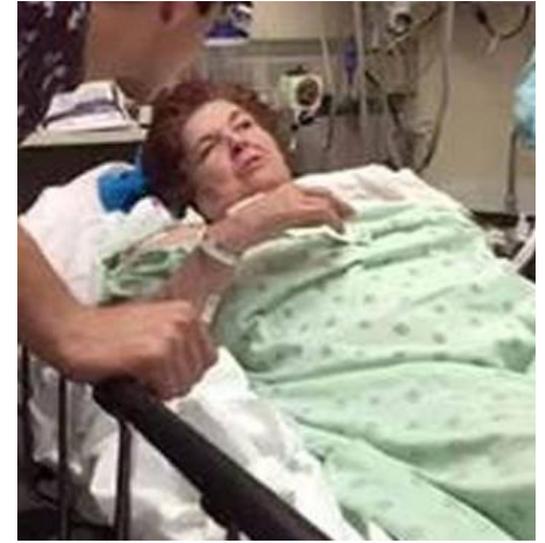


Factores de riesgo (trastornos de deglución – colonización orofaríngea) que influyen en la neumonía aspirativa



Idoneidad del taller





Disfagia orofaríngea: Prevalencia en ancianos



En domicilio



Prevalencia: 13-35%

Población hospitalizada
(al ingreso hospitalario)



Prevalencia: 53,5%

Residencias geriátricas



Prevalencia: >50%

Accidente cerebrovascular	30%
Enfermedad de Parkinson	52-82%
Esclerosis lateral amiotrófica	60 % –síntoma inicial–

Miastenia gravis	40%
Esclerosis múltiple	44%
Enfermedad de Alzheimer	84%

EXPERIENCIA EN HCS

paciente hospitalizado - consulta



Identificación de pacientes en riesgo DOF



Pacientes Alto Riesgo DOF

Demencia

T. Movimiento: Parkinson

ELA, AMS...

Ictus agudo

Síndrome confusional agudo

Agitación

Otros: UCI/Traqueostomizados

PCI, Sospecha broncoaspir.

Pacientes Alto Riesgo DOF

Demencia

Ictus agudo

Síndrome confusional agudo

Agitación

T. Movimiento: Parkinson

ELA, AMS...

Otros: UCI/Traqueostomizados

PCI, Sospecha broncoaspir.

+

Predictores clínicos DOF

Reflejo nauseoso anómalo

Regurgitación nasal

Tos después de la deglución

Alteración calidad vocal. Disfonía

Pérdida de peso

Neumonía recurrentes



EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4

4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Balchley et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 2008; 117 (12):919-24.
Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.

Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10)

Disfagia Orofaríngea. Cribado. EAT-10

Tabla III
Correlación entre las puntuaciones de ítems y la puntuación total de la escala EAT-10 ES

Ítem de la EAT-10 ES	Correlación	Valor de p
EAT1-Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso	0,7295	< 0,0001
EAT2-Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad de comer fuera de casa	0,7618	< 0,00
EAT3-Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra	0,7182	< 0,0001
EAT4-Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra	0,7836	< 0,0001
EAT5-Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra	0,6044	< 0,0001
EAT6-Tragar es doloroso	0,4173	0,0015
EAT7-El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar	0,6719	< 0,0001
EAT8-Cuando trago, la comida se pega en mi garganta	0,5774	< 0,0001
EAT9-Toso cuando como	0,5893	< 0,0001
EAT10-Tragar es estresante	0,5570	< 0,0001

Los pacientes con un EAT-10 >3, presentan más pérdida de peso, mayor dependencia funcional, mayor severidad de la demencia y mayor uso de psicofármacos

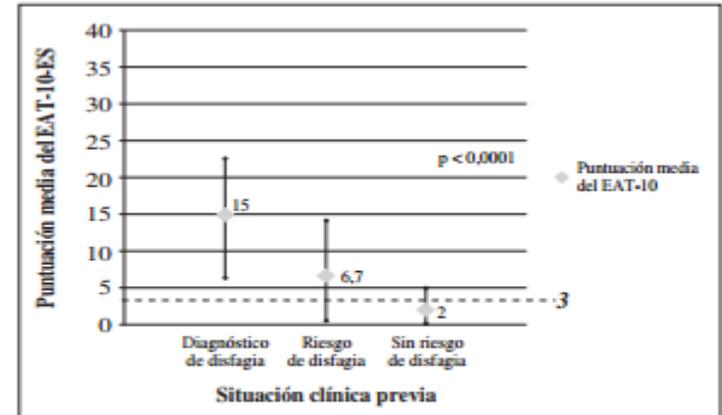


Fig. 1.—Puntuación media de la escala EAT-10 ES de acuerdo a la situación clínica.

Pacientes Alto Riesgo DOF

Demencia

Ictus agudo

Síndrome confusional agudo

Agitación

T. Movimiento: Parkinson

ELA, AMS...

Otros: UCI/Traqueostomizados

PCI, Sospecha broncoaspir.

+

Predictores clínicos DOF

Disfonía. Alteración calidad vocal

Disartria

Reflejo nauseoso anómalo

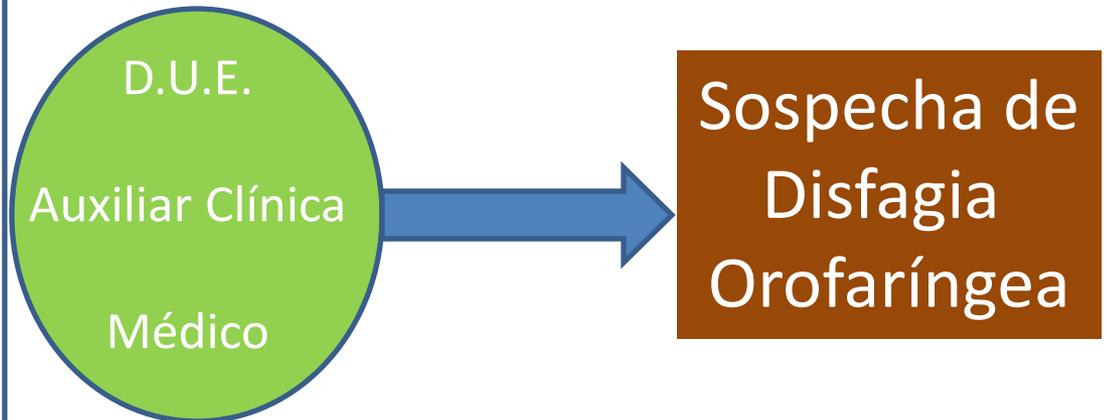
Regurgitación nasal

Tos después de la deglución

Pérdida de peso

Neumonías recurrentes

EAT – 10 \geq 3 (no útil en agudos)



Sospecha de
Disfagia
Orofaringéa

Médico
responsable
Valora
Riesgo
Disfagia

C
L
I
N
I
C
O

+

Dudoso

-

Retirada de SNG

Órdenes
terapéuticas

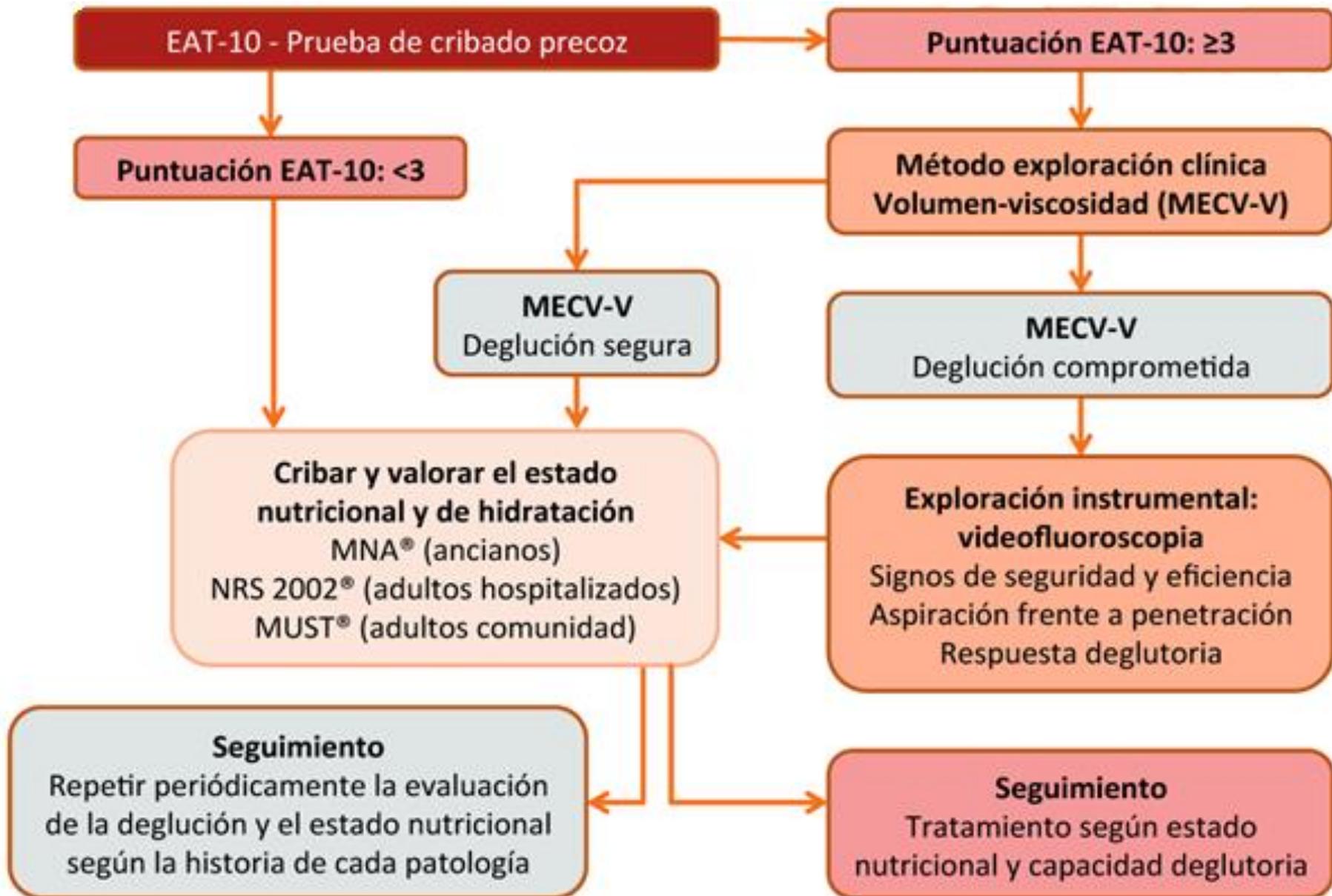
Protocolo
Disfagia

HIC Digestivo
Unidad Funcional

Diagnóstico Disfagia Orofaríngea. Severidad



Algoritmo: Cribado y Diagnóstico



Diagnóstico Disfagia Orofaríngea. Severidad

- Método de Exploración Clínica Volumen – Viscosidad (MECV-V)
- Métodos instrumentales:
 - ✓ Videofluoroscopia (VFS)
 - ✓ Fibroendoscopia (FEES)

Test Volumen-Viscosidad: MECV-V

- Método sencillo – seguro. Reproducible a nivel ambulatorio.
- Identifica la disfagia orofaríngea (S: 85%).
- Detecta **alteraciones de la eficacia y seguridad**.
- **Orienta** sobre la **viscosidad y volumen más adecuada** para alimentar al paciente.
- Permite seleccionar los pacientes que deben ser estudiados con videofluoroscopia.



Test MECV-V

Paciente

- Mínimo estado de alerta que permita colaborar
- Se le pide que hable algo para testar su voz inicial
- Sedestación
- Pulsioxímetro
- Sonda de aspiración

Material necesario



Test MECV-V

Preparación de las viscosidades

- Se recomienda preparar las viscosidades que se van a utilizar en la exploración durante los 5 minutos previos a su administración

LIQUIDO

Añadir a un vaso 100 ml de agua a temperatura ambiente

NÉCTAR

A un vaso con 100 ml de agua, agregar 4.5 g de espesante (1 cacito) y disolver hasta conseguir una textura de Consistencia homogénea

PUDIN

A un vaso con 100 ml de agua agregar 9g de espesante (2 cacitos) y disolver hasta conseguir una textura de consistencia homogénea

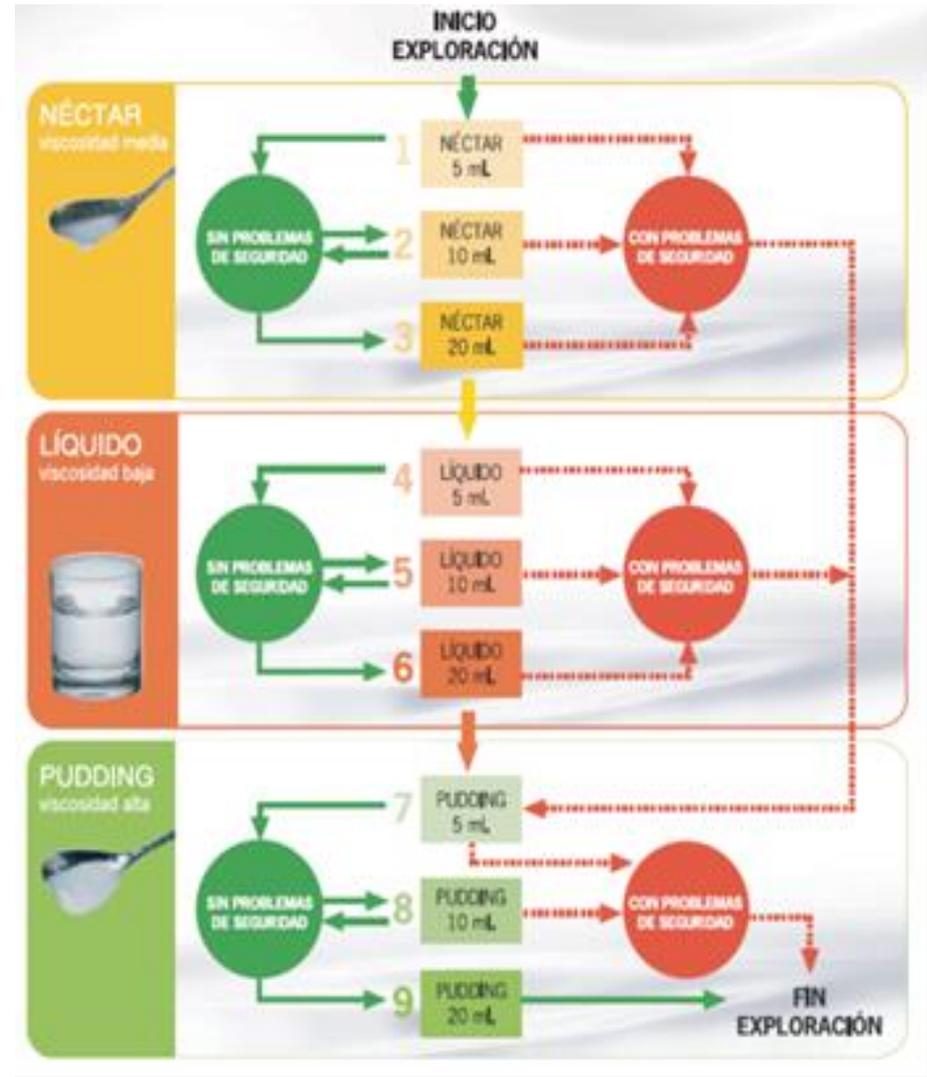
Test volumen – viscosidad. MECV-V

Alteración de la **Seguridad**
(broncoaspiración) si aparecen:

- Tos
- Cambios en la calidad de la voz
- Disminución de la SatO2

Alteración de la **Eficacia**
(malnutrición - deshidratación)
si aparecen:

- Fallo del sello labial
- Residuos orales
- Deglución fraccionada
- Residuos faríngeos



1ª serie de la exploración: Textura néctar

SIN PROBLEMAS DE SEGURIDAD
Con o sin **PROBLEMAS DE EFICACIA**
asociados

Si durante el test con 5 ml de textura néctar el paciente **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad, continúe con el siguiente volumen de la textura néctar (10 ml)

Si con 10ml néctar **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad se continua la administración con 20 ml de néctar

Si con 20ml néctar **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad se procederá a administrar la secuencia de volúmenes con la viscosidad líquida

Si en cualquier volumen observa alteración de la eficacia, podrá continuar la serie ya que estos signos no suponen ningún peligro para la salud del paciente

CON PROBLEMAS DE SEGURIDAD
Con o sin **PROBLEMAS DE EFICACIA**
asociados

Si durante el test con **5 ml, 10 ml o 20ml de textura néctar** **SI** se observan signos de alteración de la seguridad:

INTERRUMPA la serie con viscosidad néctar

ELIMINE la serie de viscosidad líquida

CONTINUE el test con una viscosidad pudding

2ª serie de la exploración: Textura líquida

SIN PROBLEMAS DE SEGURIDAD
Con o sin **PROBLEMAS DE EFICACIA**
asociados

Si durante el test con 5 ml de líquido el paciente **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad, continúe con el siguiente volumen de la textura líquida (10 ml)

Si con 10ml líquido **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad se continua la administración con 20 ml de líquido

Si con 20ml líquido **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad se procederá a administrar la secuencia de volúmenes con la viscosidad pudín

Si en cualquier volumen observa alteración de la eficacia, podrá continuar la 3ª serie (pudín) ya que estos signos no suponen ningún peligro para la salud del paciente

CON PROBLEMAS DE SEGURIDAD
Con o sin **PROBLEMAS DE EFICACIA**
asociados

Si durante el test con 5 ml, 10 ml o 20ml de líquido **SI** se observan signos de alteración de la seguridad:

INTERRUMPA la serie con viscosidad líquida

CONTINUE el test con una viscosidad pudín

3ª serie de la exploración: Textura pudín

SIN PROBLEMAS DE SEGURIDAD
Con o sin **PROBLEMAS DE EFICACIA**
asociados

Si durante el test con 5 ml de textura pudín el paciente **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad, continúe con el siguiente volumen de la textura pudding(10ml)

Si con 10ml pudín **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad se continua la administración con 20 ml de pudín

Si con 20ml pudín **NO** presenta ningún signo de alteración de la seguridad se detiene la exploración clínica y se realiza la evaluación final del paciente

Si en cualquier volumen observa alteración de la eficacia, se aplica la serie hasta el volumen mayor

CON PROBLEMAS DE SEGURIDAD
Con o sin **PROBLEMAS DE EFICACIA**
asociados

Si durante el test (sucesivo) con 5 ml, 10 o 20ml pudín **SI** se observan signos de alteración de la seguridad:

INTERRUMPA la serie con viscosidad pudín

Finaliza la prueba y se pasa a la evaluación final

**MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD
HOJA DE REGISTRO**

Apellidos, nombre:

Edad

Fecha:

Desaturación de oxígeno

TIPO DE VISCOSIDAD	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDÍN		
ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
VOLUMEN	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
TOS	<input type="checkbox"/>								
CAMBIO DE VOZ	<input type="checkbox"/>								
DESATURACIÓN DE OXÍGENO	<input type="checkbox"/>								
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
VOLUMEN	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
SELLO LABIAL	<input type="checkbox"/>								
RESIDUO ORAL	<input type="checkbox"/>								
DEGLUCIÓN FRACCIONADA	<input type="checkbox"/>								
RESIDUO FARÍNGEO	<input type="checkbox"/>								

EVALUACIÓN FINAL

Distagia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Tipo de distagia	Líquidos <input type="checkbox"/>	Sólidos <input type="checkbox"/>	

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA

--

VISCOSIDAD	LÍQUIDO	<input type="checkbox"/>
	NÉCTAR	<input type="checkbox"/>
	PUDÍN	<input type="checkbox"/>

VOLUMEN	BAJO	<input type="checkbox"/>
	MEDIO	<input type="checkbox"/>
	ALTO	<input type="checkbox"/>

Evaluación final – Interpretación resultados

Paciente sin alteración
de la seguridad ni
de la eficacia



Si el paciente no presenta ningún signo de alteración de la seguridad ni ningún signos de alteración de la eficacia deglutoria, se concluye que el MECV-V es negativo y que según este método, el paciente no presenta disfagia orofaríngea



Evaluación final – Interpretación resultados

Paciente con alteraciones de la eficacia pero no de la seguridad



El paciente según el MECV-V presenta disfagia orofaríngea. No tiene alteración de la seguridad de la deglución pero sí de la eficacia, por lo que puede peligrar el estado nutricional y de hidratación del paciente

La viscosidad y el volumen óptimo más eficaz para la ingesta de fluidos corresponde a la viscosidad más baja y el volumen más alto que el paciente sea capaz de deglutir sin presentar problemas de eficacia



Paciente con alteraciones de la seguridad con o sin problemas de eficacia



El paciente según el MECV-V presenta disfagia orofaríngea. Tiene alteración de la seguridad de la deglución lo que indica que presenta signos sugestivos de probables aspiraciones

La viscosidad y el volumen más seguro para la ingesta de fluidos, corresponde a la viscosidad que el paciente es capaz de deglutir sin presentar signos de alteración de la seguridad.

A igual seguridad la opción terapéutica debe priorizar el mayor volumen posible con el fin de preservar la eficacia de la deglución y la viscosidad preferida por el paciente



Varón 77 años

AP: HTA , Dislipemia, Cardiopatía isquémica crónica estable – revascularizada con FE preservada en ritmo sinusal.

Vida activa con plena autonomía funcional sin deterioro cognitivo.

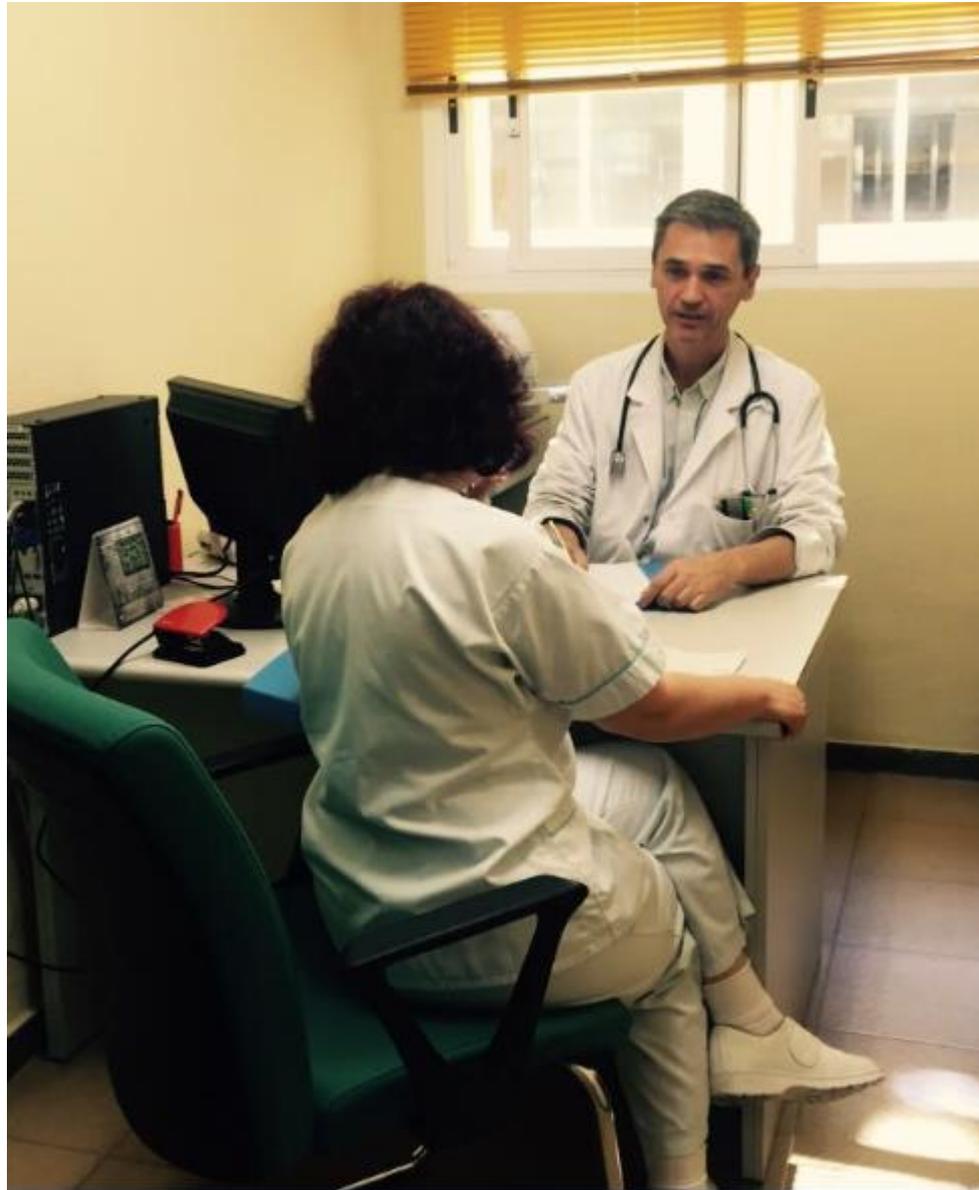
Ingreso Cirugía Vascular (09/03/16), traslado a nuestro Hospital (15/05/16):

Intervenido de Aneurisma yuxtarenal.

Complicaciones post-quirúrgica (UCI – 50 días):

- Infecciones nosocomiales múltiples.
- Anemización recurrente, precisando hemotransfusión, sin clara etiología.
- Fibrilación auricular paroxística.
- Traqueostomía. Retirada de cánula. Cerrándose.
- Insuficiencia renal aguda estabilizada.
- Crisis comicial única, probable encefalopatía reversible.
- Polineuropatía del enfermo crítico en grado moderado-severo.

TA: 152/85
FC: 84 spm
T_a: 36.5°C
SatO₂ (GN-2 lpm): 98%
D: 1800 ml
DTT: 124 mg/dl



QUALITY IMPROVEMENT REPORT

Using care bundles to reduce in-hospital mortality: quantitative survey

Elizabeth Robb,^{1,2} Brian Jarman,^{3,4} Ganesh Suntharalingam,¹ Clare Higgens,¹ Rachel Tennant,¹ Karen Elcock⁵

¹North West London Hospitals NHS Trust, Harrow HA1 3UJ

²Nursing, London South Bank University, London SE1 0AA

³Imperial College, London EC1A 9LA

⁴Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA 02138, USA

⁵Thames Valley University, Slough SL1 1YG

Correspondence to: B Jarman
b.jarman@imperial.ac.uk

Cite this as: *BMJ* 2010;340:c1234
doi: 10.1136/bmj.c1234

Abstract

Problem To reduce hospital inpatient mortality and thus increase public confidence in the quality of patient care in an urban acute hospital trust after adverse media coverage.

Design Eight care bundles of treatments known to be effective in reducing in-hospital mortality were used in the intervention year; adjusted mortality (from hospital episode statistics) was compared to the preceding year for the 13 diagnoses targeted by the intervention care bundles, 43 non-targeted diagnoses, and overall mortality for the 56 hospital standardised mortality ratio (HSMR) diagnoses covering 80% of hospital deaths.

of diagnoses that account for 80% of all deaths in hospitals nationally.³ A figure of 100 is the national reference value and hospitals with higher or lower adjusted mortality have values above or below 100.

The North West London Hospitals NHS Trust serves a population of about 500 000. The trust received adverse media coverage following the Healthcare Commission's report on its maternity services in July 2005⁴ and in March and April 2006⁵ regarding a drug trial at Northwick Park Hospital in which six men developed organ failure. Both stories had an impact on staff morale and on patients' perceptions of Northwick Park Hospital. The HSMR for the trust for 2006-7 was 84.6, 15.4 points below the national

CHECK-LIST/BUNDLE para el pase diario de planta

- Tiene sonda vesical?. La necesita?
- Tiene vía?. La necesita?
- Tiene oxigenoterapia?. Lo necesita?
- Se puede levantar?. Se levanta?. Riesgo de caída?
- Tiene profilaxis enfermedad tromboembólica?. La necesita?
- Puede pasar medicación a vía oral?
- Puedo reducir medicación?
- Cuántos días de antibioterapia lleva?
- Chequear necesidad de insulina/ educación diabetológica
(No debe sorprendernos el día del alta que el paciente no sabe ponerse la insulina)
- Come?. Puede comer?. Se atraganta?

Test de deglución con agua

D ePippo KL, Arch Neurol 1992 Dec, 49(12):1259-61

- Prueba conocida más antigua.
- Con una jeringa de alimentación se administran 10 ml de agua y observar:
 - Existencia de babeo
 - Número de degluciones realizadas
 - Presencia de tos o disfonía



Metodología:

- Repetición de la prueba 4 veces con el mismo volumen
- Se termina con la administración de 50 ml en vaso
- La prueba es positiva ante la presencia de cualquier síntoma

Es conveniente utilizar un pulsioxímetro, tal que:

Desaturación 2%: Indica posible aspiración

Desaturación 5%: Suspender prueba

Test de deglución con agua

VENTAJAS

Sencillo
Fácil de aplicar



INCONVENIENTES

Sólo se realiza con un tipo de viscosidad
(líquido)

Puede presentar falsos negativos

No detecta el 40% de las aspiraciones silentes

Presenta cierto riesgo

No determina signos de eficacia

Caso clínico 2: Varón 78 años



AP: HTA. DM tipo 2. EPOC fenotipo A. Anemia crónica (Hb: 11.5)
Enfermedad cerebro-vascular isquémica crónica.
Demencia vascular moderado (GDS-4). Barthel: 50 puntos

EA: Deterioro del estado general de una semana de evolución y fiebre de dos días de evolución con empeoramiento del estado general con disminución del nivel de conciencia.

EF: TA: 100/45 – FC: 90 spm – T^a: 37.5°C. Estuporoso. Piel caliente. Eupneico con adecuado murmullo vesicular, tonos rítmicos sin soplos, abdomen normal, no signos meníngeos, discretos edemas en pies, no signos de TVP ni lesiones cutáneas relevantes ni artritis.

Caso clínico 2: Varón 78 años

Pruebas complementarias:

- Rx Tórax: No infiltrados “neumónicos”.
- ECG: 92 spm en ritmo sinusal.
- Hemograma: Leucocitos: 18.900 (N: 90%). Hb: 14 – Hcto: 44. Plq: 183.000
- Bioquímica: glucosa: 320, Urea: 123 – Cr: 1.13. GOT: 50 – GPT: 62.
CT: 102, Alb: 2.5, Ferritina: 420. PCR: 142 mg/L
Sodio: 156 – Potasio: 4.6
Folato y vitamina B12 normales.
- Orina/sedimento: Intensa piuria con nitritos positivos.
Urocultivo: > 100.000 UFC/ml E. coli multisensible.

Caso clínico 2: Varón 78 años

Diagnósticos:

- Infección del tracto urinario por Escherichia coli multisensible.
- Malnutrición grado moderado. Deshidratación.
- Síndrome confusional agudo secundario a situación hiperosmolar e ITU.
Bajo nivel de conciencia. Estuporoso.

Evolución clínica 6º día de ingreso:

- Mejoría progresiva, recupera nivel de conciencia, mostrándose colaborador en la exploración física y en cuidados. Sin fiebre y 6º día de antibióticos. Acompañado de su familia.

- Decidimos evaluar si el paciente tiene disfagia y si la tiene grado de severidad.

Caso clínico 2: Varón 78 años

ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD

VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
	5 ml	10 ml	15 ml	5ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml
TOS	NO	NO	NO	SI			NO	NO	NO
CAMBIO DE VOZ	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO
DESATURACIÓN DE OXIGENO	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO

ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA

VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
	5 ml	10 ml	15 ml	5ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml
AUSENCIA DE SELLO LABIAL	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO
RESIDUO ORAL	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO
DEGLUCIÓN FRACCIONADA	NO	NO	NO	NO			NO	NO	NO
RESIDUO FARÍNGEO	NO	NO	NO	SI			NO	NO	NO

Evaluación Final: Alteración de la Seguridad y de la Eficacia con viscosidad líquida.

Recomendaciones: Se aconseja viscosidad pudding y néctar a cualquier dosis. Desaconsejada la viscosidad líquida.

Protocolo Disfagia

HIC Digestivo
Unidad Funcional

Normal

Evaluación clínica
por su médico responsable

Patológico

HIC Nutrición

+

HIC Rehabilitación - Disfagia

Tratamiento de la disfagia orofaríngea. Objetivos

Conseguir una alimentación oral con una deglución segura.

Mantener una hidratación y nutrición adecuados.

Abordaje terapéutico de la DOF



Tratamiento de la disfagia orofaríngea

Abordaje multidisciplinar

Tratamiento nutricional

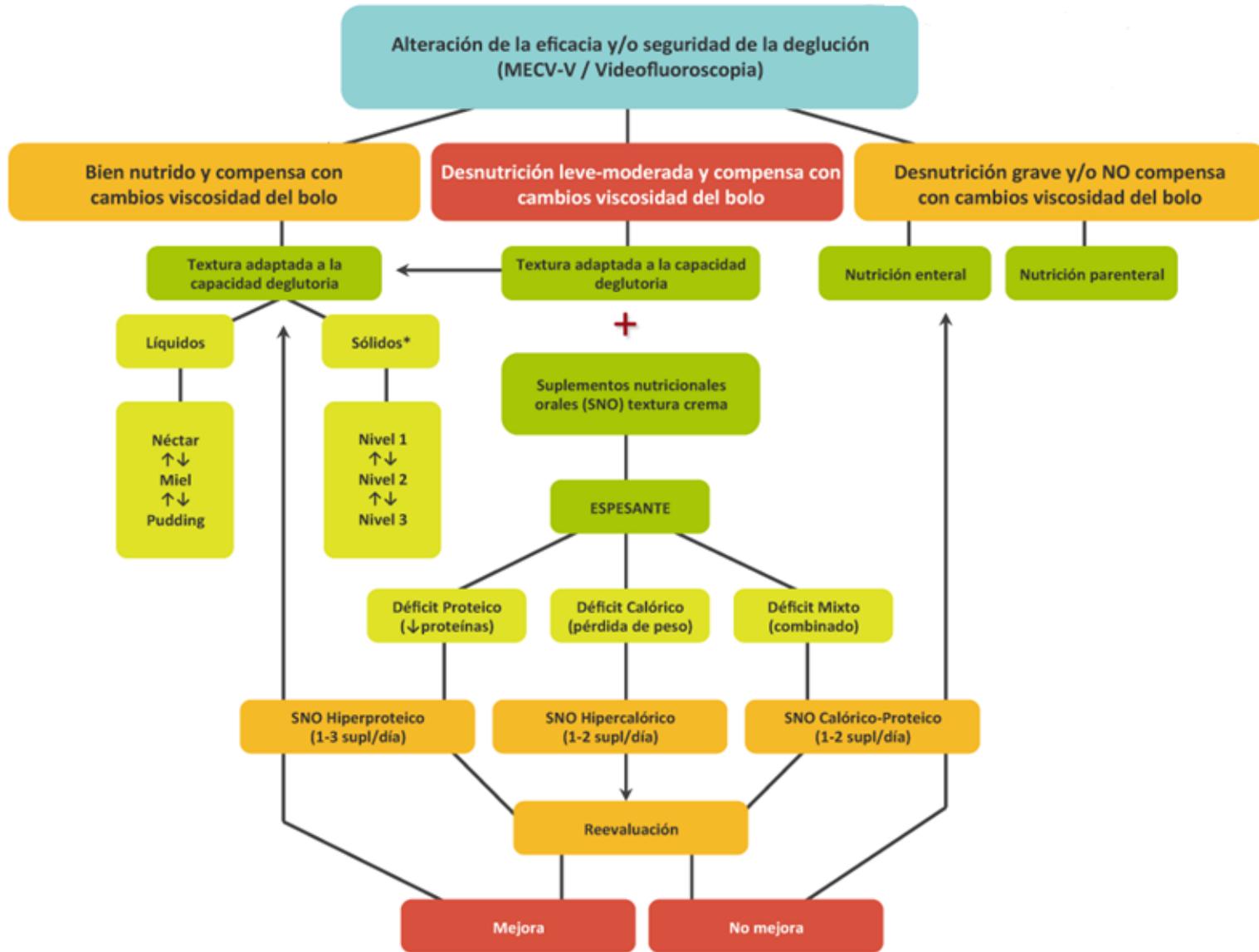
- Modificar la consistencia de la dieta
- Optimizar la hidratación y nutrición (suplementación oral, alimentación enteral (SNG/PEG))

Tratamiento rehabilitador

- Modificar posturas y maniobras de deglución

Atención a los cuidadores

TRATAMIENTO NUTRICIONAL



LIQUIDOS ESPESADOS



NÉCTAR

Puede beberse con una cañita o de un vaso. Al decantar el líquido espesado cae formando un hilo. Al resbalar deja un residuo fino.



MIEL

No puede beberse con una cañita pero sí de un vaso. Al resbalar deja un residuo grueso.



PUDDING

Necesita una cuchara. No puede beberse en cañita ni de un vaso.

Beneficio de los espesantes

¿Qué función tienen?

Los espesantes son sustancias que aumentan la viscosidad de un alimento

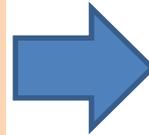
¿Qué sustancias son?

Los espesantes están basados principalmente en polisacáridos: almidón o gomas que tienen afinidad para el agua:

- Almidones: son hidratos de carbono de origen vegetal de cadena larga.
- Gomas: son macromoléculas de origen vegetal que tienen una gran afinidad por el agua y pueden espesar líquidos. Algunos son solubles en frío y otros requieren un tratamiento térmico previo.

¿Qué es un almidón de maíz modificado?

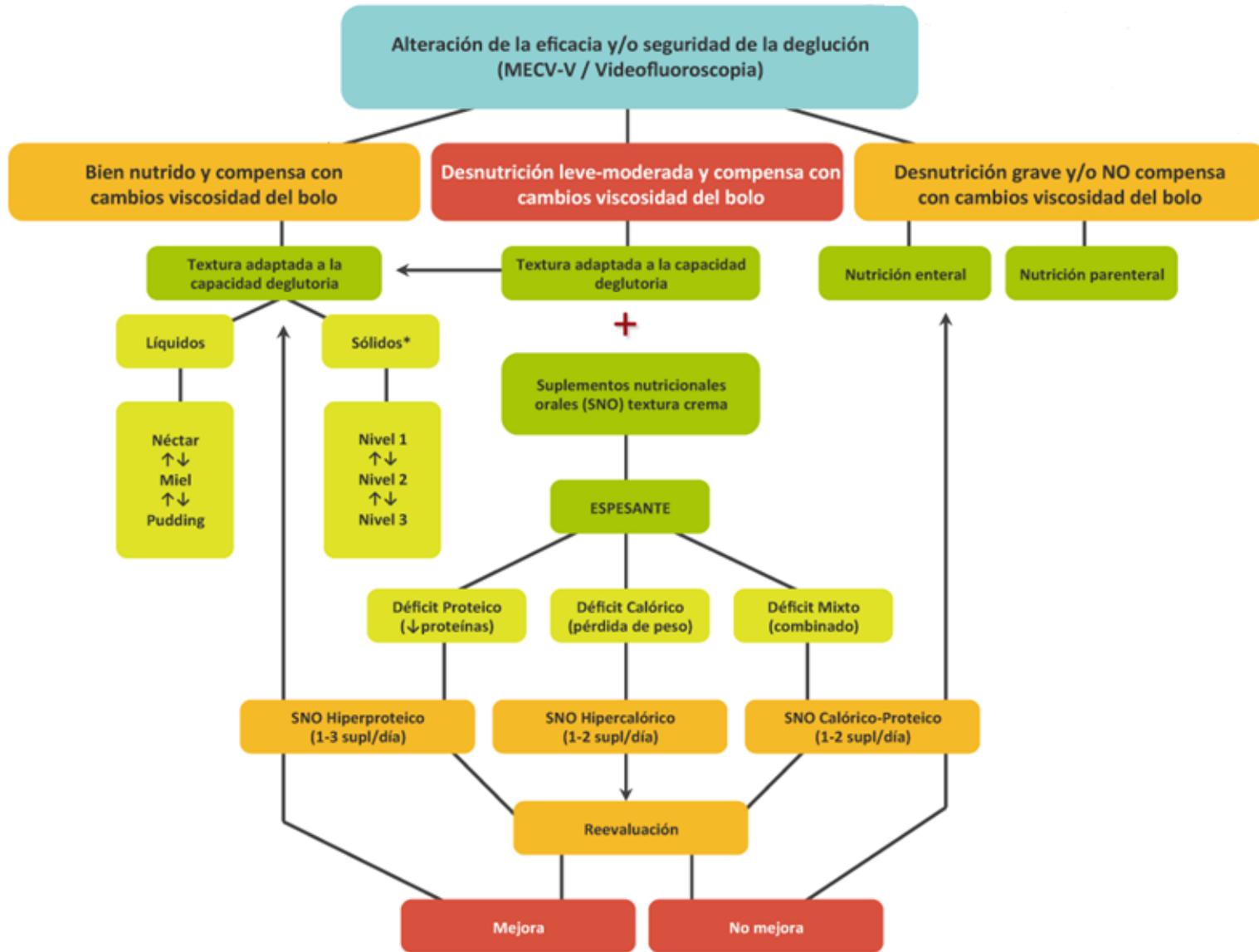
Sustancia obtenida por uno o más tratamientos químicos de almidones comestibles.



Los espesantes:

- Mejoran la seguridad de la deglución de líquidos sin aumentar el residuo faríngeo tras la deglución.
- Modifican la textura de forma sencilla.
- Permiten conseguir una textura uniforme, sin grumos.
- No alteran el sabor del líquido.
- Pueden encontrarse saborizados para facilitar la toma de líquidos insípidos.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL



Dieta sólida: Textura modificada



DIETA TRITURADA

Purés de consistencia suave y uniforme, no requiere masticación, no permite dobles texturas, sólo se puede comer con cuchara.



DIETA MANIPULADA MECANICAMENTE

Purés de consistencia suave y uniforme, puede requerir masticación o bien masticación muy suave que permita formar fácilmente el bolo, no permite dobles texturas, puede moldearse, puede comerse con cuchara y tenedor.

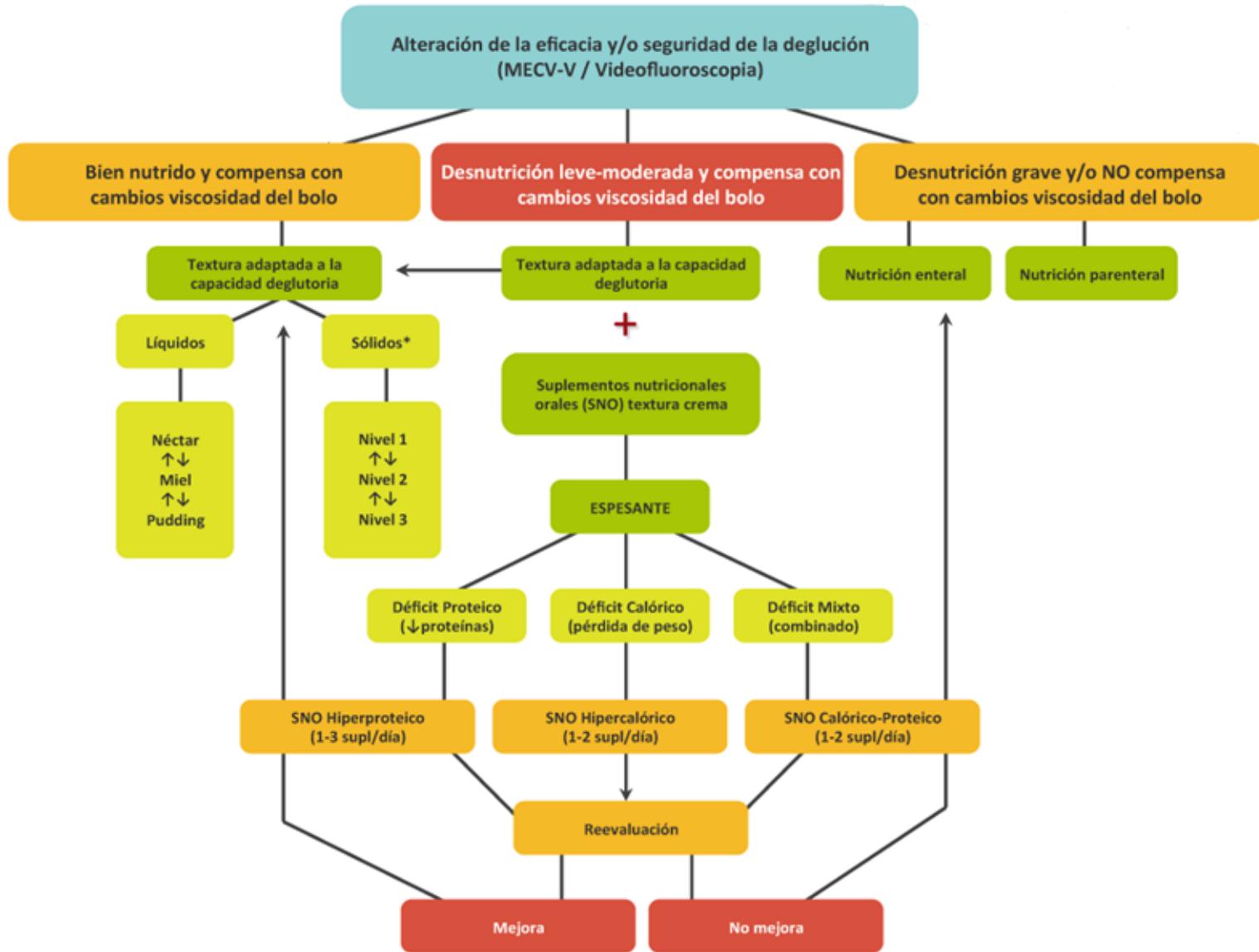


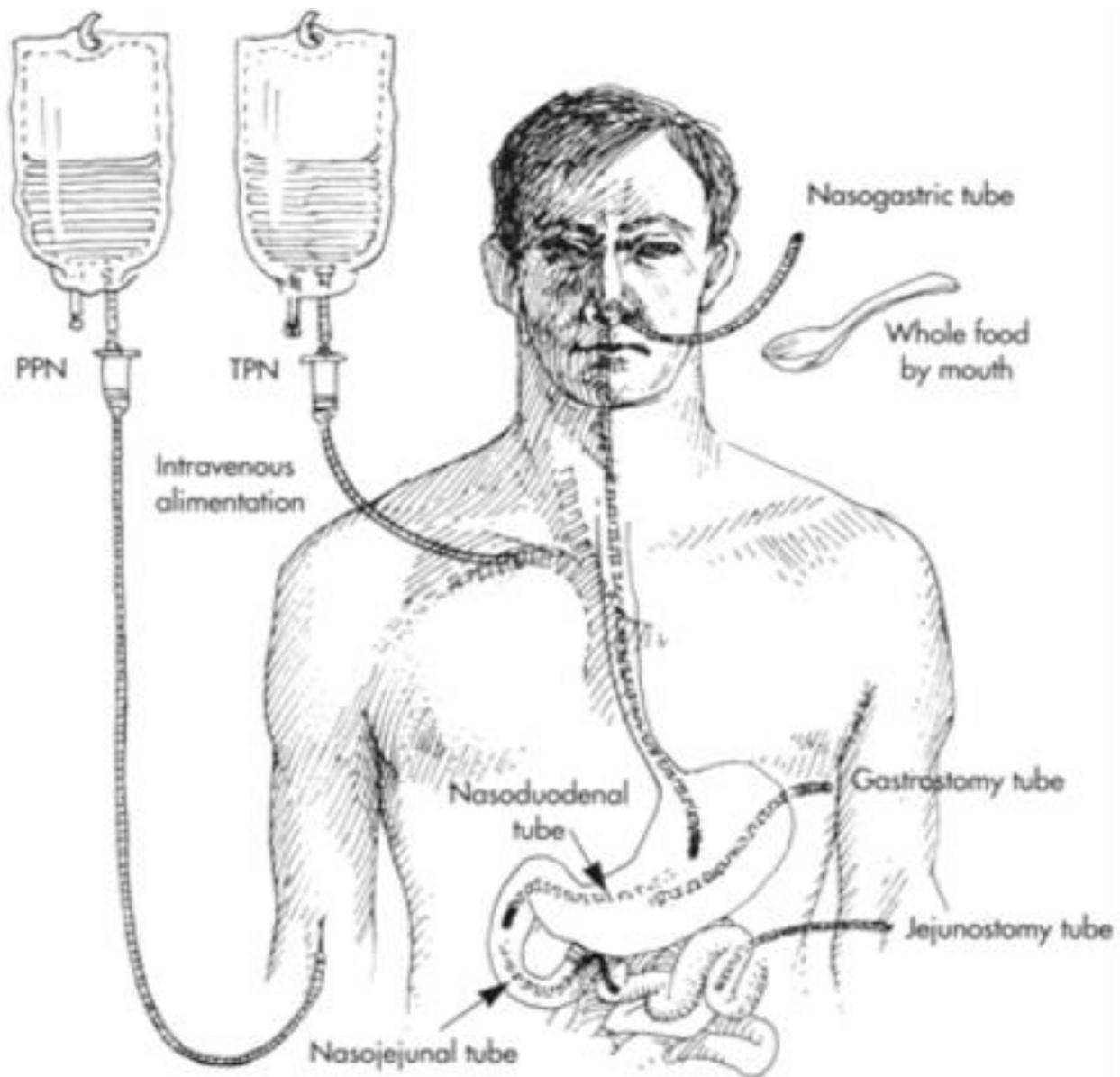
DIETA SUAVE Y DE FÁCIL MASTICACIÓN

Alimentos suaves pero húmedos (no triturados) requiere masticación suave, se acompañan con salsas espesas, puede triturarse con un tenedor con facilidad.

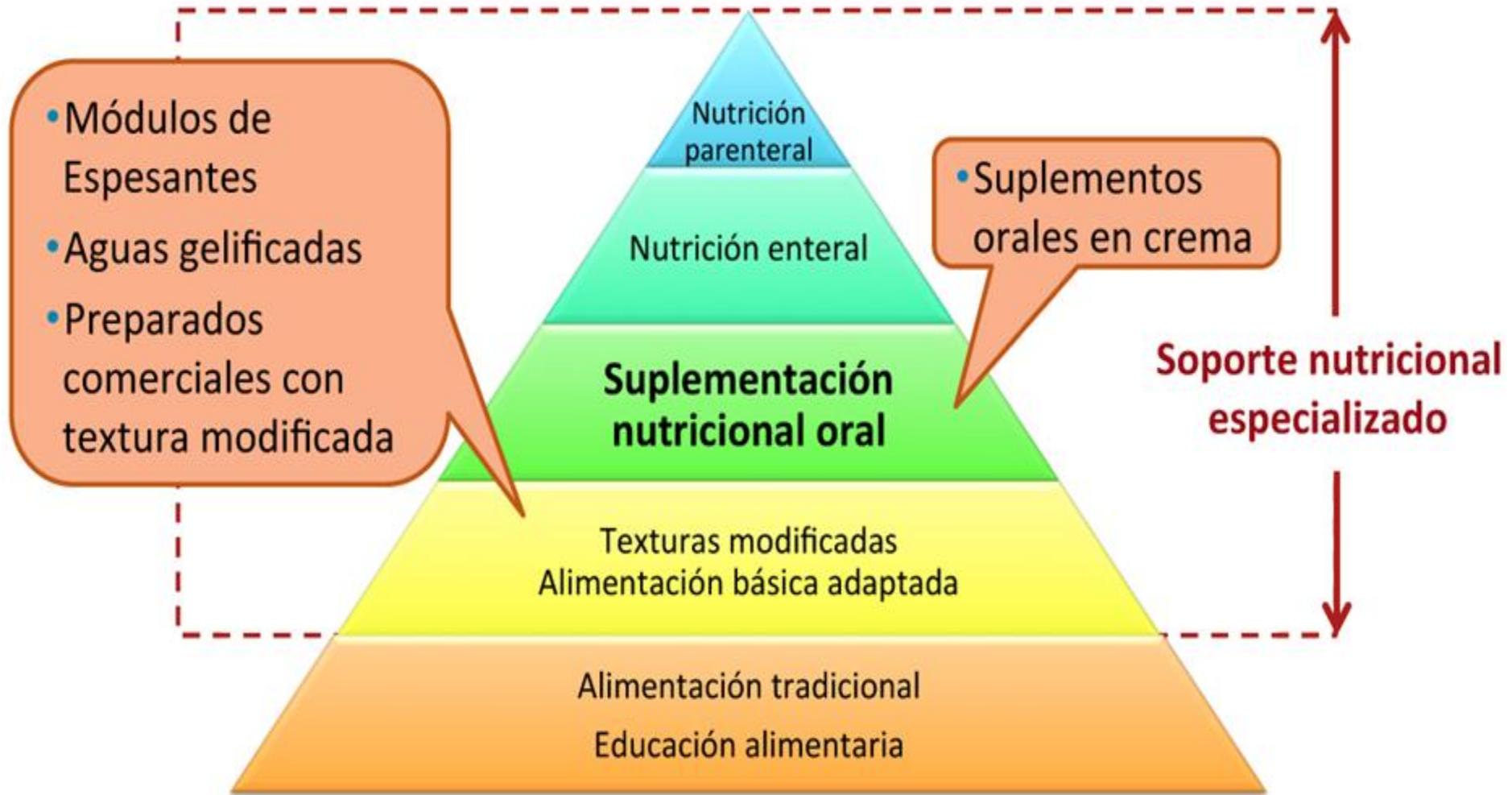
Evitando comidas muy duras, pegajosas, fibrosas o crujientes.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL





Alimentación Básica Adaptada



TRATAMIENTO REHABILITADOR

El tratamiento rehabilitador va a estar condicionado por la enfermedad

Enfermedad sin alteración cognitiva, participación activa del paciente.
No progresiva/potencialmente curable (65-80%).

- Ictus.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Lesión medular.
- Alteración estructural de la cabeza o cuello.

Enfermedad sin alteración cognitiva, participación activa del paciente.
Progresivas de su disfagia.

- ELA.
- Esclerosis múltiple.
- Distrofia musculares.
- Miastenia Gravis.

Alteración cognitiva, no participación del paciente. Progresión de la disfagia.

- Demencias.
- Parkinson-Demencia

Estrategias de tratamiento rehabilitador



MANIOBRAS
COMPENSATORIAS
POSTURALES

ESTIMULACION
SENSORIALES

TERAPIA
DEGLUTORIA

PRAXIAS
NEUROMUSCULARES

No personal específico

Personal específico. Logopeda

Estrategias compensatorias básicas

CAMBIOS POSTURALES:

- Indicados para modificar las dimensiones faríngeas y redirigir el flujo del bolo así como para proteger las vías respiratorias.
- Mejoran la seguridad de la deglución.
- Tiene un efecto de mejora leve pero son seguras de realizar.
- Reducen las aspiraciones en un 25% de los pacientes afectados.
- Su uso presenta un nivel de evidencia científica de recomendación B.
- Pueden utilizarse incluso en pacientes con un nivel cognitivo deteriorado ó con limitaciones de movimiento.

4. RECOMENDACIONES DURANTE LA INGESTA

POSTURALES:

RUTINAS



Cantidades pequeñas



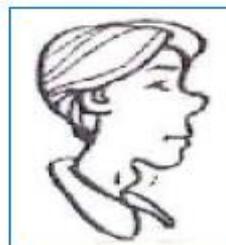
Cerrar los labios



Masticar



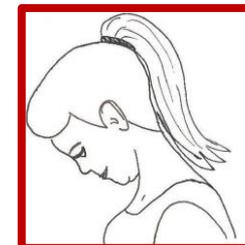
Pausa



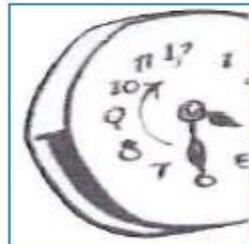
Tragar



Pausa



Tragar



Evitar las prisas y
realizar comidas
voluminosas



Permanecer
sentado 30'
después de comer



Al finalizar la ingesta
revisar que la boca
esté vacía

¡MANTENER UNA BUENA HIGIENE CAVIDAD ORAL!

Medias higiénicas antes, durante y después de las comidas

Las medidas higiénicas van encaminadas a mantener una buena higiene de la cavidad oral para así mejorar la eficacia de la deglución y evitar la colonización por gérmenes aumentando la posibilidad de infecciones respiratorias mediante:

- Un cepillado suave antes de las comida ayudara a estimular la deglución.
- El cepillado de la cavidad oral después de las comidas (dientes, encías, paladar y lengua) o de la dentadura postiza.
- El uso de gasas con enjuague bucal impregnado, en caso de no poder enjuagarse el paciente.
- El uso de cepillos conectados a aspiración para situaciones de disfagias graves.
- El uso de soluciones de saliva artificial en caso de xerostomía (sequedad de bucal).

UTENSILIOS



Vasos

- Utilizar vasos de boca ancha o de forma arqueada para evitar el tope de la nariz



Pajitas, botellas

- **NO** se recomienda el uso de pajitas o cañitas para sorber, ni las botellas con tapón regulable



Jeringas

- **NO** deben usarse jeringas para la alimentación por dos razones fundamentales
- No es bueno que el paciente deje de usar la cuchara (puede ocurrir que se olvide de forma definitiva)
- Un bolo demasiado rápido, con demasiado volumen puede atragantar al paciente

Estrategias compensatorias básicas

INCREMENTO SENSORIAL

- **VARIACIONES DE VOLUMEN:** diferentes volúmenes de alimento hacen variar el proceso de la deglución. Adecuar volumen según síntomas facilita la deglución.
- **VARIACIONES DE VISCOSIDAD DEL ALIMENTO:** Las diferentes consistencias del alimento pueden hacer variar la velocidad del tránsito del bolo, siendo lento en alimentos espesos, por ejemplo, útil en retardo del reflejo faríngeo.
- **VARIACIONES DE SABOR:** Las variaciones de sabor estimulan los reflejos faríngeos (dulce-salado, ácido-amargo). Sobre todo sabores ácidos.
- **VARIACIONES DE TEMPERATURA:** Estimulan reflejos faríngeos las variaciones frío-calor pero sobre todo el frío.
- **ESTIMULACIÓN SENSORIAL PRE-DEGLUCIÓN:** Los olores y la visión del alimento estimulan la segregación de saliva. La presión de la cuchara sobre la lengua.

Estrategias compensatorias básicas

INCREMENTO SENSORIAL

Dosificación y modificación del bolo



Variaciones de viscosidad en el alimento



Sabores (ácido)



Temperatura (frío)



ICTUS CEREBRAL

EVALUACIÓN INICIAL Y TRATAMIENTO

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS BÁSICAS

Cambios posturales

Estrategias de
incremento sensorial

Presentación del
alimento y control del
entorno



ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS RHB LOGOPÉDICA

Terapia Miorfuncional

Estimulación sensorial

Ejercicios
Neuromusculares

Maniobras deglutorias

REEVALUACIONES
PERIÓDICAS

Estrategias compensatorias básicas

CAMBIOS POSTURALES:

FLEXION ANTERIOR



Introducir el alimento en la boca, flexionar mentón hacia el pecho y tragar.

ROTACION HACIA EL LADO LESIONADO



Tragar girando la cabeza por el lado lesionado.

FLEXION ANTERIOR Y ROTACION HACIA EL LADO LESIONADO



Introducir el alimento en la boca.
Rotar la cabeza hacia el lado dañado
inclinarse tocando el hombro con la barbilla
Deglutir.

Estrategias compensatorias básicas

CAMBIOS POSTURALES:

INCLINACIÓN DEL CUELLO
HACIA EL LADO SANO



Introducir el alimento en la boca.
Tragar inclinando la cabeza hacia el lado sano



CONSULTA DE REHABILITACIÓN (Logopedia) - NUTRICIÓN

- Nueva evaluación del paciente:
 - Nutricional.
 - Funcional. MECV-V



- Si hay dudas sobre mecanismo fisiopatológico: Videofluoroscopia



- Tratamientos más específicos:



Método exploratorio instrumental VIDEOFLUOROSCOPIA (VFSS)

Es un estudio radiológico contrastado que tiene por finalidad estudiar objetiva y dinámicamente el mecanismo de la deglución completo desde boca a esófago (analiza tanto la **EFICACIA** como la **SEGURIDAD**).

- Está considerado el Gold Standar.
- Diagnostica hasta un 40% de aspiraciones silentes.
- Dosis bajas de radiaciones.



VIDEOFLUOROSCOPIA. Indicaciones

- Pacientes con síntomas directos de disfagia en los que tras diferentes estudios consideramos que puede aportar datos decisivos.
- Pacientes sin clínica de disfagia pero con síntomas indirectos de alteración de la deglución.
- Control pre, durante ó tras tratamiento rehabilitador en casos individualizados.
- Decisión previa a quitar PEG ó SNG.

Hacer en ayunas y si tiene SNG retirar las 12 horas previas

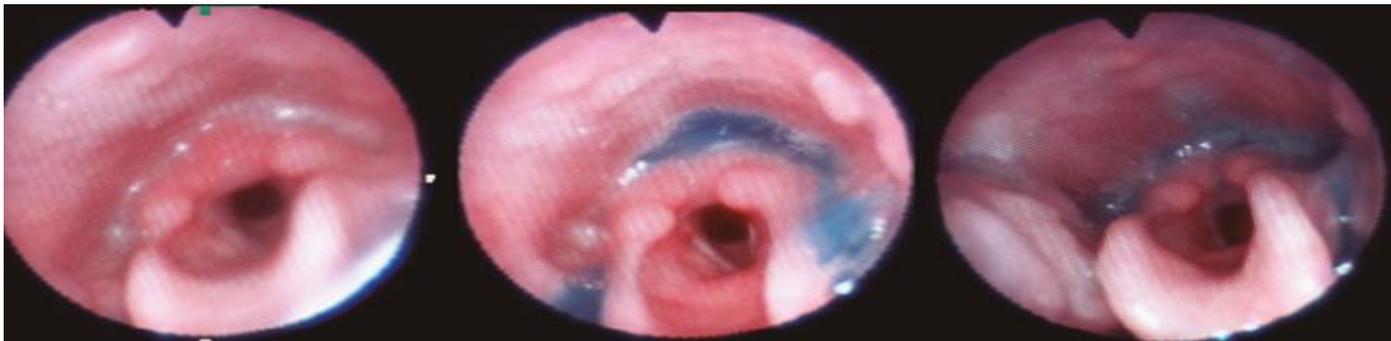
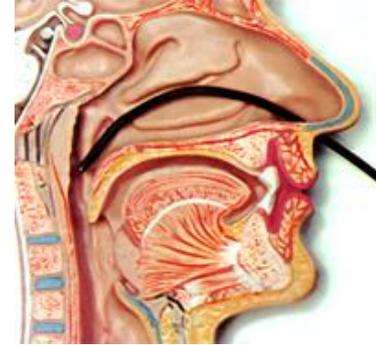
PRUEBAS INSTRUMENTALES: Fibroendoscopia (FEES)

Ventajas:

- Evaluación a pie de cama
- No se aplican agentes de contraste
- Visualización directa de la saliva
- Se puede realizar en pacientes no cooperantes y/o confusos

Inconvenientes:

- Con este método no se puede visualizar ni evaluar la fase oral y esofágica de la deglución, aunque se deduce de datos indirectos



ABORDAJE CUIDADOR

ACTUAR

en el campo de la disfagia
es proporcionar
información a pacientes
y cuidadores que
contribuya a mejorar
su calidad de vida

Caso clínico 4: Varón 71 años

AP: HTA. DM tipo 2. Fibrilación auricular anticoagulado

Cardiopatía isquémica crónica estable revascularizada con FE preservada

Enfermedad arterial periférica crónica.

Seguimiento en consulta de MIN desde el año 2012 por deterioro cognitivo:

- Demencia mixta grado moderado. Parkinsonismo

Situación basal: vive con el hijo, camina todos los días algo menos de 1 km.

Anmesia anterógrada severa – apraxia, pero colabora en la EF – saludo y se muestra cordial en cada una de las visitas a consulta.

-Revisión (05/11/15): La familia lo ve más intranquilo, sialorrea, tos y sensación de “engullir” la comida-medicación, pero sin fiebre ni disnea en reposo.

EF: Peso: 63 kg (altura: 1.62 m). ACR: ruidos cardíacos arrítmicos (74 spm), hipoventilación con roncus en hemitórax izquierdo.

Solicité Rx tórax (acto único)

Rx Tórax (05/11/15)



Actitud: Probable broncoaspiración (aspiraciones repetidas +/- silentes).
No fiebre – no antibioterapia (vigilar si progresión – fiebre).
Aporté a la familia consejos sobre medidas correctoras en la alimentación y compensatorias básicas.
Remití a Consulta Rehabilitación – Disfagia.

Consulta de Rehabilitación – Disfagia (rehabilitador – nutricionista)

- Exploración rehabilitador.
- Perfil nutricional (IMC, albúmina, prealbúmina, transferrina, olesterol total), encuesta alimentación.

Concluye: estado nutricional bueno – sarcopenia.

- Se realiza en consulta MECV-V:

Saturación Oxígeno Basal: 95

ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD

VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
	5 ml	10 ml	15 ml	5ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml
TOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CAMBIO DE VOZ	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
DESATURACIÓN DE OXIGENO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

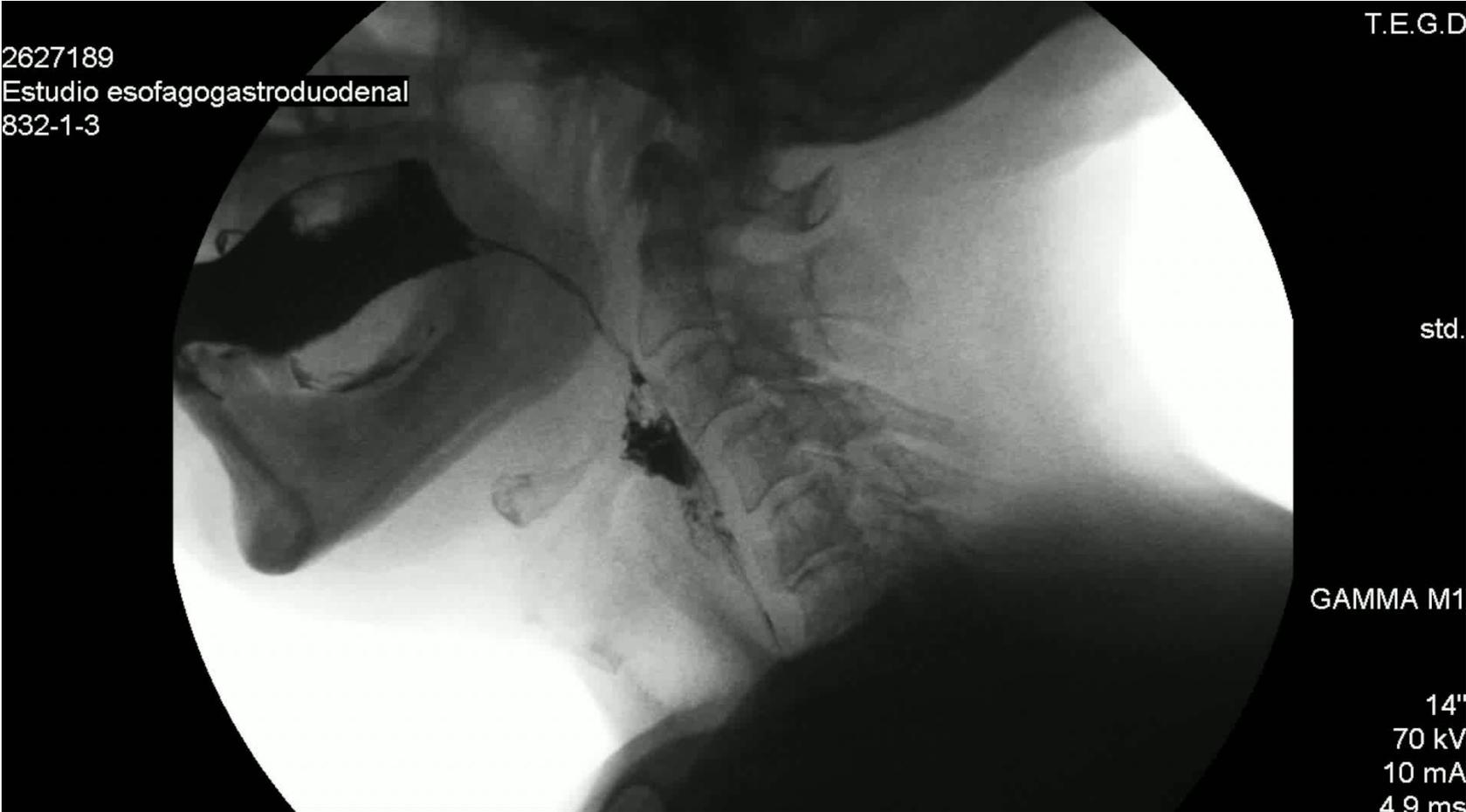
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA

VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
	5 ml	10 ml	15 ml	5ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml
AUSENCIA DE SELLO LABIAL	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
RESIDUO ORAL	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
DEGLUCIÓN FRACCIONADA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
RESIDUO FARÍNGEO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Evaluación Final: Alteración de la Seguridad y de la Eficacia

Recomendaciones: Mantener alimentación de fácil masticación, cucharadas no colmadas, líquidos a bajos volúmenes. Posturas correctoras.

Videofluoroscopia (15/03/16)



Actitud a seguir (recomendaciones Rehabilitación – Nutrición)

- Recomendaciones nutricionales:

 - Dieta oral adaptada con pautas específicas para DM (pudding)

 - Alimentación de fácil masticación y homogénea.

 - Cucharadas no colmadas.

 - Líquidos a muy bajo volumen (o espesar a néctar).

- Recomendaciones medidas compensatorias (posturales – sensoriales).

- Vigilar fármacos que no deterioren nivel cognitivo o altere deglución.

Es posible, dada su enfermedad neurológica, que termine indicándose una PEG.

RESUMEN

Sistematizar la reunión con Enfermería. Aplicar Care Bundle



For the full versions of these articles see bmj.com

PRACTICE

QUALITY IMPROVEMENT REPORT

Using care bundles to reduce in-hospital mortality: quantitative survey

Elizabeth Robb,^{1,2} Brian Jarman,^{3,4} Ganesh Suntharalingam,¹ Clare Higgins,¹ Rachel Tennant,¹ Karen Elcock⁵

Abstract

Problem To reduce hospital inpatient mortality and thus increase public confidence in the quality of patient care in an urban acute hospital trust after adverse media coverage.

Design Eight care bundles of treatments known to be effective in reducing in-hospital mortality were used in the intervention year; adjusted mortality (from hospital episode statistics) was compared to the preceding year for the 13 diagnoses targeted by the intervention care bundles, 43 non-targeted diagnoses, and overall mortality for the 56 hospital standardised mortality ratio (HSMR) diagnoses covering 80% of hospital deaths.

of diagnoses that account for 80% of all deaths in hospitals nationally.³ A figure of 100 is the national reference value and hospitals with higher or lower adjusted mortality have values above or below 100.

The North West London Hospitals NHS Trust serves a population of about 500 000. The trust received adverse media coverage following the Healthcare Commission's report on its maternity services in July 2005⁴ and in March and April 2006⁵ regarding a drug trial at Northwick Park Hospital in which six men developed organ failure. Both stories had an impact on staff morale and on patients' perceptions of Northwick Park Hospital. The HSMR for the trust for 2006-7 was 84.6, 15.4 points below the national

¹North West London Hospitals NHS Trust, Harrow HA1 3UJ

²Nursing, London South Bank University, London SE1 0AA

³Imperial College, London EC1A 9LA

⁴Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA 02138, USA

⁵Thames Valley University, Slough SL1 1YG

Correspondence to: B Jarman bjarman@imperial.ac.uk

Cite this as: *BMJ* 2010;340:c1234
doi: 10.1136/bmj.c1234

RESUMEN

Disfagia orofaríngea asociada a determinadas patologías.
Identificar paciente de riesgo para disfagia. Predictores de disfagia.

Grupo de pacientes en riesgo

Ancianos frágiles
Demencia
Parkinson
Ictus agudo
ELA, AMS...
Síndrome confusional agudo
Agitación psicomotriz
Otro: Traqueostomizados, PCI,
neumonía de repetición.

Predictores clínicos

Disfonía. Alteración calidad vocal
Disartria
Reflejo nauseoso anómalo
Regurgitación nasal
Tos voluntaria anómala.
Tos después de la deglución
Pérdida de peso
Neumonías recurrentes

Sospecha de
Disfagia
Orofaringea
Funcional

Médico
responsable
Valora
Riesgo
Disfagia

C
L
I
N
I
C
O

+

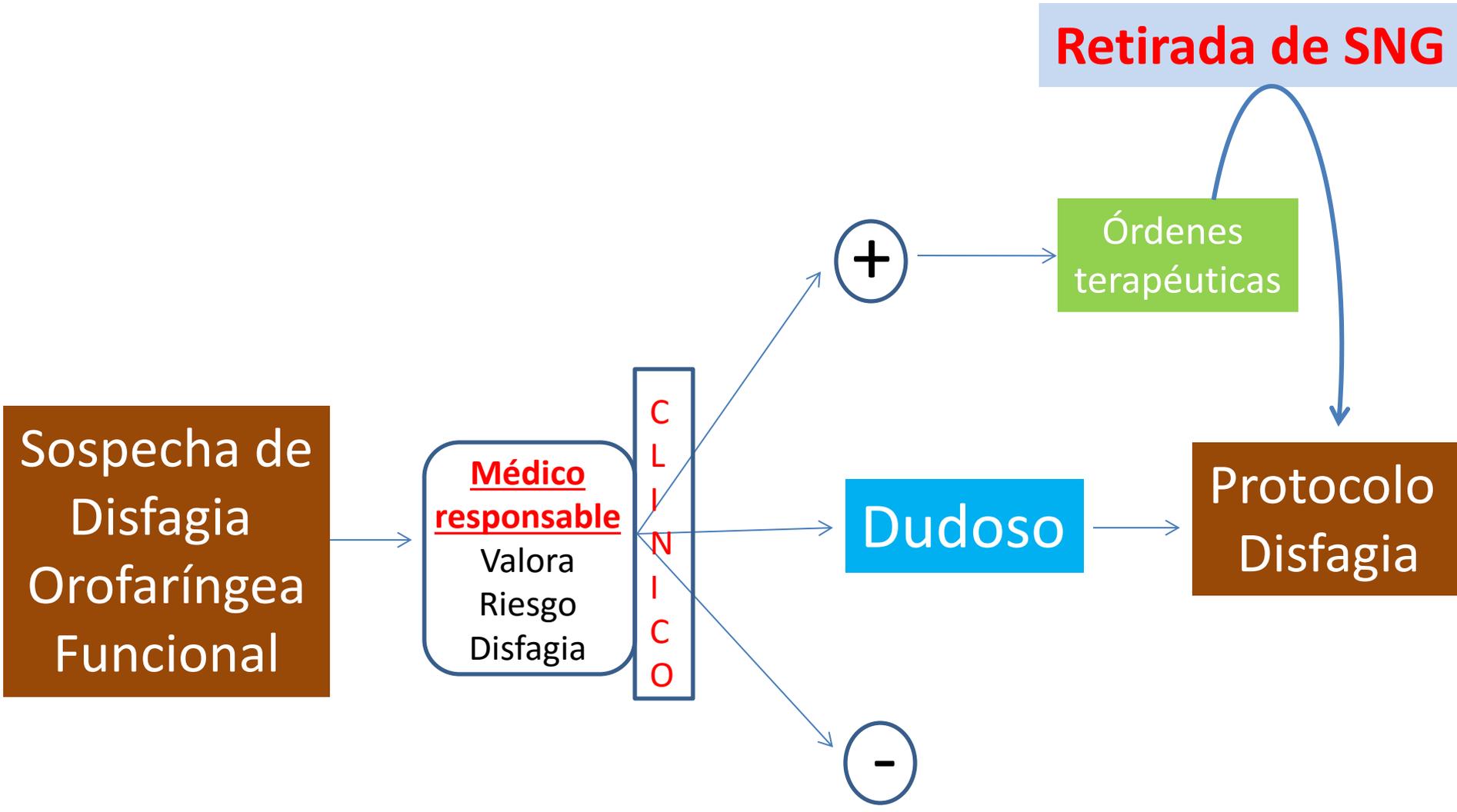
Dudoso

-

Retirada de SNG

Órdenes
terapéuticas

Protocolo
Disfagia



Protocolo Disfagia

METODO EXPLORACIÓN CLINICA VOLUMEN - VISCOSIDAD

Resultados MCEV-V Sat. O2 Basal _____ Fc cardiaca basal _____

VISCOSIDAD	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
	ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD								
	5 ml	10 ml	20ml	5 ml	10ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
TOS									
CAMBIO DE VOZ									
DESATURACIÓ DE Oxígeno									
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
	5 ml	10 ml	20ml	5 ml	10ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
SELLO LABIAL									
RESIDUO ORAL									
DEGLUCIÓN FRACCIONAD									
RESIDUO FARÍNGEO									

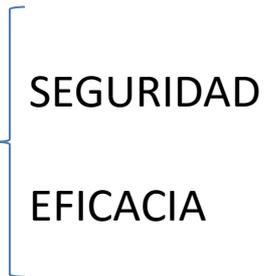
Protocolo Disfagia

Normal



Evaluación clínica
por su médico responsable

Patológico



ABORDAJE
MULTIDISCIPLINAR

Tratamiento de la disfagia orofaríngea

Abordaje multidisciplinar

Tratamiento nutricional

- Modificar la consistencia de la dieta
- Optimizar la hidratación y nutrición (suplementación oral, alimentación enteral (SNG/PEG))

Tratamiento rehabilitador

- Modificar posturas y maniobras de deglución

Atención a los cuidadores

CUIDANDO E INFORMANDO AL CUIDADOR



→ INFORMACIÓN A FAMILIARES - CUIDADOR

¿Cómo alimentar a través de una Sonda?

Los pasos previos a la toma por sonda son los mismos que para alimentar a través de la boca.

Se administrará nutrición enteral (preparados comerciales) salvo otra indicación médica.

En este caso se utilizará una jeringa y se administrará a una velocidad lenta.

SIEMPRE acabaremos las tomas con un par de jeringas de agua. Con esto mantendremos una buena hidratación y evitaremos que la sonda se obstruya.

Una vez acabado, mantendremos al paciente sentado o con el cabecero de la cama a 90°

Recomendaciones generales

Es importante mantener una buena ingesta calórica e hídrica.

Limpiar concienzudamente la boca de restos alimenticios tras cada comida.

Controlar el peso.

En caso de ingesta oral, dar siempre con cucharas, evitar las jeringas.

Mantener una higiene correcta de la sonda y de la piel de alrededor.

Intentar que los alimentos tengan buen aspecto y sabor.

Proporcionar alimentos ricos en todos los nutrientes necesarios (vitaminas, fibra, minerales, proteínas...)

En caso de náuseas o vómitos colocar al paciente de lado, si tiene sonda, conectarla a una bolsa.

En caso de cualquier duda, la enfermera, nutricionista y médico le darán la información necesaria

Agencia Sanitaria Costa del Sol

Autovía A7, Km 187

29603 Marbella (Málaga)

Tel: 951976669-951976670

www.hcs.es



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

Información

MANEJO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Unidad de Medicina Interna, Digestivo y Rehabilitación



Empresa Pública Hospital Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

¿Qué es la disfagia?

Es el síntoma del deterioro de la deglución, es decir, la incapacidad de tragar líquidos y/o sólidos.

Hay varias enfermedades o procesos que llevan a padecer este síntoma, que una vez detectado tiene unos cuidados fáciles, pero también unas complicaciones importantes, por lo que más adelante daremos unas nociones para prevenirlas y aprender a detectarlas.

Lo primero será detectar el grado de disfagia, esto seguramente se llevara a cabo durante la estancia en el hospital. Dependiendo de éste, la nutrición en casa se hará por boca o por una sonda desde la nariz al estómago, o directamente al estómago.

Dependiendo de la causa que provoque este síntoma se podrá trabajar con Rehabilitación para su mejoría.

¿Cómo alimentar por la boca?

Es preferible que se esté sentado, si no es posible, con la cama incorporada al máximo.

Tendremos todo lo que vayamos a necesitar a mano.

Utilizaremos batidos especiales o dieta triturada, según las necesidades del paciente. En los líquidos, SIEMPRE espesante. Debemos comprobar la textura, la temperatura, y que no queden restos sin pasar.

Comenzaremos dando al paciente la comida por el lado no afectado en caso de ACV.

Comprobaremos siempre que se ha tragado la comida, y de que no quedan restos. Dar en pequeñas cantidades.

Vigilaremos signos de aspirado como tos, dificultad para respirar, etc.

Tras las comidas mantendremos al paciente incorporado al menos 30 minutos.

Posiciones correctas para la alimentación (fotos 1 y 2):



Maniobra postural 1: cabeza hacia delante.

Posibles complicaciones

La broncoaspiración es una de las complicaciones más frecuentes y a la vez más graves. Consiste en el paso de material alimenticio a los pulmones.

Siguiendo las recomendaciones descritas es difícil que ocurra, pero es necesario conocer los signos y síntomas para actuar lo más rápido posible.

Es importante comentar con su médico un aumento en la dificultad de tragar o episodios esporádicos de tos durante las comidas

Avisar en caso de:

Dificultad para respirar

Cambios en el timbre de voz.

Coloración azulada de labios o extremidades.

Pérdida de conocimiento

Fiebre

Cambio en el estado general



Maniobra postural 2: girar la cabeza hacia el lado lesionado.

La visión global de la persona enferma

Síndromes Geriátricos:

Inmovilidad - sarcopenia

Inestabilidad - caída

Incontinencia

Infecciones

Disfagia – Desnutrición

Afectación visión – audición

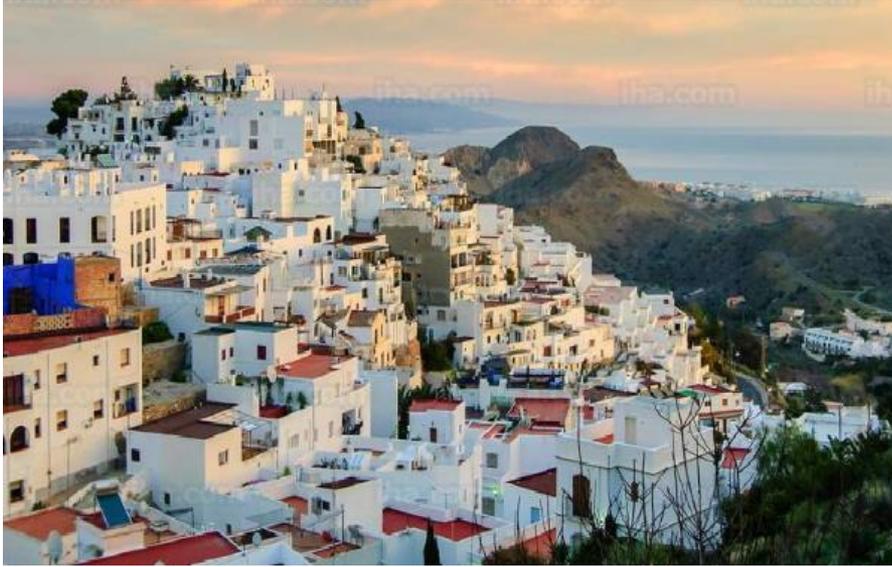
Insomnio – Depresión

Polifarmacia – Iatrogenia

Deterioro cognitivo

Úlceras por presión





GRACIAS - FIN

Unidad de Disfagia – Hospital Costa del Sol

Dra. Jimena Abilés (Nutrición)

Dra. Ana Román (Rehabilitación)

Dra. Chabeli Méndez (Digestivo)

Dr. Jorge Costa (Radiología)

Dr. Rafael Cotos (M. Interna)

Agradecimiento: Dr. Cristóbal Rodríguez (Nutrición)