

# PROCEDIMIENTO SOBRE IDENTIFICACION Y MANEJO DE LA DISFAGIA OROFARINGEA FUNCIONAL

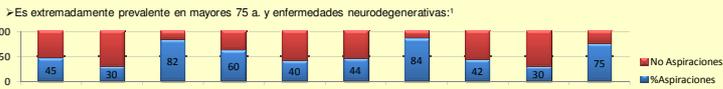
Autores: M<sup>º</sup> Carmen Rubio Sánchez, Sonia Fernández Viudez. Enfermeras de la UGC de M. Interna e Integral del Hospital La Inmaculada de Huercal-Overa.

## INTRODUCCION

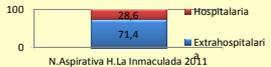
> **DISFAGIA OROFARINGEA FUNCIONAL**.-Es la dificultad para tragar/deglutir sólidos y/o líquidos (preferentemente) desde la boca al esófago.

> **COMPLICACIONES:** Deterioro de la EFICACIA → Malnutrición y Deshidratación  
 Deterioro de la SEGURIDAD → Penetración, aspiración y Neumonía

El 50% de las aspiraciones acaban en neumonías y de estas un 50% en MUERTE.



> Hospital la Inmaculada (Huercal-Overa) en 2011, hubo 119 casos de neumonía aspirativa (constatados en la historia médica):



> Nuestro servicio de M.Interna, acoge en su gran mayoría, pacientes > de 75 a., con procesos neurológicos agudos o crónicos, y pacientes con otras patologías agudas, que pueden provocar un deterioro de su estado general o cognitivo, haciéndolos susceptibles de padecer un deterioro deglutitorio transitorio. Actualmente, en nuestra unidad, no existe ningún tipo de procedimiento consensuado, que sirva de referente, para manejar una cuestión tan transcendental.

- > **OBJETIVO GENERAL:** consensuar un procedimiento sobre manejo de este tipo de disfagia que sirva de guía para los profesionales enfermería.
- > **OBJETIVOS ESPECIFICOS:** Disminuir el riesgo aspirativo con una adecuada identificación y manejo. Servir de guía a los profesionales en cuanto a su identificación y manejo. Fomentar una identificación precoz del riesgo aspirativo.

## MATERIAL

- Vaso de un solo uso con agua.
- Espesante.
- Cuchara pequeña plástico (3ml-5ml)
- Cuchara grande (5 - 7 ml)
- Jeringas 5-10ml.
- Babero o similar.
- Servilletas
- Pulsioxímetro.
- Aspirador.

## CONSIDERACIONES PREVIAS



- El reflejo nauseoso no es válido como test de evaluación de la disfagia.
- Las aspiraciones silentes se detectan únicamente con una exploración instrumental.
- Hay que evitar el uso de pajitas o jeringas para alimentar, ya que así se dificulta el control de la velocidad y flujo de los líquidos.<sup>2</sup>
- Especial cuidado con ciertas gelatinas que pueden modificar su textura en la mucosa oral.
- La modificación de la dieta es transcendental: líquidos espesados y sólidos triturados con textura homogénea y viscosidad pudding.

### SIGNOS/SINTOMAS.-

- > **GENERALES:**
  - ✓ Dificultad para controlar las secreciones orales o salivación.
  - ✓ Ausencia/debilidad de la deglución o los voluntaria.
  - ✓ Higiene oral pobre.
  - ✓ Infecciones Respiratorias tracto bajo frecuentes.
  - ✓ Lentitud/diminución de los movimientos bucolinguales. Lengua calda.
  - ✓ Carraspera frecuente. Cambios en la calidad/tono de la voz (ronquera/afonía).
- > **AL COMER O BEBER:**
  - ✓ Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso (más de 5 seg.)
  - ✓ Muchas degluciones para un solo bocado. Demasiado tiempo en comer/beber.
  - ✓ Tose estornudar durante/tras la alimentación.
- > **TRAS LA INGESTA DE ALIMENTOS/BEBIDAS:**
  - ✓ Afonía o voz ronca o carraspeo.
  - ✓ Fatiga y/o cambios en patrón respiratorio

### FACTORES DE RIESGO.-

- ✓ Paciente con afectaciones neurológicas: TCE, parálisis cerebral, ACV, E. Alzheimer, Demencias, E. Parkinson, ELA, E.M., miastenia graves, distrofias musculares, E. neuronales motoras, anoxia cerebral.
- ✓ Alteración del Nivel de consciencia y Deterioro cognitivo.
- ✓ Estado de alerta y nivel de atención disminuidos.
- ✓ Impulsividad y agitación excesivos.
- ✓ Uso de fármacos: psicótropos, neurolépticos, antidepressivos, anticolinérgicos y fenotiazidas.
- ✓ Cuello hiperextendido.
- ✓ Intubación de larga evolución.
- ✓ Edad avanzada.

## REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO

- **Identificarse** y comprobar la identificación del paciente.
- **Informar** al paciente/cuidador del procedimiento y de la importancia del mismo.
- Realizar **higiene de manos** con solución hidroalcohólica.
- Comprobar que el paciente **se encuentra alerta y receptivo**, que ha descansado bien, y no tiene dolores de ningún tipo, al igual que tampoco se encuentre muy fatigado.
- Comprobar la capacidad del paciente para comunicar cualquier problema o dificultad al tragar
- Comprobar el correcto funcionamiento del **aspirador**.
- **POSICION CORRECTA DEL PACIENTE:** los estudios descriptivos y la opinión de los expertos sugieren:<sup>2</sup>
  - \* Sentado recto o cama incorporada 90º, tronco y cabeza sobre la línea media, la cabeza ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo; evitar la hiperextensión
  - \* Para la **parálisis unilateral**: inclinar la cabeza ligeramente hacia el lado no afectado (el más fuerte); rotar la cabeza hacia el lado afectado (el más débil).
- La persona que alimenta deberá sentarse a la misma altura o ligeramente por debajo del nivel de los ojos.
- **Método de Exploración Clínica.**- Adaptación del MECV-V<sup>1,3</sup>
  - ◊ Monitorizamos saturación de O2 antes, durante y después.
  - ◊ Usamos 2 volúmenes para pudding y néctar; cuchara pequeña (3-5 ml) y cuchara grande (5-7 ml), basándonos en todas las evidencias que avalan que es mejor alimentar con cuchara que con jeringa. Y para líquidos jeringas de 5 y 10 ml. Desestimamos el volumen de 50cc, al ser altamente peligroso en nuestro tipo de pacientes, comprometiendo su seguridad.
  - ◊ Tres viscosidades, néctar, líquida y pudding, a partir de agua o manzanilla con espesante.
  - ◊ El orden que se sigue en la valoración es: néctar, líquido y pudding, y de menor a mayor volumen.
  - ◊ Valoraremos en cada paso SIGNOS /SINTOMAS DE ALTERACION DE LA SEGURIDAD: tos, carraspeo, cambios en la voz, o Dism. satO2 3%.



- ◊ Empezamos por viscosidad néctar y cuchara pequeña; si no aparecen signos alteración de la seguridad, pasamos al siguiente volumen, que es con cuchara grande; si aparecen signos positivos de alteración, pasamos directamente a viscosidad pudding, omitiendo viscosidad líquida.
- ◊ Si aparecen signos/síntomas con viscosidad líquida, en cualquiera de sus volúmenes, o su tolerancia nos crea dudas, dar líquidos con viscosidad néctar.
- ◊ Si, con viscosidad pudding y cuch pep presenta alteración, se dejará D.Absoluta e informaremos a su Médico.
- ◊ No existe Disfagia si no presenta alteración de la seguridad en ningún momento de la prueba.
- Acomodar al paciente e informar al cuidador/familiar, procediendo a dar recomendaciones sobre prevención aspiración si es necesario.
- Registrar el resultado de la exploración en la historia de enfermería, así como, cualquier otro aspecto de interés(ej: necesidad de reforzar recomendaciones a los cuidadores..) e informaremos al personal de AE. Modificar dieta e indicar líquidos espesados según el resultado de la prueba.
- Se reevaluará nuevamente cada vez que la situación del paciente lo requiera.

SI LA SATO2 ↓ 5% O APARECEN SINTOMAS RESPIRATORIOS SE DARÁ POR FINALIZADA LA PRUEBA

## CONCLUSIONES

- Es de suma importancia, la concienciación, por parte de los profesionales de enfermería, de la importancia de una detección precoz y un correcto manejo, dada las graves consecuencias que conlleva la disfagia orofaríngea, siguiendo un procedimiento al respecto unificado y consensuado.
- De igual manera, la participación de familia/cuidadores es transcendental por lo que tendremos que asegurarnos de proporcionarles asesoramiento/ formación para alimentar de una manera segura.
- Actualmente se trata de un tipo de PROCEDIMIENTO PILOTO en vías de aplicación. En primer lugar se realizarán sesiones de enfermería destinadas a proporcionar los conocimientos necesarios y dar a conocer el procedimiento, para posteriormente realizar un Pilotaje del mismo. Al igual pretendemos elaborar una guía de recomendaciones para cuidadores/familiares.

"Cuando el objetivo te parezca difícil, no cambies de objetivo; busca un nuevo camino para llegar a él"

Confucio (551 a.C. - 478 a.C.), filósofo chino