

CALIDAD Y PRÁCTICA SEGURA EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Autores JIMÉNEZ CABRERA, L**, MARTÍNEZ MAGALDI, M**, ALONSO FERNANDEZ, V*

*ENFERMERA ATENCIÓN PRIMARIA OSAKIDETZA GIPUZKOA

** ENFERMERA RESIDENCIA DE ANCIANOS YURREAMENDI DE TOLOSA GIPUZKOA

INTRODUCCIÓN:

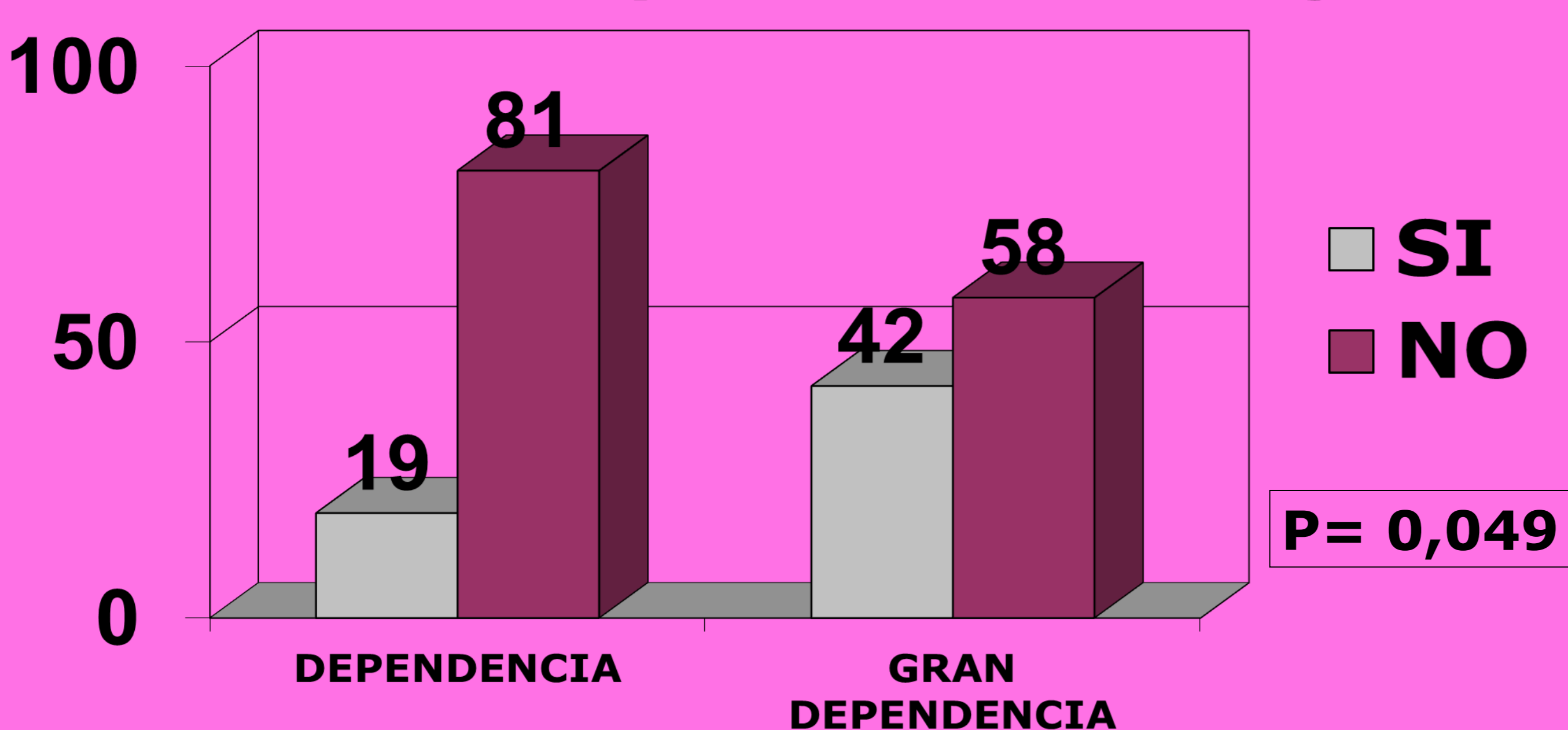
Las dificultades de alimentación relacionadas con la disfagia, son de una elevada prevalencia en personas mayores institucionalizadas, y aumentan de modo progresivo con la edad, la dependencia y las patologías asociadas.

Tras realizar una revisión bibliográfica, hemos detectado que según los diferentes estudios, hay una gran variación en la estimación de la disfagia, desde un 33% a un 78% en pacientes institucionalizados. Pero todos ellos coinciden en que está escasamente reconocida, diagnosticada y por lo tanto tratada.

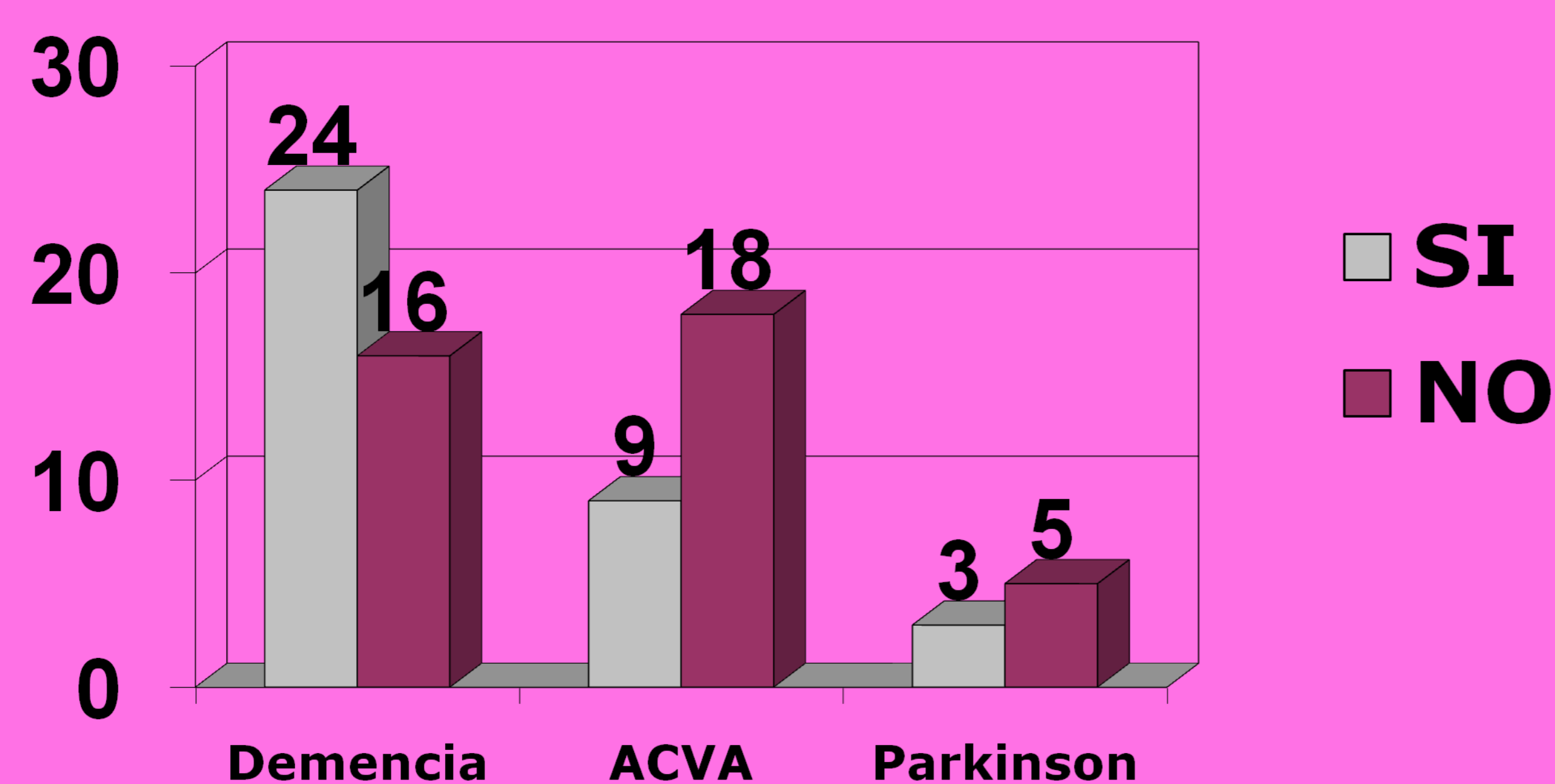
SITUACION ACTUAL DE LA RESIDENCIA YURREAMENDI:

- 143 Residente: 100 mujeres y 43 hombres.
- Edad Media: 82,88 años (mujeres 85,19 y hombres 77,51).
- Grados de dependencia: 2,77% autónomos, 22,22% dependientes y 75,01% grandes dependientes
- El 38,88% de los residentes de la Residencia Yurreamendi están en tratamiento para la disfagia (dieta y espesantes), sin estar reflejado su diagnóstico en la historia clínica geriátrica.

Relación dependencia / disfagia



Relación patologías asociadas / disfagia



CONCLUSIÓN:

La prevalencia de disfagia hallada es menor de la esperada, existiendo asociación entre el grado de dependencia y la existencia de disfagia.

Consideramos oportuno la puesta en marcha de un plan de actuación, que ayude a diagnosticar la disfagia desde el grado más leve.

El establecimiento de este plan de actuación, puede repercutir en una reducción de las complicaciones y en una atención segura y de calidad.

OBJETIVOS:

•GENERAL: Conocer la situación de la residencia Yurreamendi en relación a la disfagia y a las patologías asociadas.

•ESPECIFICOS:

-Elaboración de un plan de actuación para la detección precoz de la disfagia desde los estadios más leves para poder minimizar las posibles complicaciones.

-Formación de personal de atención directa tanto en la detección como en el manejo de la disfagia.

-Registro de la disfagia en la historia clínica geriátrica del centro.

PLAN DE ACTUACIÓN DE LA RESIDENCIA YURREAMENDI

• FORMACIÓN:

Realización de charlas formativas y casos prácticos al personal de atención directa, para la detección precoz y administración posterior de cuidados en los diferentes grados de disfagia. Formación de las enfermeras en la realización del método de exploración clínica de volúmenes y viscosidades (MECVV), descrito por Clavé. P.

• SIGNOS DE ALERTA

- ❖ Antecedentes de disfagia
- ❖ Dificultades para tragar
- ❖ Tos mientras come y/o después de comer
- ❖ Carraspeo frecuente
- ❖ Atragantamiento con líquidos, sólidos y/o texturas mixtas
- ❖ Creación de bola en la boca cuando come
- ❖ Babeo frecuente
- ❖ Incapacidad de tragar el bolo en una única deglución

• DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA

Establecer un diagnóstico mediante la revisión de la historia clínica y la realización del MECVV al ingreso en el centro y siempre que se detecte un signo de alerta.

• REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

Registro en la historia clínica geriátrica del centro.

• RECOMENDACIONES Y CUIDADOS

Elaboración de trípticos con las recomendaciones generales y su posterior colocación en los comedores para recordar las prácticas seguras en el manejo de la disfagia.

Establecer el plan individualizado en cada caso tras el diagnóstico, con las pautas higiénico-dietéticas y posturales, medidas de adecuación de líquidos y/o maniobras para facilitar la deglución, tanto de alimentos como de fármacos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Irlés J, et al. Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. Nutr Hosp. 2009;24(4): 498-503.
- Torres M, et al. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. Gerokomos 2011; 22 (1): 20-24.
- Ferrero López M, et al. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47, (4):143-147.