



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO
MAYOR CON DISFAGIA SEGÚN EL MODELO DE CONSERVACIÓN DE
MYRA LEVINE

CUELLO DEL PEZO FRANKLIN ALEXANDER

MACHALA
2017



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
ADULTO MAYOR CON DISFAGIA SEGÚN EL MODELO DE
CONSERVACIÓN DE MYRA LEVINE

CUELLO DEL PEZO FRANKLIN ALEXANDER

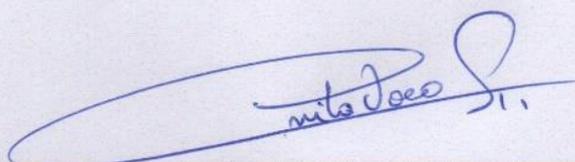
MACHALA
2017

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DISFAGIA SEGÚN EL MODELO DE CONSERVACIÓN DE MYRA LEVINE, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



ESPINOZA CARRIÓN FLOR MARÍA
0701910176
TUTOR - ESPECIALISTA 1



VACA GALLEGOS ANA MARINA
0703707430
ESPECIALISTA 2



CHAMBA TANDAZO MARLENE JOHANA
0704176486
ESPECIALISTA 3

Machala, 03 de febrero de 2017

Urkund Analysis Result

Analysed Document: CUELLO DEL PEZO FRANKLIN ALEXANDER.docx (D25057515)
Submitted: 2017-01-17 14:12:00
Submitted By: franklin-alex@hotmail.es
Significance: 9 %

Sources included in the report:

<http://es.slideshare.net/jonhimelaslavo/deglucin-valoracin-y-rehabilitacin>
<http://www.slideshare.net/jonhimelaslavo/deglucin-valoracin-y-rehabilitacin>
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-avance-resumen-prevalencia-disfagia-orofaringea-pacientes-con-S2013524616300113>

Instances where selected sources appear:

9

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, CUELLO DEL PEZO FRANKLIN ALEXANDER, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DISFAGIA SEGÚN EL MODELO DE CONSERVACIÓN DE MYRA LEVINE, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 03 de febrero de 2017



CUELLO DEL PEZO FRANKLIN ALEXANDER
0704648138

RESUMEN

La disfagia es el término médico para referir un trastorno de la deglución que se identifica por la dificultad de progresión del bolo alimenticio que se inicia desde la boca hasta el estómago. En las enfermedades neurodegenerativas las cifras de prevalencia de disfagia oro-faríngea son muy altas. Se han publicado datos del 100% en la Esclerosis Lateral Amiotrofia(ELA) bulbar y del 60% en el resto de formas clínicas. El método más utilizado para la valoración clínica de la disfagia orofaríngea en un paciente es la anamnesis, que consiste en varias preguntas sobre síntomas de disfagia, (tos durante la comida, dificultades al deglutir, etc.). Sin embargo, su rentabilidad es muy baja. Por ello para diagnosticar la disfagia en ancianos lo primordial, ante todo, es la historia clínica; con la valoración y entrevista al paciente debemos tener en cuenta todo lo que nos refiera. El objetivo de este trabajo investigativo es profundizar los conocimientos y desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con disfagia relacionándolo con el modelo conceptual de Myra Levine, con la finalidad de obtener mayor experiencia para la realización del proceso de atención por lo que se revisó diversas fuentes bibliográficas, estudios realizados, la misma que nos ayudara a establecer diferentes planes de cuidados de enfermería. Se determinó que el modelo de conservación de Myra Levine nos orienta hacia la realización de un plan de cuidados que tiene como objetivo lograr la adaptación, conservación e inclusión del individuo a la sociedad manteniendo un estilo de vida adaptado.

PALABRAS CLAVE: Disfagia, modelo de Myra Levine, adulto mayor.

ABSTRACT

The dysphagia is the medical term for referring to a swallowing disorder that is identified by the difficulty of progression of the alimentary bolus from the mouth to the stomach. In neurodegenerative diseases the prevalence of oro-pharyngeal dysphagia are very high. Data have been published of 100 per cent in the Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) bulbar amyotrophy and of 60% in the rest of clinical forms. The most commonly used method for the clinical assessment of the oropharyngeal dysphagia in a patient is the anamnesis, which consists of a number of questions about symptoms of dysphagia, (cough during the meal, difficulties in swallowing, etc.). However, its profitability is very low. Therefore to diagnose dysphagia in elderly paramount, above all, it is the clinical history; with the assessment and interview the patient must take into account all what you refer to us. The objective of this research paper is to deepen the knowledge and develop the process of nursing care in patients with dysphagia by relating it to the conceptual model of Myra Levine, with the purpose of obtaining more experience for the realization of the process of care is reviewed various bibliographic sources, studies, the same that will help us to establish different nursing care plans. It was determined that the model of conservation of Myra Levine directs us toward the realization of a care plan that aims to achieve the conservation, adaptation and inclusion of the individual to society while maintaining a lifestyle adapted.

Keywords: Dysphagia, model of Myra Levine, older adult.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
DESARROLLO	
ETIOLOGIA.....	8
MANIFESTACIONES CLINICAS.....	9
CONSECUENCIA DE LA DISFAGIA.....	9
DIAGNOSTICO.....	10
MODELO DE CONSERVACIÓN DE MYRA LEVINE.....	10
PRINCIPIO DE LA CONSERVACIÓN	
CONSERVACION DE LA ENERGIA.....	11
CONSERVACION DE LA INTEGRIDAD ESTRUCTURAL.....	12
CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD PERSONAL.....	12
CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD SOCIAL.....	13
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	14
CONCLUSIONES.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	16
ANEXOS.....	18

INTRODUCCION

La disfagia es el termino médico para referir un trastorno de la deglución que se identifica por la dificultad de progresión del bolo alimenticio que se inicia desde la boca hasta el estómago. Puede corresponder a causas de disfunciones orofaríngeas o esofágicas, a partir del punto de vista anatómico, estructurales o funcionales desde el punto de vista fisiopatológico ⁽¹⁾. En la población adulta mayor la disfagia es un síntoma prevalente que conlleva importantes consecuencias para el mismo, al cual se le implica problemas de salud y disminución la calidad de vida ⁽²⁾.

En un trabajo europeo, realizado por Ekberget, se determinó que la prevalencia de disfagia podía oscilar entre el 3 y el 50%. En función a la severidad del problema se identificó que afecta entre el 56 y el 78% de los adultos mayores. En este entorno otros estudios indica una prevalencia de disfagia del 50%. Esta variabilidad puede representar que la disfagia esta escasamente reconocida, y pobremente diagnosticada y atendida ⁽³⁾. La incidencia real del mismo es complicada valorar porque los hallazgos diagnósticos dependen de la sensibilidad de las pruebas utilizadas⁽⁴⁾.

En los adulto mayores, el problema de disfagia se da con mucha frecuencia y estarían estrechamente relacionadas a enfermedades neurológicas y neurodegenerativas ⁽²⁾.“En las enfermedades neurodegenerativas las cifras de prevalencia de disfagia oro-faríngea son muy altas. Se han publicado datos del 100% en la Esclerosis Lateral Amiotrofia(ELA) bulbar y del 60% en el resto de formas clínicas. En los pacientes con Parkinson se dan cifras entre el 35 y el 45% aunque muchos de ellos no estén conscientes del problema y en la Esclerosis Múltiple la prevalencia llega al 45%. El 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden presentar disfagia y afecta a más del 60% de los mismo” ⁽⁵⁾.

La importancia de esta investigación es que la disfagia sigue siendo un problema de salud infravalorado e infradiagnosticado en personas adultas mayores y que requiere tratamiento rehabilitador, y sería conveniente incluirlo en la valoración de enfermería, como práctica clínica habitual⁽⁶⁾.

El objetivo de este trabajo investigativo es profundizar los conocimientos y desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con disfagia relacionándolo con el modelo conceptual de Myra Levine; con la finalidad de obtener mayor experiencia para la realización del proceso de atención por lo que se revisó diversas fuentes bibliográficas, estudios realizados, los mismos que nos ayudaran a establecer diferentes planes de cuidados.

DESARROLLO

ETIOLOGIA

El vocablo Disfagia procede de dos palabras griegas, “dys” (dificultad) y “phagia” (comer). Se refiere con disfagia a la dificultad para deglutir y que el alimento pase desde la boca al estómago. Se puede dar por una alteración orgánica o una dificultad funcional, y afectar a pacientes de toda edad, desde bebés a ancianos. Desde el punto de vista anatómico se clasifica como disfagia orofaríngea aquel que engloba alteraciones en la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas; y la disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y cardias, y generalmente es originada por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfgias diagnosticadas ⁽⁵⁾.

Hay múltiples afecciones que producen disfagia. Entre las causas principales se distinguen:

- Las lesiones neurológicas agudas (ACV, traumatismo craneal) o crónicas (esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, etc.). Pueden encontrarse lesiones aisladas en los nervios craneales, pero también pueden estar afectados los centros de activación. La manifestación clínica depende de la localización;
- Los tumores del cuello y de la cabeza y sus tratamientos asociados (radioterapia, cirugía), a veces más perjudiciales que la lesión primaria;
- Los trastornos de las funciones principales (demencias degenerativas o vasculares, trastornos psiquiátricos o tratamientos farmacológicos);
- Las dificultades propias de la edad, más evidente a medida que aumenta la expectativa de vida: la alteración del estado dental, la disminución de la atención o los tratamientos farmacológicos, la salivación ausente o escasa, la osteofitosis cervical, las alteraciones del peristaltismo, los defectos de posición en las comidas son algunos de los ejemplos escogidos;

- El reflujo gastroesofágico;
- Secuelas de la anoxia neonatal y los trastornos de la prematuridad;
- Malformaciones y anomalía de las estructuras propia de esta función ⁽⁷⁾.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La anamnesis es el método más utilizado para la valoración clínica de la disfagia orofaríngea, que consiste en varias preguntas sobre síntomas de disfagia, (tos durante la comida, dificultades al deglutir, etc.). Sin embargo, su rentabilidad es muy baja ⁽⁸⁾. El paso fundamental para prevenir las complicaciones es la identificación precoz de la disfagia. Por eso es importante la detección de signos de alerta, con la aplicación de métodos de exploración clínica ⁽³⁾.

- Paciente que durante o después de las comidas presenta tos y/o ahogo;
- Luego de la deglución de alimentos cambios en el tono de voz;
- Incapacidad de mantener los labios juntos;
- Regurgitación nasal;
- Arcadas;
- Dificultad en el control de la lengua;
- Dificultad en la masticación;
- Odinofagia (dolor al tragar);
- Dificultad o babeo para mantener el alimento dentro de la boca;
- Neumonía repetitiva;
- Pérdida de peso por etiología desconocida;
- Aumento de secreciones traqueobronquiales ⁽⁹⁾.

CONSECUENCIA DE LA DISFAGIA

Las consecuencias son varias y afectan a los aspectos económicos, psicológico, social y físico. he aquí algunos ejemplos:

- La desnutrición o la deshidratación ocasionan un círculo vicioso, del cual es difícil salir, que justifica un control regular de peso y una evaluación nutricional en el momento de una hospitalización por disfagia;
- Acumulación de secreciones bronquiales, repercusión en la función respiratoria o neumonía por aspiración (que afecta a los pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos en un 30%) pero también sinusitis por reflujo nasal, todos ellos trastornos frecuentes;
- Pérdida del placer y rechazo de alimentarse y contactos sociales;
- La disfagia se relaciona al 40% de la duración media de la hospitalización (DMH) y el coste de hospitalización de una enfermedad dada ⁽⁷⁾.

DIAGNOSTISCO

Para diagnosticar la disfagia en ancianos lo primordial es la valoración y entrevista al paciente, debemos tener en cuenta todos los signos y síntomas que nos refiera y más incluso de sus familiares y cuidadores. Se establece el diagnóstico médico considerando la historia clínica (procesos de aspiración, traqueotomía, intubaciones o neumonía previas), estudio neurológico general (control postural y funcional motor), función motora oral, faríngea (parálisis facial, reflejo deglutorio o disartria) y prueba de disfagia (Examen de textura) donde se observa apraxia de la deglución, y poder plantear posibles medidas terapéuticas ⁽¹⁰⁾. Se requiere un abordaje multidisciplinario, incluyendo conocimientos de diferentes dominios profesionales para el tratamiento y diagnóstico de la disfagia orofaríngea⁽¹¹⁾.

MODELO DE CONSERVACION DE MYRA LEVINE

Los tres conceptos principales del modelo de conservación:

La globalidad(holismo) según Erikson, afirma que tiene su base entre la relación mutua sólida, orgánica y gradual entre diversas funciones y partes de un todo, cuyos límites son abiertos y constantes. Con la definición de Erikson, Myra Levine considera que este ofrece la oportunidad de explorar las partes del todo y de entenderlo. Mientras el segundo concepto se trata de **la adaptación**, el cual se conoce como un proceso de

cambio del individuo y que se ajusta a las realidades de su entorno interno e externo para preservarse íntegro. Algunas adaptaciones funcionan y otras no. La adaptación es progresiva, no es un desarrollo de o todo o nada. La conservación es el resultado. Por eso Levine afirma: “Que todas las especies tienen patrones de respuesta fijos diseñados únicamente para garantizar el éxito en las actividades básicas de la vida y demostrar que la adaptación es histórica y específica”. Por otra parte, el tercer concepto es la **conservación**, que procede de la palabra latina *conservatio*, que significa mantener unido. Myra Levine refiere que este es la capacidad de mantenerse funcionando en circunstancias difíciles los sistemas complejos. Mediante la conservación, los individuos son capaces de enfrentarse a los obstáculos, mantener su integridad y adaptarse. La salud y la fuerza para enfrentarse a las discapacidades es el objetivo de la conservación, por ello Myra Levine hace hincapié a las interacciones e intervenciones de enfermería como objetivo de conservar la globalidad y establecer la adaptación del paciente ⁽¹²⁾.

PRINCIPIOS DE LA CONSERVACION

Para obtener un resultado en base al modelo de Levine las intervenciones de enfermería deben estar ajustada a los principios de la conservación.

CONSERVACION DE LA ENERGIA

Para conservar sus actividades vitales el individuo precisa equilibrar su energía y renovarla constantemente. Los procesos como el envejecimiento y la curación ponen a prueba su energía⁽¹²⁾. Los principios de fisiología explican la necesidad que tiene el individuo para la conservación del mismo de manera conveniente, no directamente en la limitación de la actividad sino de igual manera a través de ejercicios requerido para mantener las fuentes de energía⁽¹³⁾.

La necesidad del individuo de equilibrar su energía según Myra Levine y relacionándolo con las intervenciones de enfermería en adultos mayores con problema de disfagia de etiología múltiples, se plantea valorar la experiencia de la enfermedad y encontrar

actividades que disminuyan las complicaciones y el gasto de energía que produce su problemática de salud.

CONSERVACION DE LA INTEGRIDAD ESTRUCTURAL

La curación es un proceso mediante el cual se restaura la integridad funcional y estructural para preservar la globalidad. Los individuos con discapacidades son guiados a un nuevo nivel de adaptación ⁽¹²⁾.

Las enfermedades afectan de manera distinta a cada individuo, los conocimientos necesarios en fisiología, anatomía, microbiología son básicos para la intervención apropiada. Los principios, como bioseguridad, educación para la salud, conservación de la integridad de la piel-mucosa, mantener datos vitales dentro de un rango normal y principios de higiene es parte de la intervención de enfermería para la preservación de la integridad estructural⁽¹³⁾.

Al sufrir el individuo un problema de salud que puede comprometer su estado funcional y estructural pasaría a formar parte de personas con discapacidades que pretende adaptarse al nuevo estilo de vida debido al problema de salud; las intervenciones de enfermería estarían enfocadas a mantener o rehabilitar la función estructural que causa el malestar.

CONSERVACION DE LA INTEGRIDAD PERSONAL

La identidad y autovaloración son importantes. Los individuos que se convierten en paciente se debe a la vulnerabilidad. Se inicia con la pérdida de la intimidad y la aparición de la ansiedad. El reconocimiento de la globalidad de cada persona Según Myra Levine implica en la conservación de la integridad personal ⁽¹²⁾. La enfermedad es un evento que causa problemas en la salud y no es parte de la vida normal de la persona y se produce el cambio en el ritmo de vida que compromete la privacidad, libertad, independencia y autoestima⁽¹³⁾.

El personal de enfermería basa su intervención en impartir los conocimientos y educar al paciente con disfagia con el objetivo de que sea independiente y retome su vida personal ajustada a su nuevo estilo de vida

CONSERVACION DE LA INTEGRIDAD SOCIAL

La vida implica significado a través de las comunidades sociales y la salud está determinada socialmente. El personal de enfermería cumplen una función profesional, proveen asistencia en las necesidades religiosas, ayudan a las familias y aplican las relaciones interpersonales para conservar la integridad social ⁽¹²⁾. Por lo que el individuo se define por grupo familiar, cultural, étnica, religiosa y sociales; de ahí la importancia del comportamiento de la enfermedad con los factores antes mencionados y la acción de enfermería ⁽¹³⁾.

Se debe tener en cuenta que las intervenciones aplicadas a los pacientes para la adaptación del problema de salud en su vida social, no se encuentre comprometido su personalidad social debida a la importancia que toma la enfermedad en relación al comportamiento y factores culturales.

DOMINIO 2: NUTRICION	00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN
CLASE 1: INGESTA	R/C DETERIORO NEUROMUSCULAR O EFECTOS ESOFAGICOS EP ATRAGANTAMIENTO ANTES DE LA DEGLUCIÓN Y OBSERVACION DE EVIDENCIA DE DIFICULTAD EN LA DEGLUCION(14)

NOC					NIC
DOMINIO: SALUD FISIOLÓGICA II					1860 TERAPIA DE LA DEGLUCIÓN
CLASE: NUTRICIÓN K					
1010 ESTADO DE LA DEGLUCIÓN					<ul style="list-style-type: none"> ➤ DETERMINAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA CENTRAR SU ATENCION EN EL APRENDIZAJE/REALIZACION DE TAREA DE INGESTA Y DEGLUCION; ➤ ENSEÑAR A LA FAMILIA/CUIDADOR A CAMBIAR DE POSICIÓN AL ALIMENTAR Y VIGILAR AL PACIENTE; ➤ PROPONER UN METODO PARA FOMENTAR EL FORTALECIMIENTO DE LA LENGUA Y SUCCIÓN(16).
INDICADOR	GRAVEMENTE	SUSTENCIALMENTE	MODERADAMENTE	LEVEMENTE	
	1	2	3	4	5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
101012 ATRAGANTAMIENTO, TOS, NAUSEAS(15).	X				<ul style="list-style-type: none"> ➤ DISCUTIR OPCIONES DE TERAPIA PARA CONTROLAR LOS SINTOMAS; ➤ EXPLORAR Y ENSEÑAR MEDIDAS PARA CONTROLAR LOS SINTOMAS(16).
101017 INCOMODIDAD CON LA DEGLUCIÓN(15).			X		1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN
101005 DISTRIBUCIÓN DEL BOLO ALIMENTICIO A LA HIPOFARINGE EN CONCORDANCIA CON EL REFLEJO DE DEGLUCIÓN(15).		X			<ul style="list-style-type: none"> ➤ ASEGURAR LA POSICIÓN ADECUADA PARA FACILITAR LA MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN
101010 MOMENTO DEL REFLEJO DE DEGLUCIÓN(15).		X			5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
					<ul style="list-style-type: none"> ➤ PROPOSICIONAR INFORMACIÓN ACERCA DE LA NECESIDAD DE MODIFICACIÓN DE LA DIETA POR RAZONES DE SALUD(16).

CONCLUSIONES

El problema de la disfagia en el adulto mayor se puede dar por los cambios físicos, funcionales, orgánico y hormonales debido al aumento de la expectativa de vida, lo cual contrae con ellos muchos problemas de salud.

Este trabajo investigativo ha permitido obtener bases de conocimientos y experiencia en el desarrollo, valoración e importancia que debe tenerse en cuenta el profesional de enfermería sobre el problema de salud que con mayor frecuencia acontece las personas adultas mayores como es la disfagia, el cual mediante revisión de varias bibliografías se logra identificar los factores multicausales y la gran pobreza para el diagnóstico, seguimiento y planteamiento de intervenciones terapéuticas para mantener o rehabilitar el problema de salud que se presentan hoy en día.

Se determinó que el modelo de conservación de Myra Levine nos orienta hacia la realización de un plan de cuidados que tiene como objetivo lograr la adaptación, conservación e inclusión del individuo a la sociedad manteniendo un estilo de vida adaptado a la problemática de salud para considerarse como un ser integro e independiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. José M, Sánchez-heredero G, Santander C, Cortázar M, De F, López M, et al. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en nos ingresados en una pacientes mayores de 65 a ~ unidad médico-quirúrgica. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014;24(3):183-90. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S1130862114000096>
2. España C. Nuberos Cientí ca Disfagia orofaringea en el anciano hospitalizado : prevalencia , métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. 2015; Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/118/114>
3. Isabel M, López F, Fermín J, Gollarte G, Jorge J, Trelis B. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012;47(4):142-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S0211139X11003167>
4. Garcia-botrán B, Granell-navarro J, Gutiérrez-fonseca R, Barba-martín R, Universitario H, Juan R, et al. Cribado clinico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados. 2014;5(14):112-23. Disponible en: http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/124545/revistaorl201414_cribadodisfagia.pdf?sequence=1
5. Velasco C, Soriano LF. Manejo de los pacientes con Disfagia. 2012; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>
6. Lendinez-mesa A, Díaz-garcía C, Casero-alcázar M, Jayne S, Cesar J, Torremonte D, et al. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. *Soc Española Enfermería Neurológica* [Internet]. 2016;(xx):1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.sedene.2016.06.001>
7. Bleeckx D. Deglución : valoración y rehabilitación. 2012;1-10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S1130862114000096>
8. Guijarro LJS, García VD, Fernández NM, Osuna CM, Evaluación M De. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. 2011;26(3):501-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/11_original_07.pdf
9. Posadas H. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución.

- 2012;98-107. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04.pdf>
10. Polanía E. Protocolo diagnóstico de la disfagia en el anciano. Rev la Educ Super [Internet]. 2016;12(1):46-8. Disponible en: <http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.med.2016.01.006>
 11. Vidal C, Chulià P. Logopedia y nuevos ámbitos de actuación en disfagia orofaríngea en la Comunidad Valenciana. Bol AELFA [Internet]. 2012;12(2):45-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S1137817412700614>
 12. Frp ZZZP. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.academia.edu/16614555/Modelos_y_Teorías_en_Enfermería_7a_Ed._2011
 13. Levine M. MES IAS, A.K: H . - Utilização do «Soro Caseiro» nas doenças diarréicas: um programa de promotores de Saude do BaIXO Amazonas. 1983;259-65. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671983000400007&lang=pt
 14. NANDA Internacional. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014 [Internet]. 2013. 533 p. Disponible en:
https://books.google.es/books?id=rI43AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
 15. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) [Internet]. Disponible en:
<https://alumnosenfermeriaauac2014.files.wordpress.com/2015/06/noc-5ta-edicion3b3n-2014.pdf>
 16. NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2011. 1-937 p. Disponible en:
<https://books.google.es/books?id=sV3hAQAQBAJ&pg=PT98&dq=noc+quinta+edicion+Enfermerí&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjZsIWK-bbRAhVGRiYKHRZXCioQ6AEIODAB#v=onepage&q=noc quinta edicion Enfermerí&f=false>

A N E X O S

ANEXOS

1. José M, Sánchez-heredero G, Santander C, Cortázar M, De F, López M, et al. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en nos ingresados en una pacientes mayores de 65 a ~ unidad médico-quirúrgica. Enfermería Clínica [Internet]. 2014;24(3):183-90. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/science/article/pii/S1130862114000096>

The screenshot shows the top portion of a web browser displaying an article from the journal 'Enfermería Clínica'. The page includes the journal logo, the title 'ORIGINAL Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica', and the authors' names: María José Galán Sánchez-Heredero^{a,*}, Cecilio Santander Vaquero^b, Milagros Cortázar Sáez^a, Felipe de la Morena López^c, Rosario Susi García^d and María del Carmen Martínez Rincón^e. A CrossMark logo is visible on the right. The right sidebar contains a 'Details' panel with a warning message: 'These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendley catalog.' Below this are sections for 'Tags', 'Author Keywords' (disfagia orofaríngea), 'Publisher' (Elsevier España, S.L.), 'URL' (http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/...), 'Catalog IDs' (ArXiv ID, DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.12.009, ISSN: 1130-8621, PMID), 'Files' (José et al. - 2014 - Malnutrición asociada ...), and 'Other Settings'.

The screenshot shows the 'Introducción' section of the article. The text describes dysphagia as a disorder of deglutition characterized by difficulty in the progression of the food bolus from the mouth to the stomach. It mentions structural or functional causes, orofaryngeal or esophageal dysfunctions, and anatomical views. The text states that orofaryngeal dysphagia is a functional disorder of motility that affects the propulsion of the bolus, the reconfiguration of the orofarynx during deglutition, or the opening of the EES. It is frequently related to neurological diseases and aging. The prevalence in hospitalized elderly patients with acute diseases ranges between 35% and 55%, with 70% of these patients having malnutrition or a risk of malnutrition and up to 38% with a history of pneumonia. The prevalence of this type of dysphagia in elderly people living in the community ranges between 15% and 25%. There is an undeniable relationship between the functional and the dysphagia, with patients with dysphagia having a worse functional situation. Therefore, dysphagia could be considered as a risk factor for functional deterioration.

185

para alimentación oral o enteral, pacientes que no otorga-

2. España C. Nuberos Científica Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado : prevalencia , métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. 2015; Disponible en:
<http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/118/114>

INTRODUCCIÓN

El continuo envejecimiento de la población es una de las principales características de la demografía española; tanto la esperanza de vida como la edad media de la población han aumentado de un modo drástico.

La disfagia es un síntoma prevalente entre la población anciana, y sus consecuencias son importantes para el paciente, al que ocasiona problemas de salud y merma de su calidad de vida, así como para la familia y para el sistema sanitario, con el consiguiente aumento de los costes que las consecuencias de la disfagia suponen.

Se define la disfagia orofaríngea (DO) como "un síntoma referido a la dificultad o incomodidad para formar o mover el bolo alimentario desde la boca al esófago"⁽¹⁾

La disfagia orofaríngea conduce a dos tipos de complicaciones^(10,25):

- Las que se deben a una disminución de la eficacia de la deglución, que pueden ocasionar deshidratación y desnutrición por un deficiente aporte de nutrientes y líquidos.
- Las relacionadas con una disminución de la seguridad de la deglución, que pueden llevar a atragantamiento o aspiración.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

A los cambios propios de la edad que pueden afectar a la deglución, sobre todo en la fase oral, se asocia en los ancianos, una mayor prevalencia de patologías en las que la deglución se va a ver alterada.

Tras un accidente cerebrovascular la disfagia es un problema muy frecuente. En un estudio realizado a 128 pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular, se encontró que el 51% de los mismos presentaba datos clínicos de alteraciones de la deglución, aumentando este dato hasta el 64% cuando eran sometidos a estudio mediante videofluoroscopia⁽²⁾.

La prevalencia de disfagia en el anciano es especialmente importante en pacientes con patología neurodegenerativa⁽³⁾. En la enfermedad de Parkinson la disfagia es un problema frecuente. Los datos de prevalencia de alteraciones de la deglución en esta patología varían mucho de unos estudios a otros, probablemente tiene que ver con el empeoramiento progresivo de los síntomas con el avance de la enfermedad, así como con el efecto de ciertos medicamentos. En un metaanálisis sobre prevalencia de disfagia orofaríngea en Parkinson, se encontró, mediante estudios objetivos, que 4 de cada 5 pacientes lo sufren, mientras que sólo uno de cada 3 pacientes refiere tener síntomas⁽⁴⁾.

En la demencia la disfagia orofaríngea aparece en un alto porcentaje de los pacientes, algunos autores hablan de que un 84% de los pacientes con Alzheimer pueden presentar disfagia⁽⁵⁾.

El fenómeno de la disfagia y su prevalencia ha sido ampliamente estudiado en relación a ciertas patologías a las que se ha

3. Isabel M, López F, Fermín J, Gollarte G, Jorge J, Trelis B. Revista Española de Geriatria y Gerontología Detección de disfagia en mayores institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2012;47(4):142-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/science/article/pii/S0211139X11003167>

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):143-147

Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg

ORIGINAL/SECCIÓN CLINICA

Detección de disfagia en mayores institucionalizados

María Isabel Ferrero López^{a,*}, José Fermín García Gollarte^b, José Jorge Botella Trelis^c y Oscar Juan Vidal^d

^a Diplomada en Enfermería, Unidad Dietética y Nutrición, Hospital Pare Jofré, Valencia, España
^b Geriatria, Grupo Ballesol, Valencia, España
^c Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr Moliner, Valencia, España
^d Doctor en medicina, Servicio de Oncología, Hospital Arnao de Vilanova, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
 Recibido el 11 de marzo de 2011
 Aceptado el 6 de septiembre de 2011
 On-line el 20 de enero de 2012

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de disfagia en mayores institucionalizados y la efectividad de un método clínico para su detección.
 Metodología: Estudio longitudinal prospectivo en una muestra aleatoria de residentes mayores. Se realizó una valoración de la deglución por un método clínico estandarizado con diferentes volúmenes

Details Notes Contents

These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendelley catalog.

Details are Correct Search

Tags:

Author Keywords:

Publisher: SEGS

URL: <http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/...>

Catalog IDs

ArXiv ID:

DOI: 10.1016/j.regg.2011.09.004

ISSN: 0211-139X

PMID:

Files:

Isabel et al. - 2012 - Revista Española de ...

variabilidad en la prevalencia de disfagia según el ámbito donde se realiza el estudio. En un trabajo europeo, llevado a cabo por Ekberg et al., se encontró que la prevalencia de disfagia podía oscilar entre el 3 y el 50%. En ancianos institucionalizados afecta entre el 56 y el 78% en función de la severidad considerada⁵. En este entorno otros estudios demuestran una prevalencia de disfagia del 50%. Esta variabilidad puede reflejar que la disfagia está escasamente reconocida, y pobremente diagnosticada y atendida⁴.

La disfagia es uno de los síntomas que aparece en enfermedades neurológicas y neurodegenerativas que acontecen con más frecuencia en edades avanzadas. En este sentido, diferentes estudios muestran una prevalencia de disfagia entre el 28 y el 73% tras un accidente cerebrovascular (ACV)⁷, hasta del 84% en demencias⁸ y del 52% en enfermos de Parkinson⁹.

La disfagia puede tener importantes repercusiones clínicas, comprometer la seguridad del enfermo causando atragantamientos, aspiraciones o infecciones respiratorias¹⁰, y/o determinar que la alimentación resulte ineficaz para cubrir las necesidades nutricionales¹¹.

La identificación precoz de la disfagia es un paso fundamental a la hora de prevenir complicaciones. Para ello es importante la detección de signos de alerta, la aplicación de métodos de exploración clínica de volúmenes y viscosidades (MECVV)⁵, o el empleo de técnicas instrumentales más específicas.

Los objetivos de este trabajo son valorar si la aplicación de un método clínico de detección puede ayudar a identificar mejor la disfagia y optimizar los cuidados pautados y conocer la prevalencia de disfagia en los mayores que viven en las instituciones estudiadas, así como describir sus principales características y los cuidados que se les imparten.

Prevalencia de enfermedades asociadas con la disfagia	
Demencia	45%
ACV	17,5%
Enfermedad de Parkinson	10%
Funcionalidad (puntos)	
Índice de Barthel	43,6 (37,5) ^a
Nivel de dependencia medido por índice de Barthel	
Independiente (100 puntos)	12,5%
Dependencia leve (9-65 puntos)	22,5%
Dependencia moderada (45-60 puntos)	7,5%
Dependencia severa (25-40 puntos)	22,5%
Dependencia grave (< 20 puntos)	35%
Deterioro cognitivo	
Pfeiffer ≥ 3 errores	57,5%
Estado Nutricional	
MNA	
Normal (≥ 24 puntos)	45%
Riesgo (17-23,5 puntos)	50%
Desnutrición (< 17 puntos)	5%

ACV: accidente cerebrovascular.
^a Media (desviación típica).

Se realizó con el sujeto en sedestación y monitorización de la saturación de oxígeno. Se administraron bolos de 5, 10 y 20 ml, con viscosidades néctar, líquida (agua) y pudding. En cada ocasión se registró si se producían signos de compromiso de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 5% y/o cambio del tono de voz) o signos de compromiso de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Cuando se encontró algún signo de compromiso de la seguridad no se siguió la prueba ni con un volumen mayor ni con viscosidad inferior. Se determinó que la prueba era positiva

4. García-botrán B, Granell-navarro J, Gutiérrez-fonseca R, Barba-martín R, Universitario H, Juan R, et al. Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados. 2014;5(14):112-23. Disponible en: http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/124545/revistaorl2014_14_cribadodisfagia.pdf?sequence=1

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja 2014 Jul. 5 (14): 112-123

Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general García-Botrán B et al.

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
 ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
 Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
 Periodicidad continuada
 Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
 Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
 web: www.revistaorl.com

Details Notes Contents

These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendely catalog.

Details are Correct Search

Type: Journal Article

Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados

B. García-botrán, J. Granell-navarro, R. Gutiérrez-fonseca et al.

View research catalog entry for this paper

Journal:
 Year: 2014
 Volume: 5
 Issue: 14
 Pages: 112-123

Abstract:

Tags:

Author Keywords:

My Library Cribado clínico de la dis... García-Botrán B et al.

Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general

restringido que expresa una alteración en el transporte del alimento o las secreciones endógenas (saliva) desde la boca al esófago[1]. A pesar de haberse introducido específicamente en las últimas versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), es una patología claramente infradiagnóstica (y por tanto infratratada) a pesar de conllevar una alta tasa de complicaciones[2]. Se estima que afecta globalmente al 10-15% de los pacientes ingresados en hospitalización de agudos, con una prevalencia particular en algunas patologías, como la enfermedad cerebrovascular (13-80%)[3], los trastornos neurodegenerativos más prevalentes como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson (52-84%)[4], y los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (50%)[5]. **La incidencia real de la DO es difícil de estimar porque los hallazgos diagnósticos dependen de la sensibilidad de las pruebas utilizadas.** Por ejemplo, la videofluoroscopia de la deglución puede mostrar anomalías hasta en el 63% de los pacientes ancianos sin sospecha clínica de disfagia[6]. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, directamente tratados en los servicios de ORL, constituyen un grupo particular porque en ellos las alteraciones de la deglución tiene habitualmente un papel importante en el proceso de diagnóstico y tratamiento del propio proceso, y por tanto es raro que pasen desapercibidas[7]. Sin embargo el grupo más numeroso de pacientes ingresados con disfagia corresponde habitualmente a servicios

Details Notes Contents

These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendley catalog.

Details are Correct Search

Type: Journal Article

Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados

B. García-botrán, J. Granell
 Authors: navarro, R. Gutiérrez-fonseca et al.

View research catalog entry for this paper

Journal:
 Year: 2014
 Issue: 14
 Pages: 112-123

Abstract:

Tags:

Author Keywords:

5. Velasco C, Soriano LF. Manejo de los pacientes con Disfagia. 2012; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>

Nutrición Hospitalaria SUPLEMENTOS

Nutr Hosp Suplementos. 2012;5(1):33-40
 ISSN 1888-7961 • S.V.R. 2808-R-CM

Manejo de los pacientes con disfagia

P. García-Peris, C. Velasco y L. Frías Soriano

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital G. U. Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DYSFHACIA

Manejo de los pacientes con Disfagia

Authors: C. Velasco, L. Soriano

View research catalog entry for this paper

Journal:
 Year: 2012
 Volume:
 Issue:
 Pages:

Abstract:

Tags:

Mendeley Desktop

File Edit View Go Tools Help

Select Pan Note Highlight Color Zoom Fullscreen Share Sync

My Library Manejo de los paciente...

la incidencia y la prevalencia de la disfagia orofaríngea, pero sin embargo se conoce que una gran variedad de cuadros clínicos, localizados en estructuras diversas a lo largo del recorrido del bolo desde la boca hacia el estómago, son capaces de ocasionarla.

En las enfermedades neurodegenerativas las cifras de prevalencia de disfagia oro-faríngea son muy altas. Se han publicado datos del 100% en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) bulbar y del 60% en el resto de formas clínicas⁸. En los pacientes con Parkinson se dan cifras de entre el 35 y el 45% aunque muchos de ellos no sean siquiera conscientes del problema⁹ y en la Esclerosis Múltiple la prevalencia llega al 45%¹⁰. El 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden presentar disfagia y afecta a más del 60% de los pacientes institucionalizados o ancianos¹¹. En los pacientes con lesiones neurológicas se identifican síntomas y signos de disfagia orofaríngea en todos los estadios del proceso clínico y por métodos tanto clínicos como instrumentales.

La literatura nos da datos de que hasta el 30% de los pacientes con un accidente vascular cerebral (AVC) presentan disfagia en fases agudas y entre el 2-6% en fases crónicas¹²⁻¹⁶. En los traumatismos craneoencefáli-

ca, la pérdida de peso es un momento diagnóstico de disfagia. La pérdida de peso había ocurrido durante los 12 meses anteriores al estudio. En general la desnutrición y la deshidratación están siempre presentes cuando hay disfagia, independientemente de la etiología de la misma.

En ancianos, en el trabajo de Suominen y cols.¹⁷ sobre 2.114 sujetos estudiados, todos ellos mayores de 82 años, el 24% estaba malnutrido (MNA < 17) y el 60% estaba en riesgo de desnutrición (MNA 17-23,5); pues bien la desnutrición se relacionaba directamente sobre todo con la presencia de disfagia, por encima de cualquier otro parámetro.

En los enfermos con ictus¹⁸, la disfagia está presente entre el 20%-64% de los casos, y mejora tras la rehabilitación en el 47% de los enfermos entre las 2-3 primeras semanas y en el 17% a los 2-4 meses. Sin embargo la prevalencia de desnutrición aumenta tras el ictus de un 12% al diagnóstico a un 50% en enfermos con estancias prolongadas o en rehabilitación. La presencia de desnutrición empeora el pronóstico vital, aumenta las complicaciones y disminuye la recuperación funcional.

Con respecto a los pacientes con ELA, la disfagia está presente en el 20-30% de los casos coincidiendo con el diagnóstico¹⁹. La desnutrición en estos enfermos

tion support and rehabilitation are critical. (Nutr Hosp Supl. 2012;5(1):33-40)

Key words: *Dysphagia, Malnutrition, Aspiration pneumonia, Nutritional supplements, Enteral nutrition.*

El término Disfagia proviene de dos palabras griegas, "dys" (dificultad) y "phagia" (comer). La disfagia es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago. Puede ser debida a una alteración orgánica o a una dificultad funcional, y afectar a pacientes de toda edad, desde bebés a ancianos. Desde el punto de vista anatómico se clasifica en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas. La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y cardias, y generalmente es producida por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfgias que se diagnostican.

Las alteraciones estructurales condicionan una dificultad para la progresión del bolo, e incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos y laríngeos, los esofágicos, los osteofitos cervicales, las estenosis postquirúrgicas o radioterápicas. La disfagia neurológica es aquella producida por una alteración en las

6. Lendinez-mesa A, Díaz-garcía C, Casero-alcázar M, Jayne S, Cesar J, Torre-montero D, et al. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. Soc Española Enfermería Neurológica [Internet]. 2016;(xx):1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.sedene.2016.06.001>

My Library Prevalencia de disfagia...

Model SEDENE-52; No. of Pages 6

ARTICLE IN PRESS

Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2016;xxx(xx):xxx-xxx

Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene

ORIGINAL

Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación

Alejandro Lendinez-Mesa^{a,b}, María del Carmen Díaz-García^a, Mónica Casero-Alcázar^a, Sarah Jayne Grantham^a, Julio Cesar de la Torre-Montero^c y Ana Sofía Fernandes-Ribeiro^{a,c,*}

My Library Prevalencia de disfagia...

Introducción

Las patologías cerebrovasculares son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular, que en su manifestación aguda se conoce con el término ictus (latín). El ictus se define como un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. Después del tratamiento agudo del ictus los pacientes pueden presentar distintas secuelas de origen sensorial, cognitivas, funcionales o deglutorias^{1,2}.

La disfagia es la dificultad o incapacidad para deglutir alimentos o bebidas. La forma más común de disfagia es la orofaríngea, provocada por alteraciones neuromusculares causantes de debilidad o incoordinación, siendo su presencia habitual en determinadas enfermedades del sistema nervioso central, como en el caso de ictus³. Las complicaciones más severas que derivan de este síndrome son la desnutrición y la deshidratación, cuando se produce una alteración de la eficacia de la deglución, y la broncoaspiración, cuando se produce una alteración en la seguridad de la deglución.

La aspiración de alimentos tanto sólidos como líquidos por la tráquea y los pulmones se relaciona directamente con infecciones respiratorias^{4,5}, siendo esta una de las complicaciones más frecuentes y que conlleva altos costes para los centros hospitalarios, causados por un aumento de la estancia hospitalaria, incrementando el gasto en recursos materiales y humanos⁶.

Se ha demostrado que la prevalencia de disfagia orofaríngea en el medio hospitalario es alta, encontrándose en pacientes con ictus en fase aguda en torno al 40%, y una cifra muy similar (38,6%) en los pacientes en fase subaguda. En la fase crónica de dichos pacientes la prevalencia de disfagia disminuye hasta el 6%^{3,6,7}.

La disfagia sigue siendo un problema de salud infravalorado e infradiagnosticado y que precisa tratamiento rehabilitador, y sería conveniente incluir en la valoración de enfermería, como práctica clínica habitual, la realización del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MEC.V.V). Esta valoración permite individualizar la dieta y adecuar el plan de cuidados a cada paciente^{8,9}.

7. Bleecx D. Deglución : valoración y rehabilitación. 2012;1-10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.sci-hub.cc/science/article/pii/S1130862114000096>

Deglución: valoración y rehabilitación

D. Bleecx

La función alimentaria es un aspecto natural de nuestra vida diaria. Al ser indispensable para garantizar el equilibrio fisiológico, su influencia en la calidad de vida es innegable. Por desgracia, hay muchas enfermedades que dificultan la ingesta, a cualquier edad, y que incluso comprometen el bienestar social. Desde hace algunos años se está produciendo un avance considerable en la rehabilitación específica de estos trastornos. En la actualidad, el mundo médico no pone en duda el interés de estos relevantes enfoques.

Es imposible mencionar todas las afecciones que producen disfagia. Entre las causas principales se distinguen:

- las lesiones neurológicas agudas (ACV, traumatismo craneal) o crónicas (esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, etc.). Los centros de activación pueden estar afectados, pero también se encuentran lesiones aisladas de los nervios craneales. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización;
- los tumores de la cabeza y del cuello y sus tratamientos asociados (radioterapia, cirugía), a veces más perjudiciales que la lesión primaria;
- los trastornos de las funciones superiores (demencias degenerativas o vasculares, trastornos psiquiátricos o tratamientos farmacológicos);
- las dificultades propias de la edad, más marcadas en la medida en que aumenta la esperanza de vida: la alteración del estado dental, la salivación ausente o insuficiente, los trastornos del peristaltismo, la osteofitosis cervical, los defectos de posición durante las comidas, la disminución de la atención o los tratamientos farmacológicos son algunos de los ejemplos escogidos;
- el reflujo gastroesofágico;
- los trastornos de la prematuridad o las secuelas de la anoxia neonatal;
- las anomalías y malformaciones de las estructuras propias de esta función;
- etc.

Consecuencias de la disfagia

Las consecuencias son múltiples y atañen a los aspectos social, físico, psicológico y económico. He aquí algunos ejemplos:

- la deshidratación ^[11] o la desnutrición producen un círculo vicioso, del cual es difícil salir, que justifica una evaluación nutricional en el momento de una hospitalización por disfagia, así como un control regular del peso;
- repercusión sobre la función respiratoria ^[12] con laringitis, acumulación de secreciones bronquiales o neumonía por aspiración (que afecta al 30% de los pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos) ^[13], pero también sinusitis por reflujo nasal, todos ellos trastornos frecuentes;
- pérdida de los contactos sociales y del placer de alimentarse, aversión por la comida;
- influencia en la duración media de la hospitalización (DMH) (la disfagia se asocia al 40% de aumento de la DMH) y en el coste de hospitalización de una enfermedad dada.

8. Guijarro LJS, García VD, Fernández NM, Osuna CM, Evaluación M De. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. 2011;26(3):501-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/11_original_07.pdf

Original
Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia

L. J. Silveira Guijarro, V. Domingo García, N. Montero Fernández, C. M.^a Osuna del Pozo, L. Álvarez Nebreda y J. A. Serra-Rexach

Servicio de Geriatria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen

Objetivo principal: Describir la prevalencia de disfagia orofaríngea al alta en ancianos ingresados en una Unidad

rando la evolución, tanto a corto plazo en forma de disminución del número de infecciones nosocomiales y complicaciones respiratorias, como a medio y largo plazo detectando trastornos de desnutrición o deshidratación secundarios y mejorando la calidad de vida⁴ y el estado nutricional^{5,6,7}, incluso con menor coste hospitalario⁸.

Para la evaluación clínica de la disfagia orofaríngea el método más empleado es la anamnesis dirigida, que consiste en una serie de preguntas sobre síntomas de disfagia, (tos durante la comida, problemas al tragar, etc). Sin embargo su rentabilidad es muy baja. Recientemente se han descrito otras herramientas más útiles^{9,10} como el Método de Evaluación Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)¹¹. Comparándolo con la videofluoroscopia como "gold estándar" diagnóstico tiene una sensibilidad del 100% para detectar aspiraciones y del 83.7% para las penetraciones de material en vestibulo laríngeo con una especificidad del 64.7% en este caso¹². Además esta prueba permite elaborar recomendaciones terapéuticas sobre la dieta más adecuada para el paciente con disfagia, individualizando el volumen y viscosidad del bolo

OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA IN ELDERLY INPATIENTS IN A UNIT OF CONVALESCENCE

Metodología y diseño

Diseño

Estudio transversal, descriptivo, de prevalencia de disfagia orofaríngea al alta hospitalaria de la USA en el Servicio de Geriatria del HGUGM.

Población

Se incluyeron todos los pacientes dados de alta de la USA durante un periodo de 50 días. Al alta, se recogieron sistemáticamente de la historia clínica y de forma individualizada datos clínicos relacionados con el trastorno de disfagia, y se realizó el MECV-V o una versión adaptada para pacientes con demencia (MECV-V-G).

Variables analizadas

9. Posadas H. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. 2012;98-107. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04.pdf>

Rev Am Med Resp 2012; 3: 98-107 ISSN 1852 - 236X

Correspondencia
 Lic. Horacio Cámpora
 Domicilio Postal: Av. Córdoba 4407, piso 6, Depto K
 (CP 1414) Palermo
 Correo electrónico: hcampora@fleni.org.ar

Recibido: 05.03.2012
 Aceptado: 09.05.2012



ARTÍCULO ESPECIAL

Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución

Autores: Lic. Horacio Cámpora¹, Lic. Alejandra Falduti²
¹Instituto Fleni, ²Hospital Fernández, Hospital Posadas

100 Revista Americana de Medicina Respiratoria | Vol 12 Nº 3 - Septiembre 2012

Objetivos

- Revisar la fisiopatología de las alteraciones de la deglución.
- Investigar los diferentes métodos de evaluación de la disfagia.
- Indagar la literatura disponible para examinar las distintas estrategias de tratamiento en estos pacientes.
- Evaluar las diferentes maniobras e indagar sobre su efecto terapéutico.

Disfagia

Grados de disfagia⁴

- **Normal:** masticación y deglución segura, eficiente en todas las consistencias de los alimentos.
- **Leve:** masticación y deglución eficiente en la mayoría de los alimentos. Ocasionalmente puede presentar dificultad. Requiere del uso de técnicas

- Arcadas.
- Regurgitación nasal.
- Incapacidad de mantener los labios juntos.
- Reducido control de la lengua.
- Dolor al tragar (odinofagia).
- Dificultad en la masticación.
- Dificultad en el traslado del bolo alimenticio.
- Babeo o dificultad para mantener el alimento dentro de la boca.
- Pérdida de peso por etiología desconocida.
- Aumento de secreciones traqueobronquiales.
- Neumonía a repetición.

Evaluación de la disfagia

Existen diferentes exámenes en la evaluación de la disfagia. Dentro de los más importantes se encuentran los siguientes:

- Evaluación clínica (cabecera del paciente)
- Estudios complementarios:

Details Notes Contents

These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendeley catalog.

Details are Correct Search

Abstract:

Tags:

Author Keywords:

URL:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04.pdf>

Catalog IDs

ArXiv ID:

DOI:

PMID:

Files:

Posadas - 2012 - Evaluación y tratamient...
 Add File...

Other Settings

Unpublished work - exclude from Mendeley Web catalog

10. Polanía E. Protocolo diagnóstico de la disfagia en el anciano. Rev la Educ Super [Internet]. 2016;12(1):46-8. Disponible en: <http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.med.2016.01.006>

PROTOCOLOS DE PRÁCTICA ASISTENCIAL

Protocolo diagnóstico de la disfagia en el anciano

D. Gómez-Nussbaumer^a y E. Polanía^{a,b*}

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital General U. Alicante
^bServicio de Aparato Digestivo y Endoscopías. Hospital Quirón salud Torrevieja. Alicante

Palabras Clave:

- Disfagia
- Anciano
- Orofaringea

Resumen

Introducción: La disfagia en el anciano debe ser considerada un síntoma de alarma que con frecuencia es minimizado.

Etiopatogenia: La patología neurológica, especialmente los ictus y las demencias, es una causa muy importante de disfagia en este rango de edad, aumentando los episodios de broncoaspiración que se asocian a una alta mortalidad en el anciano.

Diagnóstico: El diagnóstico diferencial de la disfagia del anciano incluye también las neoplasias esofági-

Details: These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendley catalog.

Tags:

Author Keywords:

Publisher: Elsevier España, S.L.U.

URL: <http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.me...>

Catalog IDs:

ArXiv ID:

DOI: 10.1016/j.med.2016.01.006

ISSN: 0304-5412

PMID:

Files: gmezussbaumer2016.pdf

Other Settings:

es observado más por sus cuidadores o familiares que referido por el propio paciente. Las complicaciones más importantes en el anciano con disfagia incluyen la neumonía por aspiración, la desnutrición y la deshidratación. Si existe disminución en la seguridad de la deglución, aparecerá atragantamiento con posible obstrucción de la vía aérea o episodios de aspiración traqueobronquial que pueden provocar neumonía por aspiración en el 50% de los casos con una elevada mortalidad. Al disminuir la eficacia de la deglución puede también aparecer desnutrición y deshidratación, siendo importantes complicaciones de la disfagia causadas por la poca ingesta de líquidos o alimentos. La prevalencia de esta complicación es muy alta, encontrándose en un estudio del Grupo Europeo para el estudio de la disfagia que el 44% de 360 pacientes con disfagia habían perdido peso en el momento del diagnóstico. Cuando existe deshidratación secundaria a disfagia, puede tener como resultado un aumento de la confusión mental, sequedad de mucosas y disminución de la salivación que perpetúa y empeora este cuadro de disfagia en el anciano. Todas estas complicaciones pueden aumentar la mortalidad empeorando su calidad de vida y exacerbando otras condiciones patológicas.

Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico de la disfagia en el anciano lo principal, ante todo, es la historia clínica. Debemos estar pendientes de todos los signos o síntomas que nos refiera el paciente y más

Algunos pacientes nos refieren la sensación de asfixia, tos durante la deglución y presión a nivel retroesternal, lo que nos debe hacer sospechar este cuadro. Muchas veces se puede observar que estos pacientes fraccionan sus alimentos, alargan el tiempo de las comidas y evitan ciertos alimentos que les empeoran la disfagia. La presencia de pérdida de peso marcada y las infecciones respiratorias nos deben hacer pensar en la disfagia, por lo que hay que indagar más sobre la clínica del paciente. Debemos realizar una exploración ordenada que nos lleve a un diagnóstico diferencial entre ambos tipos de disfagia y podamos plantear un tratamiento (fig. 1).

Ante la disfagia en el anciano es importante reorientar la nutrición del paciente de manera ordenada, con una exploración detallada del anciano y un test de disfagia con ciertas texturas de alimentos para apoyarnos a la hora de hacer un diagnóstico y así plantear posibles terapéuticas.

1. Historia clínica (neumonías previas, procesos de aspiración, intubaciones o traqueotomía).
2. Estudio neurológico general (funcional motor, control postural).
3. Función motora oral, faríngea (reflejo deglutorio, disartria o parálisis facial).
4. Examen con texturas (prueba de disfagia) donde se observe apraxia de la deglución.

Una vez descartada la presencia de disfagia orofaríngea debemos buscar un origen esofágico. En este caso, hay que observar la clínica, la presencia de signos de alarma como es la pérdida de peso y apoyarnos en las pruebas de imagen principalmente la

Details: These details need reviewing. You can mark them as correct, or search the Mendley catalog.

Author Keywords:

Publisher: Elsevier España, S.L.U.

URL: <http://dx.doi.org.sci-hub.cc/10.1016/j.med.2016.0...>

Catalog IDs:

ArXiv ID:

DOI: 10.1016/j.med.2016.01.006

ISSN: 0304-5412

PMID:

Files: gmezussbaumer2016.pdf

Other Settings: Unpublished work - exclude from Mendley Web catalog

11. Vidal C, Chulià P. Logopedia y nuevos ámbitos de actuación en disfagia orofaríngea en la Comunidad Valenciana. Bol AELFA [Internet]. 2012;12(2):45-53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/science/article/pii/S1137817412700614>

Bol AELFA. 2012;12(2):45-53

ORIGINAL

Logopedia y nuevos ámbitos de actuación en disfagia orofaríngea en la Comunidad Valenciana

Carlos Vidal Úbeda^a y Jorge Puchades Chulià^{*.b}

^aConsortio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón, España
^bHospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España

sobre el tratamiento de la enfermedad, prevenir complicaciones, retrasar el deterioro funcional y mejorar la calidad de vida o garantizar una muerte digna (Gallud, Guirao, Ruiz y Muñoz, 2004).

Sin embargo, a pesar de que este tipo de paciente, susceptible de presentar alteraciones en la deglución, es visto a diario en HaD, es difícil encontrar estudios de prevalencia de disfagia en este tipo de unidades. Ruiz, Valdivieso, Soriano, Rosales, Torrego, Doménech et al (2007) encuentran una prevalencia de disfagia del 31,8% en ancianos ingresados en una HaD, pero señalan que esta prevalencia podría ser mayor, dado que el test utilizado ofrecía una baja sensibilidad para detectar aspiraciones silentes. Otros estudios recientes en España, como el de Silveira, Domingo, Montero, Osuna, Álvarez y Serra-Rexach (2011), muestran una prevalencia del 53,3% en ancianos ingresados en una unidad de subagudos. Ferrero, Castellano y Navarro (2009) encuentran una prevalencia del 15% en pacientes ingresados en un hospital de media y larga estancia, aunque matizan, por diversos motivos, que la prevalencia real debe ser mayor. Por

pérdida de peso, desnutrición y deshidratación que de ella se derivan.

- Favorecer el trabajo multidisciplinario.
- Mejorar la formación en la atención a la disfagia de los profesionales de HaD haciéndolo extensivo a los equipos de atención primaria.
- Mejorar el conocimiento previo de los familiares y los cuidadores en las normas básicas de alimentación y el manejo del paciente disfágico, ofreciendo la información necesaria y motivando su colaboración.

Metodología

El diagnóstico y el tratamiento de la disfagia orofaríngea, tal como señalan Clavé, Terré, Kraa y Serra (2004), requiere un abordaje multidisciplinario, incluidos conocimientos de diferentes dominios profesionales: medicina, enfermería, logopedia, dietética, higiene oral, etc. Así, las tareas a desempeñar por este equipo serán:

Author Keywords:
 Action protocol; Disfagia orofaríngea; Hospital at Home Unit; Hospitalización a domicilio; Intensive Care Unit; Logopedia; Oropharyngeal dysphagia; Protocolo de actuación; Speech therapy; Unidad de cuidados intensivos; dsf...

Publisher:
 Elsevier

URL:
<http://www.sciencedirect.com/sci-hub.cc/...>

Catalog IDs

ArXiv ID:
 DOI: 10.1016/S1137-8174(12)70061-4
 ISSN: 1137-8174
 PMID:

Files:
 beda2012.pdf

12. Frp ZZZP. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 2011. Disponible en:
http://www.academia.edu/16614555/Modelos_y_Teorías_en_Enfermería_7a_Ed._2011

Modelos y Teorías en Enfermería 7a Ed. 2011



ELSEVIER

Edición en español de la séptima edición de la obra original en inglés
Nursing Theorists and Their Work
 Copyright © MMX by Mosby, an affiliate of Elsevier Inc.

Revisión científica

Miriam Rodríguez Monforte

Profesora Asociada de Enfermería Básica Aplicada, de Enfermería Comunitaria y de Seminario Profesionalizador, Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona

© 2011 Elsevier España, S.L.
 Travessera de Gràcia, 17-21
 08021 Barcelona (España)

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...).

El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido. Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN edición original: 978-0-323-05641-0
 ISBN edición española: 978-84-8086-716-0

Depósito Legal: 47.359-2010
 Coordinación y producción editorial: EdiDe, S.L.
 Impreso en España por Fareso



GLOBALIDAD (HOLISMO)

«En inglés, las palabras *whole* (global), *health* (salud) y *hale* (sano) derivan de la palabra anglosajona *hal*» (Levine, 1973, p. 11). Levine basó el uso del concepto de la globalidad en la descripción que Erikson (1964, 1968) hacía de este término como un sistema abierto. Levine (citado en 1969a) cita a Erikson, quien afirma que: «La globalización se basa en una relación mutua sólida, orgánica y progresiva entre diversas funciones y partes de un todo, cuyos límites son abiertos y fluidos» (p. 94). Levine (1996) considera que la definición de Erikson ofrece la oportunidad de explorar las partes del todo y de entenderlo. La *integridad* se define como la unidad de los individuos e indica que éstos reaccionan de un modo integral y único a los retos del entorno.

ADAPTACIÓN

«La adaptación es un proceso de cambio mediante el cual el individuo se ajusta a las realidades de su entorno externo e interno para permanecer íntegro» (Levine, 1973, p. 11). La conservación es el resultado. Algunas adaptaciones funcionan y otras no. La adaptación es gradual, no es un proceso de o todo o nada. No existe una mala adaptación. Levine (1991) menciona tres características de la adaptación:

1. Historia.
2. Especificidad.
3. Redundancia.

Levine afirma: «Todas las especies tienen patrones de respuesta fijos diseñados únicamente para garantizar el éxito en las situaciones críticas de la vida y demostrar que

que «existe la posibilidad de que el envejecimiento sea una consecuencia de la falta de procesos fisiológicos y psicológicos» (p. 6).

ENTORNO

Asimismo, Levine (1973) consideraba que cada individuo tenía su propio entorno, tanto interno como externo. Las enfermeras pueden considerar que el entorno interno del paciente son sus características fisiológicas y fisiopatológicas. Levine utilizó la definición de Bates (1967) del entorno externo y sugirió tres niveles:

1. Perceptivo.
2. Operacional.
3. Conceptual.

Estos niveles determinan las interacciones entre los individuos y sus entornos. El nivel perceptivo está constituido por las características del mundo que los individuos son capaces de sentir e interpretar con sus sentidos. El nivel operacional incluye todo lo que puede afectar a los individuos físicamente, aunque no puedan percibirlo directamente, como los microorganismos. En el nivel conceptual, el entorno se construye a partir de los patrones culturales, caracterizados por la existencia espiritual y transmitidos por medio de los símbolos del lenguaje, el pensamiento y la historia (Levine, 1973).

RESPUESTA DEL ORGANISMO

Es la capacidad del individuo para adaptarse a las condiciones de su entorno. Puede dividirse en cuatro niveles de integración:

1. Lucha o vuelo.
2. Respuesta inflamatoria.
3. Respuesta al estrés.
4. Conocimiento perceptivo.

mantener fuera los agentes irritantes o patógenos no deseados. Sólo puede utilizarse durante un período de tiempo limitado, ya que consume gran parte de las reservas de energía del individuo. El control del entorno es importante (Levine, 1973).

Respuesta al estrés

Selye (1956) describió el síndrome de respuesta al estrés según cambios del organismo predecibles, no específicamente inducidos. El desgaste de la vida se acumula en los tejidos y refleja las respuestas hormonales a largo plazo con respecto a las experiencias vitales que pueden provocar cambios estructurales. Se caracteriza por su carácter irreversible y por su influencia en el modo en que los pacientes responden al cuidado enfermero.

Conocimiento perceptivo

Esta respuesta se basa en el conocimiento perceptivo del individuo. Sólo tiene lugar cuando el individuo experimenta el mundo a su alrededor. Entonces utiliza esta respuesta para buscar la seguridad y mantenerla. Se trata de buscar información (Levine, 1967a, 1969b).

Troficognosis

Levine (1966a) recomendó la troficognosis como una alternativa al diagnóstico enfermero. Es un método científico para llegar a un juicio en el cuidado enfermero.

CONSERVACIÓN

El término *conservación* deriva de la palabra latina *conservatio*, que significa «mantener

(1973, pp. 193-195). «El principal objetivo de la conservación es mantener íntegro al individuo en su globalidad». Aunque puede que las intervenciones enfermeras sólo deban tratar con un principio específico de conservación, es necesario que las enfermeras también conozcan la influencia de los otros principios de conservación (Levine, 1990).

El modelo (1973) de Levine hace especial hincapié en las interacciones e intervenciones enfermeras que pretenden mantener la globalidad y fomentar la adaptación. Aquellas interacciones se basan en los conocimientos científicos previos a los principios de conservación. La conservación pretende conseguir un equilibrio entre la demanda y el abastecimiento de energía con respecto a la realidad biológica única del individuo. El cuidado enfermero se basa en el conocimiento científico y en las habilidades enfermeras. Existen cuatro principios de conservación.

PRINCIPIOS DE CONSERVACIÓN

Para alcanzar los objetivos del modelo de conservación, hay que llevar a cabo intervenciones que se ajusten a los principios de conservación.

Conservación de la energía

El individuo necesita equilibrar su energía y renovarla constantemente para mantener sus actividades vitales. Los procesos como la curación y el envejecimiento ponen a prueba su energía. La segunda ley de la termodinámica es universal y también afecta a los seres humanos.

patógenos no deseados. Sólo puede utilizarse durante un período de tiempo limitado, ya que consume gran parte de las reservas de energía del individuo. El control del entorno es importante (Levine, 1973).

Respuesta al estrés

Selye (1956) describió el síndrome de respuesta al estrés según cambios del organismo predecibles, no específicamente inducidos. El desgaste de la vida se acumula en los tejidos y refleja las respuestas hormonales a largo plazo con respecto a las experiencias vitales que pueden provocar cambios estructurales. Se caracteriza por su carácter irreversible y por su influencia en el modo en que los pacientes responden al cuidado enfermero.

Conocimiento perceptivo

Esta respuesta se basa en el conocimiento perceptivo del individuo. Sólo tiene lugar cuando el individuo experimenta el mundo a su alrededor. Entonces utiliza esta respuesta para buscar la seguridad y mantenerla. Se trata de buscar información (Levine, 1967a, 1969b).

Troficognosis

Levine (1966a) recomendó la troficognosis como una alternativa al diagnóstico enfermero. Es un método científico para llegar a un juicio en el cuidado enfermero.

CONSERVACIÓN

El término *conservación* deriva de la palabra latina *conservatio*, que significa «mantener

conservación es mantener íntegro al individuo en su globalidad». Aunque puede que las intervenciones enfermeras sólo deban tratar con un principio específico de conservación, es necesario que las enfermeras también conozcan la influencia de los otros principios de conservación (Levine, 1990).

El modelo (1973) de Levine hace especial hincapié en las interacciones e intervenciones enfermeras que pretenden mantener la globalidad y fomentar la adaptación. Aquellas interacciones se basan en los conocimientos científicos previos a los principios de conservación. La conservación pretende conseguir un equilibrio entre la demanda y el abastecimiento de energía con respecto a la realidad biológica única del individuo. El cuidado enfermero se basa en el conocimiento científico y en las habilidades enfermeras. Existen cuatro principios de conservación.

PRINCIPIOS DE CONSERVACIÓN

Para alcanzar los objetivos del modelo de conservación, hay que llevar a cabo intervenciones que se ajusten a los principios de conservación.

Conservación de la energía

El individuo necesita equilibrar su energía y renovarla constantemente para mantener sus actividades vitales. Los procesos como la curación y el envejecimiento ponen a prueba su energía. La segunda ley de la termodinámica es universal y también afecta a los seres humanos.

CONCEPTOS PRINCIPALES y DEFINICIONES (Cont.)

La conservación de la energía se ha utilizado mucho en la práctica enfermera, incluso con los procedimientos más básicos. Las intervenciones enfermeras «según la capacidad del individuo dependen del cuidado que proporcionan y que hace disminuir la demanda adicional posible» (Levine, 1990, pp. 197-198).

Conservación de la integridad estructural

La curación es un proceso mediante el cual se restaura la integridad estructural y funcional para proteger la globalidad (Levine, 1991). Los discapacitados son guiados a un nuevo nivel de adaptación (Levine, 1996). Las enfermeras pueden limitar la cantidad de tejido implicada en la enfermedad si reconocen de antemano los cambios funcionales y mediante las intervenciones enfermeras.

Conservación de la integridad personal

La autovaloración y la identidad son importantes. Los más vulnerables se convierten en pacientes. Se empieza con la destrucción de la intimidad y la aparición de la ansiedad. Las

enfermeras pueden mostrar respeto a sus pacientes llamándolos por su nombre, respetando sus deseos, valorando sus objetos personales, proporcionándoles intimidad durante los procedimientos, defendiendo sus creencias y enseñándoles. «El objetivo de la enfermera es impartir conocimiento y dar fuerza de modo que el individuo pueda retomar su vida privada: que ya no sea un paciente, ni dependa de nadie» (Levine, 1990, p. 199). Lo sagrado de la vida se manifiesta en todas las personas. «La conservación de la integridad personal implica el reconocimiento de la globalidad de cada persona» (Levine, 1996, p. 40).

Conservación de la integridad social

La vida cobra significado a través de las comunidades sociales y la salud está determinada socialmente. Las enfermeras cumplen una función profesional, ayudan a las familias, proporcionan asistencia en las necesidades religiosas y utilizan las relaciones interpersonales para conservar la integridad social (Levine, 1967b, 1969a).

13. Levine M. MES IAS, A.K: H . - Utilização do «Soro Caseiro» nas doenças diarréicas: um programa de promotores de Saude do BaIXO Amazonas. 1983;259-65. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671983000400007&lang=pt

[Revista Brasileira de Enfermería](#)

Imprimir versión ISSN 0034-7167

Rev. bras. enferm. vol.36 no.3-4 Brasilia julio / diciembre 1983

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671983000400007>

El proceso de enfermería en salud comunitaria de la teoría Myra Levine

Estándar Carapia Fagundes

Profesor del Curso de Enfermería Auxiliar adscrito a la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía

INTRODUCCIÓN

La idea para este estudio surgió de la necesidad que se siente durante el curso de Especialización en Enfermería en Salud Comunitaria interior en el esquema de residencia, promovido por la UFPE, de poner en práctica los conceptos teóricos en las actividades prácticas, una metodología para guiar a la enfermera en el control de la ambulatorio y en el hospital con los individuos y familias de la comunidad en general los pacientes.

II. FUNDAMENTOS PARA LA CONSERVACIÓN DE UN INDIVIDUO un todo:

La acción de la enfermera es esencialmente conservadora, tratando de mantener intacto el núcleo de los mecanismos de defensa biológica individuales. Hay cuatro principios de conservación, aunque el principio fundamental es la preservación del "conjunto". (3).

1er principio: La intervención de enfermería se basa en la conservación de la energía individual.

La necesidad de la conservación de la energía individual se explica por los principios de la fisiología que dicen que el individuo debe usar su poder de una manera adecuada, no sólo mediante la limitación de la actividad en el hogar, sino también a través de ejercicios que son necesarios para mantener las fuentes energía. En el caso de un paciente con tubérculo pulmonar, por ejemplo, conservación de la energía es muy importante para su recuperación, ya que al ser una infección que debilita en gran medida la individual, pero la inactivación completa provoca un individuo a sentir inútil, que casi siempre se traduce en una baja opinión de sí mismo. Es necesario entonces que la enfermera es capaz de resolver este problema mediante el estudio con el paciente algún tipo de actividad que puede desarrollar, sin tener el gasto de energía.

Segundo principio: La intervención de enfermería se basa en la preservación de la integridad estructural del paciente.

Cada enfermedad afecta al individuo de una manera particularizada. Para la intervención apropiada es el conocimiento necesario anatomía, fisiología, microbiología, parasitología, etc., pero en general, se puede decir que la intervención de enfermería para la preservación de la integridad estructural de la persona sigue los principios básicos, tales como la conservación de la integridad de la piel -mucosa, medidas de esterilización; cuidados para prevenir las deformidades, mantener los datos vitales dentro de un rango normal; educación para la salud; los principios de higiene; prevención de accidentes, etc.

3er principio: La intervención de enfermería se basa en la conservación de la integridad personal del paciente.

El sentido individual de uno mismo se ve afectado por la enfermedad; libertad; independencia, privacidad, autoestima. Cuando la enfermera hace que el paciente participe en su plan de atención, que es obedecer este principio (2).

La enfermedad es un evento que no es parte de la vida normal de la persona, y causar casi siempre un cambio en el ritmo de vida crea tensión y la ansiedad, que a su Teoría de la Crisis se identifica en el *enfoque de la crisis situacional*: "crisis situacional es una evento o situación no necesariamente forman parte de la vida normal, a veces repentina, inesperada y lamentable que es más que los recursos inmediatos o la capacidad para competir y para exigir un cambio en el comportamiento., no es una amenaza o peligro para los objetivos de vida , la tensión y la ansiedad, se despiertan los problemas no resueltos y las crisis del pasado, se reavivan ". (14). La comprensión y la aplicación de este concepto es de nivel *impressindí* la toma de decisiones y la priorización de la atención de enfermería, es una clara y objetiva que la enfermedad afecta no sólo la parte física del parámetro individual, instando así una asistencia mundial los trajes de este evento inesperado en su vida.

4º principio: La intervención de enfermería se basa en la preservación de la integridad social del paciente.

Cada individuo se define por su grupo social, cultural, étnica, religiosa, familiar. La importancia de la enfermedad, el tratamiento, el comportamiento durante la enfermedad está influenciada por factores culturales. El propio hospital es un sistema social. Mantener la personalidad social del paciente es un problema básico de la acción de enfermería. (2).

Si nos fijamos en estos 04 principios que vemos que se dividen con fines didácticos, para facilitar la comprensión de los conceptos teóricos. Todos estos principios es un intento de restaurar al hombre en su integridad bio-psico-social; para la conservación de la energía dependerá de la integridad estructural, personal y social, o viceversa.

III. ENVASE: Lucha del individuo para adaptarse a la enfermedad (2).

14. NANDA Internacional. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014 [Internet]. 2013. 533 p. Disponible en: https://books.google.es/books?id=r143AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Traducción:
D. Paul Carter. MA (Soc Sci), MTM 1&2, RSA Dip TEFL, DELE (Sup)
Dña. Susana Martín Iglesias. Responsable de Centros de Salud, Dirección Asistencial Sur de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. Vicepresidenta de AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería)

Revisión
Coordinación:
Dra. Aurora Quero Rufián. Profesora de la Escuela Universitaria Virgen de las Nieves, adscrita a la Universidad de Granada. Presidenta de AENTDE
Dña. Susana Martín Iglesias.

Equipo de revisión:
Dra. Roser Álvarez Miró. Profesora Titular. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona. Tesorera de la Junta Directiva de AENTDE
D. José Luis Aréjula Torres. Dirección Técnica de Sistemas de Información, Dirección General de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud. Vocal de la Junta Directiva de AENTDE
Dña. Roser Cadena i Caballero. Adjunta a la Dirección de Enfermería, Hospital Clínic de Barcelona. Vocal de la Junta Directiva de AENTDE
Dña. Rosario Fernández Flórez. Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Oviedo. Responsable Funcional del Área de Enfermería de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Vocal de la Junta Directiva de AENTDE
Dra. Mª Teresa Lluch-Canut. Catedrática de Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona. Vocal de la Junta Directiva de AENTDE
Dra. Rosa Rifà Ros. Profesora de Fundamentos de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull. Secretaria de la Junta Directiva de AENTDE
Dña. Mercedes Ugalde Apalategui. Profesora Titular. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona. Vocal de la Junta Directiva de AENTDE

© 2013 Elsevier España, S.L.
 Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona. España

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)
 Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.
 Quien fotocopie un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.
 Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN edición original: 978-0-4706-5482-8
 ISBN edición española: 978-84-9022-026-9

Clase 2 Gestión de la salud Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Diagnósticos aprobados

- 00188 *Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud*
- 00186 *Disposición para mejorar el estado de inmunización*
- 00078 *Gestión ineficaz de la propia salud*
- 00162 *Disposición para mejorar la gestión de la propia salud*
- 00080 *Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar*
- 00099 *Mantenimiento ineficaz de la salud*
- 00043 *Protección ineficaz*
- 00215 *Salud deficiente de la comunidad*

DOMINIO 2 NUTRICIÓN

Actividades de ingerir, asimilar y metabolizar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1 Ingestión Aportar alimentos o nutrientes al organismo.

Diagnósticos aprobados

- 00103 *Deterioro de la deglución*
- 00216 *Leche materna insuficiente*
- 00002 *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades*
- 00001 *Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades*
- 00163 *Disposición para mejorar la nutrición*
- 00003 *Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades*
- 00107 *Patrón de alimentación ineficaz del lactante*

Clase 2 Digestión Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Diagnósticos aprobados

15. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)
 [Internet]. Disponible en:
<https://alumnosenfermeria-uac2014.files.wordpress.com/2015/06/noc-5ta-edicion3b3n-2014.pdf>



Versión en español de la 5.ª edición de la obra original en inglés
Nursing Outcomes Classification (NOC)

Copyright © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved.

© 2014 Elsevier España, S.L.
 Travesera de Gracia, 17-21 - 08021 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito. (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la menor existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenamiento de información.

ISBN edición original: 978-0-323-10010-6

ISBN edición española (versión impresa): 978-84-9022-415-1

ISBN edición española (versión electrónica): 978-84-9022-456-4

Depósito Legal (versión impresa): B. 23399-2013

Depósito Legal (versión electrónica): B. 23400-2013

Servicios editoriales: DRK Edición

Advertencia

La enfermería es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar la dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El editor

Estado de deglución

1010

Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a _____ Aumentar a _____

PUNTUACIÓN GLOBAL DEL RESULTADO		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
101001	Mantiene la comida en la boca	1	2	3	4	5	NA
101002	Controla las secreciones orales	1	2	3	4	5	NA
101003	Producción de saliva	1	2	3	4	5	NA
101004	Capacidad de masticación	1	2	3	4	5	NA
101005	Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución	1	2	3	4	5	NA
101006	Capacidad para limpiar la cavidad oral	1	2	3	4	5	NA
101007	Momento de formación del bolo	1	2	3	4	5	NA
101008	Número de degluciones apropiadas para el tamaño/textura del bolo	1	2	3	4	5	NA
101009	Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida	1	2	3	4	5	NA
101010	Momento del reflejo de deglución	1	2	3	4	5	NA
101015	Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto	1	2	3	4	5	NA
101016	Acepta la comida	1	2	3	4	5	NA
101018	Estado de la deglución	1	2	3	4	5	NA
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	
101011	Cambios en la calidad de la voz	1	2	3	4	5	NA
101012	Atragantamiento, tos o náuseas	1	2	3	4	5	NA
101020	Tos	1	2	3	4	5	NA
101021	Mordaza	1	2	3	4	5	NA
101013	Esfuerzo deglutorio aumentado	1	2	3	4	5	NA
101014	Reflujo gástrico	1	2	3	4	5	NA
101017	Incomodidad con la deglución	1	2	3	4	5	NA

Domino: Salud fisiológica (II) Clase: Digestión y nutrición (K) 2.ª edición 2000; revisado 2004

BIBLIOGRAFÍA:

Arvedson, J., & Brodsky, L. (Eds.). (2002). *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management* (2nd ed.). San Diego: Singular.

Bosch, J., Van Dyke, D., Smith, S., & Poulton, S. (1997). The role of medical condition in the exacerbation of self-injurious behavior: An exploratory study. *Mental Retardation*, 35(2), 124-130.

Christensen, J. R. (1989). Developmental approach to pediatric neurogenic dysphagia. *Dysphagia*, 3(3), 131-134.

Feinberg, M. (1997). The effects of medication on swallowing. In B. Sonies (Ed.), *Dysphagia: A continuum of care* (pp. 107-120). Gaithersburg, MD: Aspen.

Hendrix, T. R. (1993). Art and science of history taking in the patient with difficulty swallowing. *Dysphagia*, 8(2), 69-73.

The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2000). Identification and nursing management of dysphagia in adults with neurological impairment. *Best Practice*, 4(2). Australia: Blackwell Science-Asia.

Kramer, S. S., & Eicher, P. M. (1993). The evaluation of pediatric feeding abnormalities. *Dysphagia*, 8(3), 215-224.

Langmore, S. (2000). *Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders*. New York: Thieme Medical.

Lespargot, A., Langevin, M., Muller, S., & Guillemont, S. (1993). Swallowing disturbances associated with drooling in cerebral-palsied children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35(4), 298-304.

Morris, S. E. (1989). Development of oral-motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings. *Dysphagia*, 3(3), 135-154.

Ramsay, M., Gisel, E. G., & Boutry, M. (1993). Non-organic failure to thrive: Growth failure secondary to feeding skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35(4), 285-297.

16. NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería [Internet]. 2011. 1-937 p. Disponible en:
<https://books.google.es/books?id=sV3hAQAAQBAJ&pg=PT98&dq=noc+quinta+edicion+Enfermerí&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjZsIWK-bbRAhVGRIYKHRZXCloQ6AEIODAB#v=onepage&q=noc quinta edicion Enfermerí&f=false>

Página de créditos

ELSEVIER

Versión en español de la 6.ª edición de la obra original en inglés
Nursing Interventions Classification (NIC)

Copyright © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved.

© 2014 Elsevier España, S.L.
Travessera de Gràcia, 17-21 – 08021 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito. (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN edición original: 978-0-323-10011-3