



DISFAGIA EN EL TRATAMIENTO DE UN CENTRO PSIQUIÁTRICO

Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid

Trabajo Fin de Grado, Junio 2018

Flor Fátima Huayta Pérez

INTRODUCCIÓN

Se refiere a la **dificultad** para deglutir.

Su presencia puede indicar una **enfermedad orgánica** o una **alteración funcional** que modifica el acto de la deglución.¹

Esta alteración se encuentra con mayor probabilidad en un paciente con patología neurológica debido al deterioro cognitivo y por ende al uso de **psicofármacos**, sumándole otros factores de riesgo.⁷

FACTORES DE RIESGO³

ENVEJECIMIENTO

ENFERMEDADES

FÁRMACOS

CLOZAPINA

HALOPERIDOL

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS

RISPERIDONA

OLANZAPINA

CLOZAPINA

QUETIAPINA

ACCIÓN ANTICOLINÉRGICA

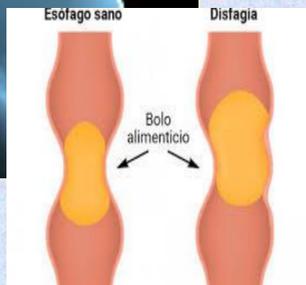
COMPLICACIONES²

NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN

DESNUTRICIÓN

NUTRICIÓN ARTIFICIAL

DEPENDENCIA INSTITUCIONALIZACIÓN



DIAGNÓSTICO

Se debe establecer una valoración del grado de disfagia para así **individualizar el tratamiento**.⁵

-Correcta anamnesis con una evaluación de las capacidades funcionales que se realiza mediante el **índice de Barthel**.

- La **exploración física** (exploración de la voz, exploración oro facial, etc)

-EAT-10: **Eating assessment tool** (sencillo cuestionario de 10 preguntas)

-Test clínico de **volumen-viscosidad**.

-Pruebas complementarias: **Video fluoroscopia**.



ENFERMERÍA JUEGA UN PAPEL ESENCIAL EN EL DIAGNÓSTICO.

SERIE PRIMERA	VISCOSIDAD NÉCTAR	VOLUMEN (ML): 5-10-20
SERIE SEGUNDA	VISCOSIDAD LÍQUIDO	VOLUMEN (ML): 5-10-20
SERIE TERCERA	VISCOSIDAD PUDIN	VOLUMEN (ML): 5-10-20



TRATAMIENTO

- Disfagia para **líquidos** → el uso de espesantes.

- Para el resto de situaciones, se intenta tratar la **causa**: ***trastornos motores** del esófago → fármacos, ***estenosis** → dilatación neumática endoscópica, ***obstrucciones tumorales** → prótesis autoexpandible.²



OBJETIVOS

Analizar la **carga anticolinérgica** de las prescripciones de los tratamientos y su posible relación en la presencia de disfagia y describir la **prevalencia de la disfagia**, en pacientes psicogerítricos institucionalizados.

RESULTADOS

- Edad media → **68 años**.
- Prevalencia de pacientes con dieta para disfagia y con el uso de espesante es de **13%**.
- Alto riesgo de carga colinérgica → **23** pacientes, de los cuales **5** presentan disfagia → **21,7%**
- Los valores del índice de Barthel son → **0-55-60-30-0**.
- IMC → **2** pacientes son inferiores a 18,5 Kg/m² que indica **bajo peso** → **40%**

Anticholinergic burden results - Patient: 102315

Scale	Result	Risk
ACB	3	HIGH RISK
AAS	2	MEDIUM RISK
Chew	5	HIGH RISK
AOS	5	HIGH RISK
AAS	5	HIGH RISK
ALS	1	LOW RISK
CRAS	2	MEDIUM RISK
Duran	2	HIGH RISK
ABC	5	WITHOUT RISK

Medication	ACB	AOS	Chew	AAS	ALS	CRAS	Duran	ABC
FLUCLOXACILINA 100 mg	0	2	1	2	1	1	1	0
LOZAPRAM 10 mg	0	0	1	0	0	0	0	0
OLANZAPINA 5 mg	1	3	3	3	0	1	1	0

METODOLOGÍA

- Pacientes de una unidad de geriatría (N=39), institucionalizadas⁸, independientemente de su diagnóstico psiquiátrico.
- Ante la **imposibilidad de realizar un test de disfagia**, se asume paciente con disfagia por el uso de espesante y la prescripción de dieta.
- Uso de espesante
- Carga anticolinérgica, escala Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB)⁶ → clasifica medicamentos según su potencial anticolinérgico en niveles.
- Índice de Barthel.
- IMC.
- Búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, páginas de calidad de internet y diversos libros de texto → para encontrar información acerca de los antipsicóticos prescritos.
- Recolección de información acerca de la unidad analizada⁸.

Cazos de espesante	50 ml de líquido
1 cazo lleno 3g.	
1 cazo lleno y medio 4,5g.	

CONCLUSIONES

1. Nuestras 5 pacientes con disfagia tienen los factores de riesgo descritos.
2. La disfagia se diluye entre las grandes comorbilidades de patología psiquiátricas, lo que hace que **no se valore la importancia** de este síntoma en la evolución de otros diagnósticos más incapacitantes.
3. Pocos **conocimientos del personal** sanitario acerca del test de disfagia, que permite cuantificar la verdadera prevalencia de estos síntomas..
4. Un **diagnóstico precoz** dará lugar a toma de medidas oportunas así como las medidas posibles terapéuticas.
5. Importancia **en valorar la disfagia** para conseguir una adecuada nutrición.
6. La **carga anticolinérgica**, podría considerarse como predictor de complicaciones.
7. Posible desarrollo de nuevos módulos para la facilitación de la deglución (dietas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreras-Rozman, co-dirigida por el profesor Cardellach. Medicina interna (17ª ED.), 2012
2. Dr. Antonio M. Moreno. Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo García. Federación Española del Aparato Digestivo (FEAD). Disponible en : www.saludigestivo.es
3. Concepción Jiménez Rojas Ana Isabel Corregidor Sánchez Carmen Gutiérrez Bezón. Situaciones clínicas más relevantes DISFAGIA. Tratado de geriatría. Cap 53: 545-553
4. Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica vol.71 no.2 Madrid mar. 1997.
5. Aula Fresenius Kabi. Curso abordaje integral de la disfagia y tratamiento nutricional adaptado.
6. Ángela Villalba, Eva Rocío A., Susana S., María Dolores N., Bernardo S. Desarrollo de la herramienta web Anticholinergic Burden Calculator. Farm Hosp. vol.41 no.5 Toledo sep./oct.2017.
7. Fernando Gómez-Busto, Virginia Andia, Loli Ruiz de Alegria et al. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; Vol. 44. Noviembre 2009.
8. EN COLABORACIÓN CON EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO «SAN BENITO MENNI»