

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Cuestionario de deglución para pacientes

EAT-10: ¿Hasta qué punto son problemáticas las siguientes situaciones?

0 = Sin problema

4 = Problema grave

Síntoma	0	1	2	3	4
Mi problema de deglución me ha causado pérdida de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi problema con la deglución interfiere con mi disposición de salir a comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ingestión de líquidos requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ingestión de sólidos requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ingestión de pastillas requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar es doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El placer de comer se ve afectado por mi deglución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando trago la comida se me pega en la garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toso cuando como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar es estresante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE TOTAL:					/ 40

HNSRF: Indique en qué medida ha sido afectado por lo siguiente en la última semana.

0 = En absoluto

10 = Todo el tiempo

Síntoma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Boca seca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en el sentido del gusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE TOTAL										/ 50

1) Si respondió 1-4 a cualquiera de las preguntas anteriores, responda estas preguntas de seguimiento. Si respondió solo 0, omita esta sección.

Mi problema con la deglución me ha hecho perder peso.

¿Cuánto peso ha perdido y en qué período de tiempo?

¿Se ha estabilizado?

¿Está tomando suplementos nutricionales?

La deglución es dolorosa.

Aclare lo que significa para usted "dolor" al tragar.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Cuando trago, la comida se me pega en la garganta.

¿Dónde exactamente?

¿Qué alimentos en particular?

¿Evita estos alimentos?

¿Cuánto dura la sensación?

¿Qué lo alivia? (ej. agua, esperar)

¿Cómo lo compensa?

¿La comida también se le pega en el pecho?

Toso cuando como.

¿Con qué frecuencia?

¿Tose en otras ocasiones además de las comidas?

¿Tose después de las comidas?

2) ¿Alguna vez ha tenido una evaluación de deglución, FEES (Evaluación Endoscópica de Fibra Óptica de Deglución) o MBS (Estudio Modificado de Deglución de Bario)?

____ Si

____ No

3) Describa brevemente sus síntomas de deglución, incluyendo cuándo comenzaron:

4) ¿Cuál es su dieta actual? (marque todo lo que corresponda)

____ Líquidos no espesos

____ Líquidos ligeramente espesos

____ Líquidos ligeramente espesos (como el néctar)

____ Líquidos moderadamente espesos (como miel)

____ Líquidos extremadamente espesos (con cuchara)

____ Sólidos regulares

____ Regulares, fáciles de masticar

____ Suave y del tamaño de un bocado (disfagia avanzada)

____ Picado y húmedo (mecánicamente blando)

____ Puré

____ Licuado

5) ¿Tiene alguna alergia alimentaria? (por favor enumere)

6) ¿Cuáles de las consistencias de alimentos y líquidos le da más dificultad? (marque todo lo que corresponda)

____ Líquidos no espesos

____ Líquidos ligeramente espesos

____ Líquidos ligeramente espesos (néctar)

____ Líquidos moderadamente espesos (miel)

____ Líquidos extremadamente espesos (con cuchara)

____ Sólidos regulares

____ Regulares, fáciles de masticar

____ Suave y del tamaño de un bocado (disfagia avanzada)

____ Picado y húmedo (mecánico blando)

____ Puré

____ Licuado

____ Pastillas

____ Otro: (describa)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

7) ¿Traga mejor o peor en ciertos momentos del día?

_____ Si _____ No

Si es así, ¿cuándo?

8) ¿Ha tenido alguno de los siguientes?

_____ Neumonía	_____ Cirugía de corazón
_____ Cirugía de tiroides	_____ Cirugía de la laringe
_____ Derrame cerebral	_____ Lesión en el cuello
_____ Radiación a la cabeza o cuello	_____ Cirugía de pecho
_____ Cirugía de la arteria carótida	

9) ¿Cuál de los siguientes síntomas corresponden a su caso?

_____ Tos con comida	_____ Tos con líquido
_____ Asfixia con comida	_____ Asfixia con líquido
_____ Dolor de boca	_____ Dolor al tragar
_____ Dolor de garganta	_____ Reflujo
_____ Boca seca	_____ Cambio en el sentido del gusto
_____ Cambios en la voz	_____ Cambios de apetito
_____ Le faltan dientes	_____ Otro: (describa)

10) Oxígeno suplementario? Si es así, cuánto: _____