

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 ha causado que pierda peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi problema de deglución interfiere con mi disposición de salir a comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar líquidos requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar sólidos requiere un esfuerzo adicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragar 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				

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

Mi problema de deglución ha causado que pierda peso.

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

¿Se ha estabilizado?

¿Está tomando suplementos nutricionales?

La deglución es dolorosa.

Aclare cómo es el "dolor" al tragar.

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?

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

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 (mecánico 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 (mecánicamente blando)

____ Puré

____ Licuado

____ Pastillas

____ Otro: (describa)

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) ¿Cuáles de los siguientes síntomas corresponden a su caso?

____ Tos con comida

____ Tos con líquidos

____ Asfixia con comida

____ Asfixia con líquidos

____ Dolor de boca

____ Dolor al tragar

___ Dolor de garganta
___ Boca seca
___ Cambios en la voz
___ Le faltan dientes

___ Reflujo
___ Cambio en el sentido del gusto
___ Cambios del apetito
___ Otro: (describa)

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