

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

ALIMENTACION ENTERAL EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA

Autor principal FRANCISCA CALVO ORBIS

CoAutor 1 JUANA LOPEZ DE LOS MOZOS CALERO

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave demencia disfagia nutrición enteral dieta

» Resumen

Los pacientes con demencia ven condicionada su nutrición desde el inicio de su enfermedad, pudiendo ocasionar anorexia, pérdida de peso, apraxia para la ingesta y disfagia. La disfagia es una consecuencia frecuente en las enfermedades neurológicas progresivas. Las alteraciones de la deglución, en estas enfermedades, suelen preceder a otra sintomatología, lo que indica que inicialmente están bien compensadas. La disfagia puede ser el primer síntoma de una enfermedad neurológica progresiva no diagnosticada.

El manejo de la disfagia depende del estadio y de su severidad. Tras la sospecha de la disfagia hay que diagnosticarla, para ello poseemos herramientas efectivas como el test de Volumen/Viscosidad y posteriormente se debe realizar un plan de cuidados basado en estrategias ambientales y posturales en la alimentación, así como la modificación en la textura de las dietas. Todo este trabajo se debe realizar por un equipo multidisciplinar en el que la enfermera tiene un papel fundamental puesto que hace de eslabón entre paciente-familia y resto de los profesionales por su cercanía a los mismos.

La dieta adaptada debe basarse en la alimentación tradicional, que puede combinarse con preparados comerciales y suplementos nutricionales para conseguir una dieta variada que aumente la satisfacción de pacientes, cuidadores y familia. Las sondas de alimentación no han demostrado beneficios en la alimentación de los pacientes con demencia avanzada.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El trabajo es realizado en una unidad de Medicina Interna de nuestro Hospital , por tres enfermeras de dicha unidad.

Surge tras la valoración de cada vez más y habitual el tipo de pacientes y patología ocasionada por la demencia ,dichos pacientes ingresan en nuestra unidad para ser tratados ó receptivos de cuidados por las múltiples patologías que esto les ocasiona. Uno de los mayores problemas es la forma de alimentación y sobre todo la vía oral para hacerlo.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El envejecimiento progresivo de la población se ha asociado ineludiblemente a un aumento progresivo del número de pacientes afectados de demencia, que en su evolución final presentan alteraciones de la deglución que dificultan o impiden la alimentación oral. Dichos enfermos suelen ser dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, presentan incontinencia de esfínteres y han perdido la capacidad de relacionarse con sus familiares.

En esta fase terminal de la enfermedad, cuando aparece dificultad importante para la hidratación y la alimentación oral, tanto los familiares de los pacientes como el profesional que los atiende se plantean establecer medidas destinadas a asegurar que la muerte no será consecuencia de la inanición o la deshidratación. Cuando ha de decidirse si se coloca o no una sonda con esta finalidad, aparecen numerosos problemas éticos, morales e incluso religiosos. A menudo, se decide finalmente colocar una sonda con la intención de aliviar al paciente y evitar complicaciones debidas a aspiración de los alimentos. Sin embargo, no existe evidencia de que la alimentación artificial mediante sonda nasogástrica evite la broncoaspiración.

La enfermedad de Alzheimer actualmente tiene una incidencia y prevalencia elevada. En Europa (1992), la incidencia de demencia moderada-severa se estimaba en 1.000/100.000 personas/año, entre mayores de 65 años y la prevalencia en este grupo de edad se encuentra en torno al 10%. En España se estima que afecta entre 400.000 y 600.000 personas constituyendo un importante problema de salud.

Entre los factores predictivos de un envejecimiento satisfactorio, la nutrición aparece como uno de los factores más determinantes. La malnutrición se considera como uno de los grandes síndromes geriátricos, en ancianos ambulatorios se estima en España, una prevalencia del 1-15%, aumentando considerablemente en ancianos institucionalizados.

La enfermedad de Alzheimer, principal causa de demencia, no produce alteraciones sensoriales y motoras hasta sus últimas fases. El deterioro global cognitivo que resulta de esta demencia contribuye de manera importante a la discapacidad para comer de modo independiente. Existen otras causas de demencia aparte de la enfermedad de Alzheimer tales como medicación sedante, depresión, hipotiroidismo y déficit de vitamina B12.

Disfagia en pacientes con demencias:

La deglución es una de las funciones básicas del organismo. Es un proceso neuromuscular complejo, en el que intervienen más de 50 pares de músculos y que requiere de una coordinación muy precisa. La disfagia, o dificultad en la deglución, se suele clasificar según el lugar (orofaríngea, esofágica, paraesofágica) o el mecanismo de producción (mecánico o neurogénico).

La enfermedad de Alzheimer, como ya hemos mencionado, es el prototipo de la demencia cortical. La disfagia asociada a esta enfermedad se ha denominado disfagia pseudobulbar y es consecuencia de la afectación del neocórtex y del sistema límbico que deteriora las conductas alimentarias voluntarias y estereotipadas de la persona afectada. La desestructuración de la conducta alimentaria va pareja a la severidad de la demencia, a la pérdida funcional y cognitiva. Sus consecuencias más importantes son la deshidratación, la pérdida ponderal, la desnutrición y la broncoaspiración, siendo la neumonía aspirativa la principal causa de muerte de estos pacientes.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La alimentación debe ser placentera a la vez que nutritiva y en las personas con demencia también, intentando mantener el gusto por la comida y el reflejo de la deglución, aunque precisen ayuda o suplencias. Un ambiente adecuado, personal suficiente, invertir tiempo en dar de comer y la interrelación cuidador- paciente mejoran la ingesta.

Los signos sugestivos de disfagia son el aumento del tiempo necesario para la ingesta, dificultad en el manejo de las secreciones, tiempo de masticación prolongado, retención de alimento en la cavidad oral, tos (antes, entre o después de la deglución), voz húmeda y atragantamientos. Ante cualquiera de ellos debe iniciarse las maniobras necesarias para el diagnóstico precoz de la disfagia, para ello el método más útil a nuestro alcance es el test de volumen/viscosidad.

Test de Volumen/Viscosidad: está basado en la administración de bolos de distintos volúmenes (de 5 a 20ml) y consistencia variables (viscosidad líquida, néctar y pudding). Así podemos observar si quedan restos del alimento en la boca y/o si se producen reacciones como cambios en la voz, tos o atragantamientos. La prueba se completa con el control de la saturación de oxígeno en sangre periférica por pulxiosimetría.

Dentro de las estrategias para mejorar la alimentación de nuestro paciente las más fáciles de realizar serían:

Modificaciones ambientales y posturales:

El ambiente del comedor o habitación, la interacción del personal y el tiempo dedicado a la alimentación condicionan la ingesta de los pacientes.

De forma general, hay que cuidar con esmero la higiene oral, atendiendo a dientes y prótesis, preservando la integridad de mucosas, labios y comisuras.

Para minimizar los riesgos, el ambiente debe ser relajado, con el cuidador sentado a la misma altura que el paciente, utilizando un lenguaje verbal y corporal adecuado para iniciar con paciencia la alimentación. Las normas básicas a tener en cuenta son las siguientes:

Modificaciones posturales:

Es conveniente colocar al paciente en sedestación, 30 minutos antes de la ingesta, con una posición cómoda, con ligera flexión de la cabeza hacia delante. En las demencias con inestabilidad cefálica, hay que impedir hiperextensión del cuello con un soporte adecuado para la cabeza o en su defecto almohadas/cojines. En caso de encamamiento, hay que elevar el cabecero de la cama 90° y mantener las mismas recomendaciones. En caso de hemiplejía, inclinar la cabeza hacia el lado parético. Al finalizar la ingesta, mantener al paciente 30 minutos en sedestación (posición fowler o semifowler).

Cómo dar la dieta:

Es preferible utilizar cucharas que jeringas, pues permiten observar la deglución y la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio. La cuchara debe acercarse desde abajo y colocarse en medio de la boca empujando la lengua hacia abajo para evitar que retroceda hacia el interior.

Se deben administrar cantidades pequeñas cada vez, evitando que se acumulen alimentos en la boca y procurando que el paciente no hable mientras está comiendo. Dejaremos tiempo suficiente para la deglución, masajeando la mandíbula o haciéndole imitar nuestros gestos si no abre la boca o no mastica. Después de cada deglución, conviene animarle a que tosa y asegurarnos de que la boca está vacía antes de administrar de nuevo el alimento. Si aparece tos con la deglución, hay que detener la alimentación. Es preferible evitar las pajitas y utilizar vasos bajos de boca ancha.

Hay que prestar especial atención a la presencia de grumos, pieles, etc, que pueden quedar en los purés. Recordar también que los sabores ácidos y los alimentos fríos estimulan el mecanismo de la deglución.

Modificaciones en la dieta:

Los cambios en la dieta tienen el objetivo de mantener un equilibrio nutricional, asegurar la hidratación adecuada con una nutrición más segura y minimizando los riesgos de broncoaspiración. Dentro de las limitaciones que vamos a tener, debemos esforzarnos por mantener una dieta variada y atractiva a los gustos de cada paciente.

Como norma general debemos evitar alimentos con consistencias o texturas diferentes (como por ejemplo sopas de pasta; leche con cereales, etc), fibrosos (como los espárragos o el jamón), frutas con piel o pepitas o alimentos que desprendan líquidos al aplastarse. Las raciones deben ser más pequeñas (porque el tiempo de deglución está aumentado) pero más numerosas en el tiempo (para asegurar un aporte nutritivo adecuado).

Las alternativas más cómodas en nuestro medio en cuanto a las modificaciones en la dieta son:

1. Dietas túrmix o trituradas
2. Modificadores de textura: espesantes, gelatinas, etc.
3. Enriquecedores de la dieta: suplementos nutricionales,

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La colaboración del paciente a veces es escasa debido a su estado de salud que imposibilita la recogida de datos y al incluir a familiares existen limitaciones en el estudio.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Enfrentarse a la disfagia significa enfrentarse al problema deglutorio y sus causas, al estado cognitivo, al estado nutricional y a sus complicaciones, entre ellas el final de la vida. Ello implica sensibilización y conocimiento del problema, la formación del personal, la relación con las familias y la toma de decisiones con variables tan dispares como la evidencia científica o las creencias personales de familiares y cuidadores. El abordaje de la disfagia implica a familiares y a cuidadores en una actuación conjunta y multidisciplinar. El objetivo es mejorar el estado nutricional y disminuir la morbimortalidad para ello debemos identificar de manera temprana y diagnosticar también de manera temprana la disfagia.

Muchos pacientes con demencia son atendidos en el entorno familiar. En los primeros estadios, a la preocupación de la pérdida de peso y apetito, se suma la de las alteraciones conductuales, como la seguridad, el rechazo a la comida o el olvido de comer. Se ha podido observar que a medida que progresa la demencia con empeoramiento cognitivo y funcional, la conducta alimentaria se encuentra más deteriorada. En los estadios más avanzados de la enfermedad aparecen la apraxia y la disfagia. Es por ello que lo habitual es que dichos pacientes con demencia avanzada estén institucionalizados, dados la cantidad de cuidados que precisan para mantener una adecuada calidad de vida.

» Propuestas de líneas de investigación.

A medida que la enfermedad avanza, es cada vez más complicado el nutrir de manera segura y adecuada a los pacientes con demencia, en este momento aparece ante los profesionales o cuidadores la necesidad de encontrar una solución a tal problema. La alimentación por sonda parece ser entonces la única alternativa para una nutrición más segura, que mejore la situación nutricional del paciente, minimizando la posibilidad de aparición de UPP, neumonías respiratorias, mejorar el confort del paciente, etc.

Pero no debemos olvidar que tanto la implantación de una sonda nasogástrica como una gastrostomía percutánea no están libres de complicaciones, incomodidades y dedicaciones. A todo esto se debe sumar que tras la revisión de numerosos artículos publicados al respecto las sondas de alimentación no han demostrado beneficios en la alimentación de los pacientes con demencia avanzada.

Con todo esto hemos iniciado un estudio en el cual continuaremos trabajando.