



DOCENCIA Y FORMACIÓN

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DISFAGIA.

***Leno González, D., **Leno González, J. L., Lozano Guerrero, M^a. J.**

*DUE. Hospital Ciudad de Coria. Cáceres. **DUE. Hospital Virgen del Pilar. Almendralejo. Badajoz.

RESUMEN:

Se describe el plan de cuidados de Enfermería en la alimentación de enfermos con riesgo de aspiración por trastornos de la deglución, secundaria a enfermedades neurológicas o neuromusculares (accidentes cerebrovasculares, esclerosis lateral amiotrófica, miastemia gravis, traumatismos o procedimientos quirúrgicos, etc).

Tras una valoración nutricional y de la capacidad de deglución del enfermo, así como de signos y síntomas de disfagia en enfermos con riesgo de aspiración, se obtienen diagnósticos de enfermería que incluyen: riesgo de aspiración, alteración de la deglución, alteraciones sensorio-perceptivas, riesgo de déficit de volumen de líquidos, de autocuidados, alimentación, etc.

Los diagnósticos de enfermería nos llevan a planificar resultados (no aspiración, mantener estado nutricional/hidratación adecuado, mejorar la capacidad de deglutir y promover la participación de familiares) y desarrollar las actuaciones de enfermería pertinentes (elevar la cabecera de la cama, inspeccionar cavidad bucal, alimentar al enfermo de forma que facilite masticación y deglución, tipos de alimentos según enfermos, etc).

El último punto será la evaluación del plan y el registro e informe en la hoja de enfermería del paciente.

INTRODUCCIÓN

En enfermos ancianos, existe riesgo de aspiración como consecuencia de trastornos de la deglución (disfagia). La disfagia puede ser secundaria a enfermedades neurológicas o neuromusculares (accidente cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, miastemia gravis) a traumatismos o procedimientos quirúrgicos de la cavidad oral o garganta (tratamientos antineoplásicos, ingestión de sustancias cáusticas).

Los síntomas que sugieren disfagia incluyen: tos y vómitos durante la comida, múltiples intentos de deglución, presencia de babeo, restos alimenticios en la boca, sonido vocal similar a gargarismos y sensación de "bloqueo" de la comida en la garganta. Los enfermos que presentan éstos síntomas deberán ser evaluados para descartar disfagia. En aquellos que presentan alteración de conciencia que ingieren comida por vía oral, los episodios de neumonía pueden indicar aspiración de comida o secreciones orales.

En ocasiones será necesario evaluar la capacidad del enfermo para tragar alimentos de diversos grosores. Los líquidos poco densos suelen ser las sustancias más difíciles de deglutir para un enfermo con disfagia.

Para el diagnóstico de la disfagia con aspiración también se pueden utilizar técnicas radiológicas que utilizan sustancias radiopacas ingeridas por vía oral.

VALORACIÓN

Valoración de la capacidad del enfermo para deglutir. En enfermos con afectación neurológica será necesario valorar el reflejo nauseoso. Los enfermos con incapacidades físicas o enfermedades neurológicas pueden presentar riesgos de aspiración y disfagia, y pueden ser incapaces de tolerar una dieta normal. Puede ser necesario un cambio en la consistencia de la dieta (líquidos más densos, purés, alimentos blandos), entrenamiento para la deglución o métodos alternativos de nutrición.

Será necesario realizar una correcta valoración nutricional, ya que los enfermos con aspiración secundaria a disfagia pueden alterar sus patrones alimenticios o seleccionar comidas que no alimentan adecuadamente.

ADULTOS CON RIESGO NUTRICIONAL:

Presencia o posibilidad de sufrir malnutrición:

- Pérdida o aumento involuntario de peso > 10% del peso corporal habitual en menos de 6 meses, o > 5% del peso corporal habitual en menos de 1 mes.
- > 20% por encima o por debajo del peso corporal ideal.
- Presencia de enfermedad crónica.
- Aumento de requerimientos metabólicos.
- Administración de nutrición parenteral o enteral.
- Enfermedad, cirugía o traumatismo recientes.
- Ingesta nutricional inadecuada, incluyendo ayuno durante > 7 días.

ANÁLISIS DE LABORATORIO PARA UNA VALORACIÓN NUTRICIONAL:

- Albúmina sérica (valores normales 3.5-4.5 mg/dl). Los valores alterados reflejan la capacidad del hígado para sintetizar proteínas plasmáticas; varía lentamente.
- Transferrina (valores normales 200-250 mg/dl). Es la proteína principal de los depósitos de hierro; varía más rápidamente que la albúmina.
- Nitrógeno urinario (Balance positivo cuando se compara con la ingesta de nitrógeno). Un balance de nitrógeno positivo indica que éste debe almacenarse en lugar de utilizarse para obtener energía.
- Hemoglobina (valores normales 12-15 mg/dl). Su disminución puede indicar anemia, la cual puede asociarse con malnutrición.

Valorar los signos y síntomas de disfagia en enfermos con mayor riesgo de aspiración. El enfermo puede mostrar síntomas o presentar escaso control de los labios y de la lengua. Los enfermos de riesgo son aquellos con enfermedades neurológicas o neuromusculares, y aquellos que han sufrido traumatismos o procedimientos quirúrgicos en la cavidad oral o de la garganta.

Indicar al facultativo los signos y síntomas de disfagia observados, ya que será preciso una evaluación por parte un especialista.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

El agrupamiento de las características definitorias a partir de los datos de valoración puede revelar los siguientes diagnósticos enfermeros:

- Riesgo de aspiración.
- Alto riesgo de aspiración.
- Alteración de la deglución.
- Alteraciones sensorio perceptivas (gustativas).
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- Déficit de autocuidados: alimentación.

Los factores relacionados deben valorarse de forma individual según el estado o las necesidades del paciente.

PLANIFICACIÓN

Resultados esperados:

- Conseguir que no experimente aspiración evidenciado por lo siguiente:
 - No distensión gástrica: sonidos intestinales normales.
 - No quejas de náuseas o vómitos.
 - Signos vitales dentro de los límites normales para el paciente.
- Mantener un estado de nutrición/hidratación adecuado evidenciado por lo siguiente:
 - Deglute con ayuda de estimulación verbal.
 - Requiere cada vez menos estimulación verbal para deglutir.
 - Comunica preferencias alimentarias.
- El peso del enfermo se incrementa o se mantiene mientras se proporciona el tratamiento dietético.
- Mejorar la capacidad para deglutir alimentos y líquidos con seguridad evidenciado por lo siguiente:
 - Deglute con seguridad, sin náuseas y sin aspiración.
 - Los comportamientos no verbales sugieren mayor confianza en la capacidad de deglución.
- Los miembros de la familia participan en el autocuidado evidenciado por lo siguiente:
 - Los familiares ayudan al paciente en la alimentación con cada vez menos supervisión.
 - Los familiares describen/demuestran la maniobra de Heimlich.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería irán encaminadas a favorecer la deglución, eliminar o reducir el riesgo de aspiración, mantener una nutrición adecuada y educar a los cuidadores informales (familiares).

- Elevar la cabecera de la cama, de forma que las caderas estén dobladas en un ángulo de 90° y la cabeza esté ligeramente inclinada hacia delante, o ayude al enfermo a obtener la misma posición en una silla.
- Utilizando una linterna y un depresor lingual, inspeccionar con suavidad la boca, buscando posibles restos alimenticios, ya que la presencia de éstos pueden indicar dificultad para la deglución, además el control de restos previene la aspiración.
- Preguntar al enfermo sobre cualquier dificultad durante la deglución o masticación de comidas con diferentes texturas. Vigilar la aparición de síntomas como tos, disnea o babeo, que indiquen dificultad para masticar alimentos, especialmente líquidos poco densos.
- Alimentar al enfermo de forma que se facilite la masticación y deglución:
 - En adultos de edad avanzada se administrarán pequeñas cantidades cada vez, valorando la masticación, la deglución y la fatiga.

- En enfermos con alteraciones neurológicas se administrarán pequeñas cantidades cada vez y se valorará la capacidad para masticar, mover la lengua para formar un bolo alimenticio y tragar. Los enfermos con limitación de la fuerza y control de la lengua pueden ser incapaces de mover el bolo alimenticio hasta la parte posterior de la cavidad bucal, para su deglución.
- En enfermos con problemas evidentes de deglución, Ofrecer comidas más sólidas, como comidas líquidas, yogur, sopas cremosas, gelatinas, natillas, flanes o puré de patatas, y valorar signos o síntomas de dificultad para la deglución. Las comidas más densas provocan menos dificultad para la deglución. Si el enfermo puede ingerir comida más densa sin mayores dificultades, se introducirá gradualmente comidas de consistencia más sólida. Los líquidos poco densos, como café, té o refrescos, son las sustancias más difíciles de tragar para los enfermos con disfagia.
- Colocar los alimentos en el lado sano de la boca. El paciente es capaz de controlar el bolo de alimento con más eficacia cuando se coloca en este lado de la boca.
- Determinar las preferencias alimenticias del paciente preguntándole a él y a los familiares para aumentar la probabilidad de ingesta nutricional.
- Proporcionar periodos de reposo.
- Minimizar los estímulos ambientales y establecer una atmósfera tranquila y relajada durante la comida, para mantener al paciente enfocado en la secuencia de deglución. La ansiedad y la desesperación pueden contribuir al trastorno de la deglución.
- Si no se observan signos o síntomas de disfagia, ayude al enfermo a finalizar su comida o colóquela cerca de él, si puede comer solo.
- Mantener a mano un equipo de succión.
- El enfermo permanecerá sentado y erguido durante, al menos, 30 minutos después de la comida.
- Ayudar al enfermo a lavarse las manos y a llevar a cabo los cuidados bucales tras la comida.
- Vigilar la ingesta (calorías estimadas, peso diario) y anotar la ingesta y la excreción. La vigilancia ayuda a determinar el estado de nutrición e hidratación.
- Enseñar y reforzar al paciente/familia sobre el hecho de que los problemas de deglución pueden ser temporales. La información exacta puede ayudar a que el paciente/familia haga frente al trastorno actual.
- Animar a los miembros de la familia para que ayuden al paciente en la selección de alimentos nutritivos.
- Alabar los pequeños progresos en la capacidad para deglutir. El refuerzo positivo aumenta la confianza en la deglución.

- Enseñar la maniobra de Heimlich a miembros de la familia con el fin de prepararlos para posibles situaciones de urgencia.

MANIOBRA DE HEIMLICH. Es una compresión subdiafragmática abdominal que eleva el diafragma, y hace pasar aire a fuerza desde los pulmones, para crear tos artificial, que así desplazará y expulsará cualquier cuerpo extraño.

1. Con sujeto consciente que está de pie o sentado:

- Nos colocamos detrás del paciente y rodeamos la cintura con ambos brazos para continuar con la siguiente maniobra.
- Con una mano cerramos el puño y colocamos la cara que está en la base del pulgar contra el abdomen de la víctima, en la línea media, un poco por arriba del ombligo y por debajo del apéndice xifoides. Con la otra mano tomamos el puño cerrado.
- Comprimir con los puños el abdomen del sujeto con un movimiento rápido ascendente. Cada compresión debe ser una maniobra independiente y perfectamente definida.

2. Con el paciente inconsciente:

- Se coloca al sujeto sobre su dorso.
- El auxiliador se arrodilla a nivel de los muslos de la víctima, de forma que queden cara a cara.
- Colocar la base de una mano contra el abdomen del enfermo, en la línea media, un poco por arriba del ombligo y debajo de la punta del apéndice xifoides; y la segunda mano sobre la primera.
- Comprimir el abdomen con movimientos rápidos ascendentes.

EVALUACIÓN

- Valorar la capacidad del enfermo para ingerir alimentos de varias texturas y tamaños, de tal manera que sea indicativo de si el riesgo de aspiración está incrementado con líquidos poco densos.
- Valorar la ingesta de líquidos y sólidos por parte del enfermo. El enfermo puede evitar ciertos tipos y texturas de comidas difíciles de tragar.
- Pesarse al enfermo cada semana, para determinar si el peso es estable y refleja si el nivel calórico es adecuado.
- Valorar la cavidad oral tras la comida, para detectar residuos.
- Resultados inesperados que pueden producirse:
 - El enfermo tose, vomita, se queja de que la comida se "pega" a su garganta o de la presencia de residuos de comida en la boca.
 - El enfermo evita ciertas texturas de comidas.
 - El enfermo presenta pérdida de peso, indicativo de que la ingesta nutricional es inadecuada.

REGISTRO E INFORME:

Registrar en la hoja de enfermería del paciente: tolerancia a varias texturas de comidas, cantidad de ayuda necesaria, posición durante la comida, ausencia o presencia de cualquier síntoma de disfagia y cantidad ingerida.

Registrar y comunicar la presencia de tos, vómito, asfixia o dificultades para deglutir.

BIBLIOGRAFÍA

- MI JA KIM. GERTRUDE K. McFARLAND AUDREY M. McLANE. **DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS**. Mosby/Doyma Libros, 5ª edic. Madrid, 1994
- MARY COURTNEY MOORE. **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**. Mosby, 2ª edic. 1994
- PERRY POTTER. **ENFERMERÍA CLÍNICA: TÉCNICAS PROCEDIMIENTOS**. Harcourt Brace, 4ª edic. Madrid, 1999
- L. S. BRUNNER-D.S.SUDDARTH. VOL.2 **ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA**. Interamericana, 6ª edic. Madrid, 1995

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia