

# 4 Desafío de **enfermería** en EP avanzada



## Disfagia y parkinson

Carolina Cabello (C. H. de Navarra).

abbvie



## ¿QUÉ ES?

La disfagia es la dificultad o imposibilidad de tragar.

## ¿CUÁNDO SUCEDE?

- Entre un 32% y 80% de los pacientes con EP presentan disfagia.
- La disfagia aparece con la EP de forma **tardía y asintomática**.
- Se agrava con el resto de manifestaciones de la enfermedad.
- A lo largo de la enfermedad los pacientes experimentan una **pérdida de peso significativa**

**Incidencia de  
malnutrición en EP  
de hasta 24%**

## ¿CÓMO ES?

- El proceso de deglución es complejo y continuo, dividido en cuatro etapas (oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica). En la EP puede afectarse cualquiera de estas etapas.
- La disfagia en EP podría tener características especiales debido a la concurrencia de síntomas neurodegenerativos y motores, sin olvidar que podría estar condicionada por el tratamiento con levodopa.



## ¿CÓMO SE DETECTA?

Necesidad de  
realizar  
varios intentos  
para tragar

Fiebre  
sin causa  
aparente

Atragantamiento  
al comer o  
sensación de  
nudo

Tos durante  
o después de  
las comidas

Pérdida de  
peso

Carraspeo  
frecuente durante  
o después de las  
comidas



## COMPLICACIONES

Broncoaspiración



Papel enfermeras fundamental: entrenar en los cuidados mediante técnicas y utensilios que faciliten la alimentación y reduzcan las complicaciones. Ej:

- Ejercicios con la lengua, logopedia.
- Dedicar mas tiempo a la deglución, sin distracciones como hablar o tv...
- Postura correcta, espalda 90º, pies en el suelo, cabeza hacia delante.
- Consistencia homogénea de los alimentos (uso de espesantes).
- Iniciar la ingesta en ON.
- Ingerir trozos pequeños con cubiertos pequeños y ergonómicos.
- No utilizar jeringas ni pajitas.



## ¿DIAGNÓSTICO?

- El *gold standard* para el diagnóstico de disfagia con la videofluoroscopia (VF) y la FEES.
- Conviene realizar estas técnicas en estado *on* y *off* de tratamiento debido a la influencia que puede tener el tratamiento con levodopa.



# EVALUAR ESTADO NUTRICIONAL

- Estado nutricional global (peso corporal)
- Reserva energética (pliegues cutáneos, bioimpedancia).
- Proteínas esqueléticas (cmb, creatinina orina 24h.)
- Proteínas viscerales (albúmina, transferrina, prealbumina, ptr).
- Deficiencias de nutrientes específicos (vitaminas y minerales).

# CEPA: CONSENSO ESPAÑOL EN ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADO

4 Desafío de enfermería en EP avanzada



Nivel de relevancia	Características generales	Discapacidad	Síntomas motores relacionados con el tratamiento	Síntomas motores relacionados con la enfermedad	Síntomas no motores relacionados con la enfermedad	Trastornos neuropsiquiátricos y cognitivos
<b>Síntomas definitivos</b> (Un solo síntoma es determinante para el diagnóstico de EPA)		Requerimiento de ayuda para las actividades de vida diaria	Presencia de fluctuaciones motoras con un tiempo de vigilia en OFF del 25% con limitación para realizar actividades	Disfagia severa Caídas recurrentes		Demencia
<b>Síntomas probables</b> (La asociación de dos síntomas* lo convierte en definitivo)	Tiempo de evolución del Parkinson de 10 años o más	Limitación para actividades básicas. Aunque no requiera ayuda	Discapacidad funcional por discinesia con un tiempo de vigilia ON del 25%	Disfagia moderada Bloqueos de la marcha Disartria moderada/severa		Alucinaciones con falta de insight mantenida
<b>Síntomas posibles</b> (La asociación de dos síntomas* lo convierte en probable)				Alteración de reflejos posturales y equilibrio	Disautonomía sintomática incluyendo hipotensión ortostática sintomática Somnolencia diurna excesiva	Apatía moderada/severa Presencia crónica de alucinaciones con insight preservado Síntomas psicóticos Deterioro cognitivo leve

# NUTRICIÓN ENTERAL Y DUODOPA



Pacientes **candidatos** a recibir  
Duodopa

- Puede ser utilizada como alternativa en pacientes con disfagia severa.
- Permite mediante la sonda 20Fr la alimentación enteral del paciente



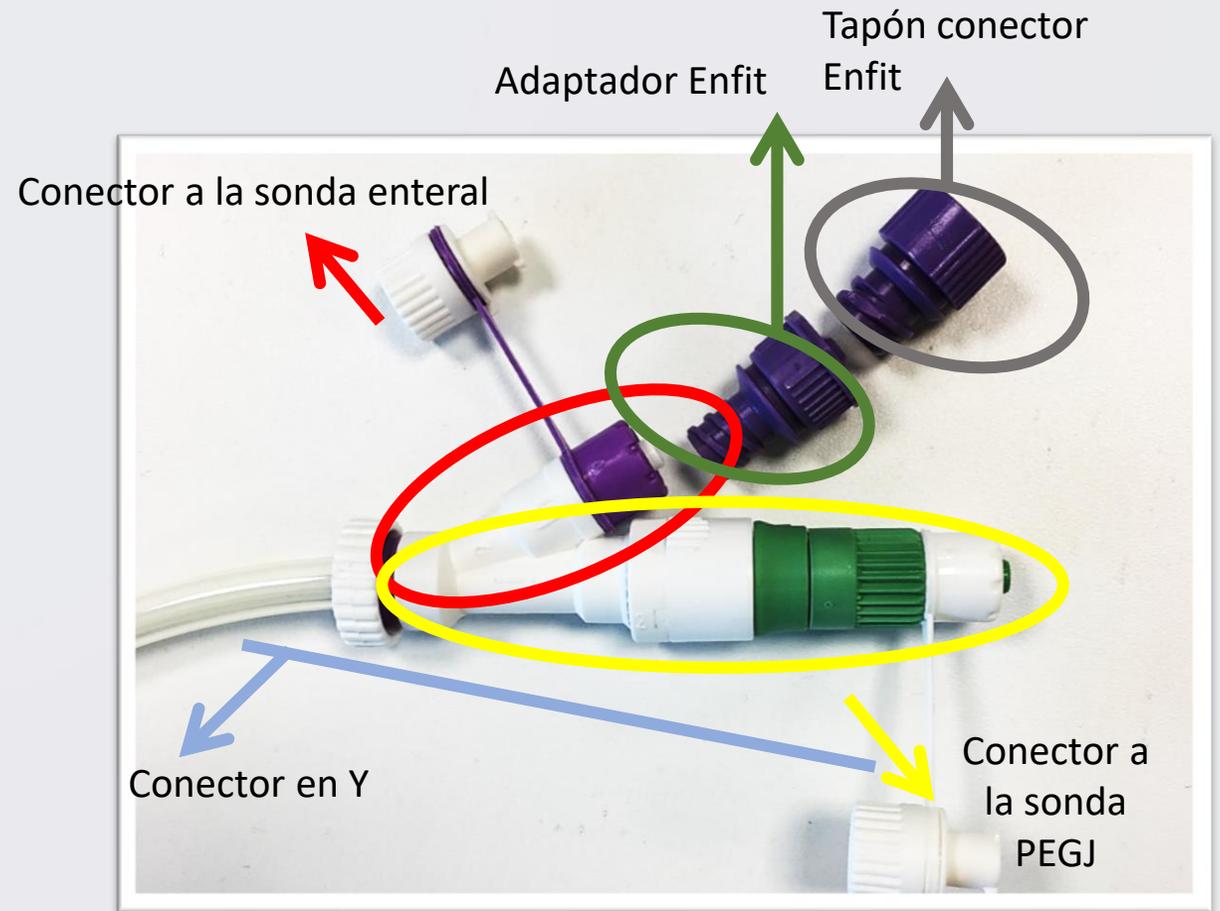
## Sonda PEG/J de AbbVie

**A.** Sonda intestinal **B.** Disco de retención interno **C.** Disco de retención externo  
**D.** Sonda de PEG **E.** Tornillo de sujeción **F.** Conector en Y **G.** Conector de clic **H.** Conexión luer fija

# SONDA PEGJ



Sonda PEGJ



Conectores

# CASO 1



- Mujer de 77 años en seguimiento en neurología desde 2011 por temblor de 2 años de evolución.

## Antecedentes personales:

- HTA
- Hipercolesterolemia
- Diabetes tipo II
- Enfermedad Parkinson

## Antecedentes familiares:

- Sin antecedentes familiares de interés.

# CASO 1



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- Inicio en ESI con temblor 2013.
- Buena respuesta a levodopa con aceptable control de los síntomas.
- Aparición de fluctuaciones motoras y no motoras con mala vivencia de los periodos OFF 2016.
- Mal manejo de la paciente y familia de los deterioros (rigidez, temblor, HTA, urgencias, 112).
- Candidata a terapias avanzadas 2016-17.
- Colocación de PEG para Duodopa en enero de 2017 (15Fr).

# CASO 1



## EVOLUCIÓN

- Evolución del deterioro cognitivo.
- Pérdida de peso, baja ingesta, negativa a la toma de líquidos, estreñimiento, insulino dependiente.
- Adecuado control de los síntomas motores y no motores, ausencia de episodios de angustia, malestar e HTA.
- Recambio de sonda a los 2 años por protocolo (enero 2019), se decide colocar sonda (20Fr).
- Mantiene buen estado nutricional y de hidratación sin presencia de complicaciones.

# CASO 2



- Varón de 60 años.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

- Síndrome depresivo mayor con psicosis y trastorno de la personalidad inespecíficos en 1996.
- Hipotiroidismo.

## ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre cardiopatía.
- Madre cáncer de piel.
- 3 hermanos viven sanos.

# CASO 2

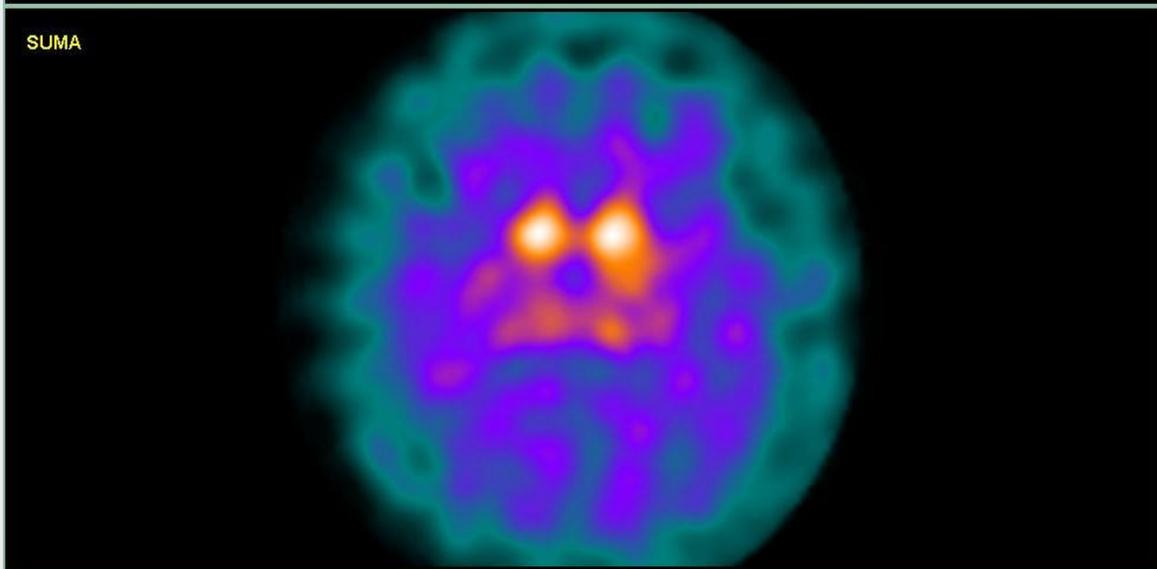
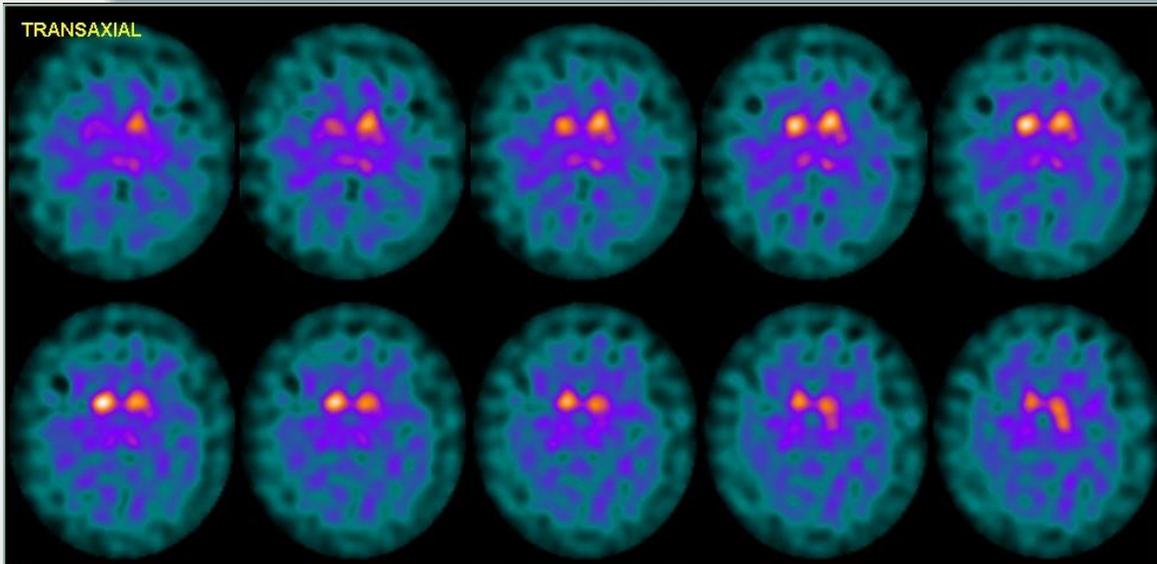


## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

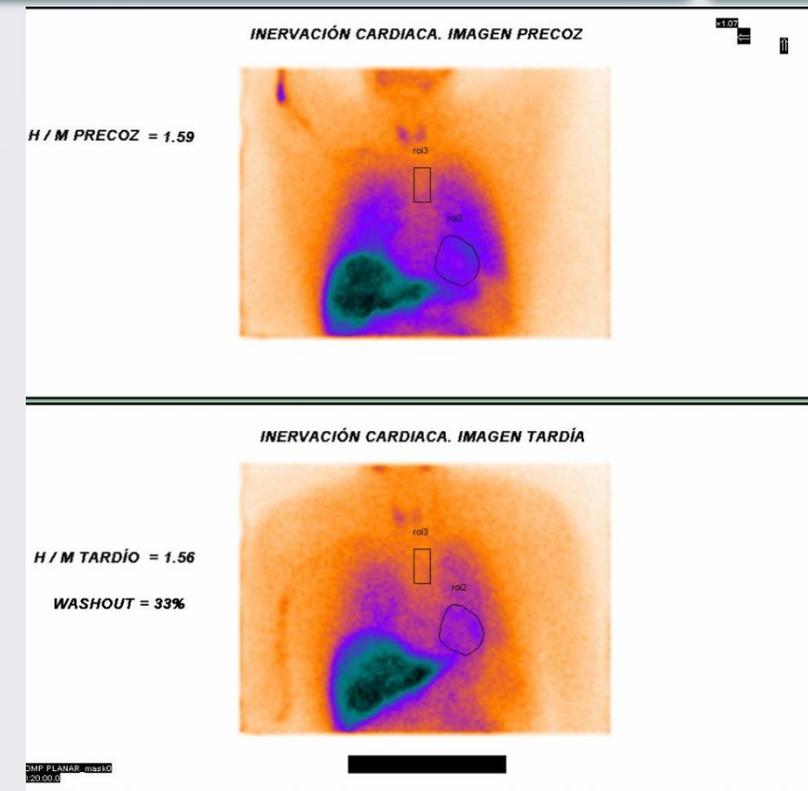
- Inicio de síntomas en 2013.
- Presentación atípica (caídas, disfagia, hiponimia).
- Rehabilitación y logopedia 2014.
- Parkinsonismo con buena respuesta a levodopa y datos atípicos: EP vs AMS.



# CASO 2



SPECT cerebral (DATSCAN) 2016: Marcada disminución en la captación en cuerpos estriados de forma bilateral, con mayor afectación derecha, compatible con lesión dopaminérgica presináptica.



Gammagrafía cardíaca 2017: Se observa captación disminuida del trazador en área cardíaca que, en el contexto clínico de un parkinsonismo, es más sugestiva de EP que de AMS.

# CASO 2



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- Desde 2017 toma todo triturado por disfagia.
- Pérdida de peso progresiva r/c atragantamientos frecuentes.
- A pesar de estar con 6 tomas de levodopa/día, mal control con deterioros caracterizados por intensa rigidez y alteración de la marcha.

# CASO 2



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

- Candidato a Terapias avanzadas 2018.
- Se realizó test de Apomorfina febrero 2018: capacidad de respuesta máxima, (no buen candidato a Apomorfina por antecedentes).
- Test de Duodopa prolongado en mayo 2018 con franca mejoría síntomas.
- Colocación de PEG en junio con sonda de 20 Fr.
- Estudio de videofluoroscopia agosto 2018.



# CASO 2

## TRATAMIENTO NUTRICIONAL:

Nutrición enteral por gastrostomía por riesgo de aspiración, deglución no segura ni eficaz.

Isosource protein 1500 al día, en 5 tomas de 300 cc cada una. 30ml agua antes y después de cada toma.

Agua para hidratar 200cc /6h. aumentar si precisa.

Omeprazol en solución o cambiar a Esomeprazol para admon. por PEG. Se recomienda cambiar sinemet retard a Sinemet inmediata para admon. por PEG.

Gobierno de La Rioja Consejería de Salud www.larioja.org		Avda. Viena, 1 26001 Logroño, La Rioja Teléfono: 941 267310 Fax: 941.249446 Citaciones / Gestión pacientes: 941.29.73.05	
		Fundación Rioja Salud Hospital de La Rioja	
Apell.1: [redacted] Apell.2: [redacted] N°Rgto.: 23783888 Fecha Nac.: 29/04/1958 N°SS: [redacted]		Nombre: [redacted] N°HC: [redacted] Edad: 60 Años Sexo: Hombre N° Tarjeta: [redacted]	
Rehabilitación		Informe de Consulta	
Servicio: REHABILITACIÓN Médico: [redacted]		Domicilio: CTRA DE ARAS,, 2 2 VIANA NAVARRA CP: 261230 Titulo: [redacted]	
Fecha primera consulta: 12/12/2014 Proceso: CEX Rehabilitación, Logopedia.		Profesión: [redacted]	

**RESUMEN CLÍNICO:**  
 Varón de 60 años con enfermedad de Parkinson que acude para valoración videofluoroscópica de la deglución.  
 Se alimenta actualmente por vía oral con alimentos tipo pudín. Tomo los líquidos vía oral espesados a consistencia pudín.  
 Cuando ha intentado alimentos homogéneos refiere atragantamientos. Localiza stop en región media del cuello.  
 Pérdida de peso de unos 5 kg en los últimos 6 meses. Niega infecciones respiratorias en el último año.  
 Realiza auto alimentación y dice tardar unos 40 minutos en completar comida principal.

**VIDEOfLUOROSCOPIA DEGLUCIÓN:**  
 Se realiza videofluoroscopia el 16/8/18 con contraste baritado espesado a consistencia pudín, néctar y líquido. Se preparan volúmenes de 5-10-20cc. Se inicia la prueba con néctar, se prosigue con pudín y se finaliza con líquido.  
 El paciente se coloca en sedestación en una silla. Administra los bolos la auxiliar de rayos.  
**FASE ORAL.**  
 Fragmentación de todos los bolos ensayados. NO residuo oral  
**FASE FARÍNGEA.**  
 Buen sellado velofaríngeo. Gran acúmulo en vallécula y mayor senos piriformes con penetración a vía aérea sin tos con bolo de 5 y 10cc de pudín y aspiración postdeglutoria franca sin tos con bolo de 5cc de néctar. Es incapaz de limpiar los acumulos en recessos faríngeos con degluciones espontaneas ni dirigidas. Finalizamos con 5cc de agua intentando mejorar la limpieza de dichos recessos presentando entonces penetración a vía aérea.  
 Destaca disminución de la contracción faríngea que es más evidente con el bolo pudín.

**DIAGNÓSTICO:**  
 DISFAGIA MODERADA SEVERA SEGÚN ESCALA DE SEVERIDAD DE DISFAGIA (O'NEAL 1999)

**PLAN.**  
 El paciente presenta una deglución insegura de los bolos de pudín, los líquidos y el néctar.  
 Se recomienda valoración por endocrinología y nutrición para posible inicio de alimentación por PEG.  
 Sera revisado en consulta externa de RHB.

	Medicamento
10/12/2018	OMEPRAZOL OMEPRAZOL CINFAMED 20MG 56 CAPS DURAS GASTRORESIST
23/10/2018	COMPLETA POLIMERICA HIPERPROT HIPERCALORIC ISOSOURCE PROTEIN 12 SMARTFLEX 500 ML NEUTRO
	OMEPRAZOL

# CASO 2



## EVOLUCIÓN:

- A los 20 días nos llama por empeoramiento motor generalizado, no es capaz de realizar las actividades que antes realizaba.

## QUE ESTÁ OCURRIENDO??

- La dieta hiperprotéica compite con la Duodopa y no le está haciendo efecto.

# CASO 2



## PLAN DE ACTUACIÓN:

- Valoración del estado nutricional (servicio de nutrición en coordinación con neurología).
- Conserva buen estado nutricional.
- Sin clínica sugestiva de broncoaspiración.
- Mantiene dieta oral triturada.
- Medidas contra el estreñimiento.
- Aporte hídrico a través de la sonda (luz morada).
- Recomendaciones posturales, ejercicios para fortalecer musculación e ingestas lentas.
- [..\Duodopa20Fr.MP4](#)

# CONCLUSIONES



- La terapia con Duodopa a través de la sonda de 20 Fr es de primera elección en casos de disfagia severa.
- Conviene reevaluar a los pacientes portadores de sonda de Duodopa de 15 Fr al programar un recambio.
- Es aconsejable la evaluación nutricional del paciente en coordinación con el servicio de nutrición y neurología.
- Con la sonda de 20 Fr. se facilita un acceso para un aporte hídrico y nutricional adecuado.
- Si precisara proteínas en la dieta se pueden administrar por la noche, una vez retirada la bomba de Duodopa.
- La enfermera formada en terapias avanzadas es pieza clave para detectar potenciales complicaciones.