

INFORME DE INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE MÉDICOS TRATANTES DE PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA PARA INDICAR INSTALACIÓN DE GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

POR: MARÍA BERNARDITA PORTALES VELASCO

Investigación presentada al Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de Clínica
Alemana - Universidad del Desarrollo durante el Magister Interuniversitario de Bioética
2013-2014

PROFESOR GUÍA:

Dr. Juan Pablo Beca Infante

Octubre, 2014

1. Introducción.

Las demencias se han transformado en uno de los principales problemas a nivel mundial debido al cambio epidemiológico de la población, donde las enfermedades agudo infecto-contagioso han dado paso a patologías crónicas. Chile no está ajeno a este cambio demográfico; “se estima que cerca de 200.000 personas presentan demencia en la actualidad y se proyecta que esta prevalencia se triplicará para el año 2050” (1).

En etapas de demencia avanzada, los cambios en el proceso deglutorio son importantes, con un declive importante en la ingesta oral nutricional. En ocasiones, se aprecia, incluso, una incapacidad del paciente a recibir alimento por vía oral. Las consecuencias de la disfagia o dificultades en la deglución muchas veces provocan malnutrición, deshidratación, aspiración y neumonías que comprometen la salud y las expectativas de vida del paciente que la padece.

Un tipo de alimentación alternativa que asegura la administración de alimentos, líquidos y medicamentos directamente al estómago, es la gastrostomía endoscópica percutánea. En la literatura no existe claridad en relación a los criterios de indicación de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP), y los beneficios que puede aportar a pacientes con demencia avanzada.

En Chile no se han realizado estudios que intenten identificar los criterios que pueden tener los médicos que tratan pacientes con demencia avanzada para sugerir gastrostomía (GTT), por lo tanto, surge la pregunta, que corresponde al problema de investigación.

2. Problema de Investigación

¿Cuáles son los criterios de indicación de gastrostomía percutánea por parte de médicos tratantes de una clínica privada y un hospital público en Santiago de Chile para pacientes con demencia avanzada?

3. Justificación del Problema de Investigación.

Las demencias se han transformado en uno de los principales problemas a nivel mundial debido al cambio epidemiológico de la población, donde las enfermedades agudo infecto-

contagiosas han dado paso a patologías crónicas. “Se ha proyectado la prevalencia de demencia en la población mundial para el año 2020 en el 6,9% de la población, y para el 2040 en el 13,1% (1). Chile no está ajeno a este cambio demográfico, compartiendo características epidemiológicas con países desarrollados, pero no contando con políticas adecuadas a los cambios. “Se estima que cerca de 200.000 personas presentan demencia en la actualidad y se proyecta que esta prevalencia se triplicará para el año 2050 (1).

Los pacientes con demencia comúnmente desarrollan problemas en su alimentación, siendo esta una función vital con un profundo valor social en las distintas culturas (2). La pérdida de esta función incluye un declive severo en la ingesta oral, lo que puede estar relacionado a la pérdida de memoria, resistencia/indiferencia a la ingesta de alimento, y falla en la coordinación de la masticación y deglución del bolo alimenticio (3) o aspiración al momento de deglutir (4). En la población de pacientes con demencia avanzada, la pérdida de peso y la malnutrición que acompañan la disfagia es un signo de la entrada a la fase terminal de esta patología (5). Por lo anterior, muchas veces se plantea la alimentación por Gastrostomía para compensar los efectos de la disfagia en la última etapa de la demencia, pero estudios de resultados sugieren que hay poca o no hay evidencia que la gastrostomía mejore los marcadores nutricionales, reduce la incidencia de neumonía, contribuye a una mejora en las úlceras por presión, o aumenta la expectativa de vida en esta población. Por otro lado, la alimentación por sonda se asocia a efectos negativos como reducción de socialización durante las comidas y aumento en el uso de restricciones físicas (5). Se desconoce el número exacto de PEG instaladas en demencia avanzada, pero se ha visto que existe una tendencia al aumento en la instalación de estas en pacientes con Alzheimer. El aumento de PEG en estos pacientes está para proveer nutrición, hidratación, y para administrar medicamentos con el objetivo, a largo plazo, de mejorar la calidad de vida y la esperanza de vida, sin embargo, los beneficios asociados a la instalación de GTT en pacientes con demencia aún es incierta (3).

A pesar de la amplia literatura que sugiere pequeño o no beneficio asociado a la alimentación por gastrostomía en pacientes en etapa avanzada de demencia, la mayoría de los médicos y otros profesionales de la salud han reportado que ellos creen que la instalación de GTT beneficiaría a estos pacientes (5).

De acuerdo a los resultados de un estudio, realizado por Joseph Shega, cuyo objetivo era entender más acerca de las decisiones de los médicos al recomendar GTT en pacientes con demencia avanzada, se llevó a cabo un cuestionario a médicos de atención primaria, y se observó que existe discordancia entre la literatura sobre los beneficios reales de la GTT y

las opiniones y la práctica médica en la instalación de GTT en pacientes con demencia avanzada; por ejemplo, se observó que la mayoría de los médicos cree que la GTT tendrá efectos positivos como reducir la recurrencia de neumonías aspirativas, mejorar la sobrevida, el estado nutricional y funcional y, disminuir úlceras por presión. También se observó que las características de los pacientes, como estado cognitivo, pronóstico, nivel de funcionalidad, preferencias familiares, entre otras, también influían en la decisión. Las creencias del personal médico, la presión de otros miembros del equipo de trabajo y contratos de salud son aspectos que tienen relación. Más del 60% de los médicos entrevistados cree que los fonoaudiólogos, enfermeras y nutricionistas tienen influencia en la recomendación de alimentación por sonda (6)

Un estudio en base a entrevistas realizadas a familiares de pacientes que tenían GTT, dan importancia al hecho que la calidad de vida de la familia después de la instalación, así como el manejo general del paciente y el tiempo requerido para su cuidado habían mejorado (7).

Muchos factores contribuyen a la decisión del médico de indicar GTT en paciente con demencia avanzada. A pesar de la creciente literatura que sugiere que hay poco o ningún beneficio asociado con la alimentación a través de gastrostomía cuando los pacientes se encuentran en fase terminal de una enfermedad, la mayoría de los médicos y profesionales de la salud han informado que, a su juicio, la gastrostomía beneficiaría a un paciente con demencia avanzada (8). Existe una discrepancia entre la literatura basada en evidencia y los reportes de creencias y práctica de médicos en el uso de alimentación a través de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada (5).

Por lo anterior, el tema a investigar se relaciona a los criterios que tienen los médicos tratantes de pacientes con demencia avanzada para indicar la instalación de gastrostomía percutánea, independiente si se instala por vía endoscópica o radiológica, que son las más usadas en la actualidad.

Se utilizó buscador en Pubmed con las siguientes palabras clave: Dysphagia Dementia PEG

Se utilizó buscador en Google con las siguientes palabras clave: Ethics and Percutaneous Endoscopic Gastrostomy.

4. Objetivos.

a. Objetivo General:

1. Identificar los criterios de indicación de gastrostomía percutánea en pacientes con demencia avanzada por parte de médicos tratantes de una clínica privada y un hospital público de Santiago de Chile.

b. Objetivos Específicos:

1. Describir los criterios de indicación de gastrostomía percutánea en pacientes con demencia avanzada según el tipo de subsistema de salud (privado, público o mixto) en el que se desempeñan los médicos
2. Describir los criterios de indicación de gastrostomía percutánea en pacientes con demencia avanzada según especialidad médica.
3. Determinar si existen diferencias en los criterios de indicación de gastrostomía percutánea en pacientes con demencia avanzada según el subsistema de salud y/o la especialidad de los médicos tratantes

5. Metodología.

a. Tipo de estudio

Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo.

b. Población y muestra

La población del de estudio estuvo compuesta por médicos neurólogos, broncopulmonares, geriatras, y aquellos que realizan turnos en la unidad de pacientes críticos (UCI e intermedio) de la Clínica Alemana de Santiago y del Hospital Padre Hurtado.

No existieron criterios de inclusión ni exclusión. Los médicos sólo debían trabajar en estos dos lugares.

La muestra es no probabilística, correspondiendo a una muestra de voluntarios, donde los médicos contestaron el cuestionario en forma voluntaria. Se entregó el cuestionario a 72 médicos y se logró una muestra de 43 cuestionarios contestados (tasa de respuesta de 59.7%).

c. Variables e Instrumento

Se identifican las siguientes variables: experiencia, conocimiento y práctica de los médicos en relación a la indicación de gastrostomía a pacientes con demencia avanzada.

Cada variable se operacionalizó en preguntas que buscan identificar algunos criterios:

- experiencia de los médicos entrevistados, con 6 preguntas: ¿ha tenido experiencia con pacientes con demencia y alimentación alternativa?, ¿ha atendido pacientes con demencia durante el último año?, ¿ha discutido la instalación de GTT en pacientes con demencia en los últimos dos años?, ¿ha atendido pacientes institucionalizados durante el último año?, ¿ha leído alguna literatura actual sobre GTT y demencia? ¿algún hogar de ancianos o institución le ha solicitado instalación de GTT? Estas preguntas tienen la intención de conocer si los médicos a quienes se les aplicó el cuestionario están familiarizados con el tema y atienden en su práctica pacientes con esta patología.
- conocimiento de los médicos entrevistados, con 6 preguntas relacionadas a la GTT en pacientes con demencia avanzada y recurrencia de neumonía aspirativa, úlceras por presión, sobrevida, estado nutricional, calidad de vida y estado funcional del paciente. También se incluyen 6 preguntas sobre creencias del médico, ¿usted cree que el

paciente sufre hambre y sed cuando deja de comer por vía oral?, ¿ud. cree que la instalación de GTT está dentro del cuidado estándar o debiera formar parte de este?, ¿ud. cree que la demencia avanzada es un diagnóstico fatal?, ¿usted cree que los pacientes con demencia son candidatos a institucionalizarse? y ¿ud. cree que sus creencias religiosas influyen en la decisión de recomendar GTT?

- práctica de los médicos entrevistados, con 17 preguntas que apuntan a si el médico tomó en consideración las voluntades anticipadas del paciente, las preferencias de la familia, el nivel cognitivo del paciente, el pronóstico, el nivel de funcionamiento físico del paciente, la edad, el costo de la GTT, si solicita evaluación por fonoaudiólogo para pacientes con demencia avanzada, si toma en cuenta las recomendaciones del fonoaudiólogo, enfermera/o y/o cuidador/a o las preocupaciones de la casa de reposo para la decisión, si ha sentido riesgo de mala práctica si no sugiere GTT, y, por último, si tiene tiempo para discutir los riesgos y beneficios de la GTT.

Variable	Tipo de Variable	Categorías	Operacionalización
Lugar de trabajo	Dicotómica nominal	Privado / Público-mixto	Completar lugar donde trabaja
Especialidad	Nominal	Geriatría / Broncopulmonar/ Neurología / Internista	Completar especialidad
Años de experiencia	Dicotómica ordinal	Menos de 10 / más de 10	Completar años de experiencia
Indicación de Gastrostomía en el último año	Dicotómica	Si / No	¿Ha indicado gastrostomía en el último año?
Tipo de paciente a quién le indica gastrostomía	Nominal	Paciente con ACV / Paciente con demencia / Paciente con TEC / Paciente con demencia avanzada / Paciente con probable disfagia / Paciente con disfagia evaluado por fonoaudiólogo / Otro	Marcar y completar
Cantidad de GTT indicada en los últimos cinco años	Nominal	Aumentado / disminuido / mantenido	¿En los últimos cinco años, usted ha aumentado, disminuido o mantenido la indicación de GTT?
Experiencia con pacientes con demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha tenido experiencia con pacientes con demencia y alimentación alternativa (SNE, GTT u otro)?
Experiencia con pacientes con demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha atendido pacientes con demencia durante el último año?
Experiencia con pacientes con demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha atendido pacientes institucionalizados durante el último año?
Experiencia con pacientes con demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha discutido la instalación de GTT en pacientes con demencia en los últimos dos años?
Experiencia con pacientes con demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha leído alguna literatura actual sobre GTT y demencia
Experiencia con pacientes con demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Algún hogar de ancianos o institución le ha solicitado instalación de GTT
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada reduce la recurrencia de neumonía aspirativa?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora la curación de

			las úlceras por presión?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora la sobrevida?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora el estado nutricional?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora la calidad de vida?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Totalmente de acuerdo / De acuerdo / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora el estado funcional?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ud cree que el paciente sufre hambre y sed cuando deja de comer por vía oral?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ud cree que la instalación de GTT está dentro del cuidado estándar?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ud. cree que la demencia avanzada es un diagnóstico fatal?
Conocimiento sobre Gastrostomía y demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ud. cree que los pacientes con demencia avanzada son candidatos para institucionalizarse o vivir en hogares de ancianos?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ud. cree que sus creencias religiosas (creencias religiosas del médico) influyen en su decisión sobre recomendar GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en cuenta las voluntades anticipadas o los deseos del paciente?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en consideración las preferencias de la familia?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en consideración el nivel cognitivo del paciente?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en consideración el pronóstico del paciente?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en consideración el funcionamiento físico del paciente?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en consideración la edad del paciente?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Tomó en consideración el costo?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha solicitado la evaluación de deglución por fonoaudiólogo en pacientes con demencia avanzada?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿El fonoaudiólogo le ha recomendado GTT en pacientes con demencia avanzada?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Las recomendaciones del fonoaudiólogo influyen en su decisión?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Las enfermeras/os o cuidadores tienen alguna

avanzada			influencia en su decisión?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Las enfermeras/os o cuidadores influyen en las familias acerca de la instalación de GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿El equipo de nutrición del hospital o clínica donde trabaja rutinariamente recomienda GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Algún hogar de ancianos o institución le ha solicitado instalación de GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Nominal	Enfermera coordinadora / dueño / familia	¿Quién del hogar de ancianos o institución le ha solicitado la instalación de GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Las preocupaciones de la casa de reposo influyen en su decisión de GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ha sentido un riesgo de mala práctica si no se instala la GTT?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	Si ud se siente en riesgo, esto ha influido su decisión?
Práctica de los médicos en relación a GTT en demencia avanzada	Ordinal	Definitivamente si / Probablemente si / Probablemente no / Definitivamente no	¿Ud. tiene tiempo para discutir los riesgos y beneficios de la GTT?

Las preguntas señaladas fueron incluidas en un cuestionario. Este instrumento se basó en un cuestionario aplicado en un estudio de Joseph Shega a médicos de atención primaria en EEUU, que trataba de comprender más acerca de las decisiones de los médicos al recomendar la colocación de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada (6).

Cada variable fue categorizada en medida ordinal o nominal. Para las variables se propusieron dos tipos de escalas de respuestas:

- definitivamente si, probablemente si, probablemente no, definitivamente no y,
- totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo

El cuestionario fue revisado por dos fonoaudiólogas que trabajan en el área de trastornos de deglución en pacientes adultos y luego se aplicó a dos médicos (neurólogos), que no fueron incluidos en la muestra. De acuerdo a sus observaciones se modificaron las instrucciones y algunas preguntas del cuestionario.

El cuestionario tenía una primera parte de instrucciones donde se explicita que la participación es voluntaria, se explica el objetivo de la investigación y se explica que la información que se obtenga será confidencial y sólo para el uso de este trabajo.

d. Metodología

Los cuestionarios fueron impresos y entregados a 74 médicos de la Clínica Alemana de Santiago y del Hospital Padre Hurtado. Las respuestas del cuestionario eran confidenciales, pero llevaba el nombre del médico a quien iba dirigido para evitar repetición (en caso que también hiciera turnos en intermedio o trabajara en la Clínica Alemana y en el Hospital Padre Hurtado). Los cuestionarios se entregaron en la Clínica Alemana en enero del 2014 a la secretaria de las consultas que trabaja con broncopulmonares y geriatras. En marzo del 2014 se entregó a la secretaria de Neurología de la Clínica Alemana y a la secretaria de Unidad de Paciente Crítico, quienes le informaron y entregaron a los médicos el cuestionario. En ciertos casos, se siguió insistiendo personalmente a algunos médicos para que lo contestaran hasta abril. En 7 casos, se enviaron por mail, 3 de ellos a solicitud de los propios médicos para facilitar su completación. En el Hospital Padre Hurtado, las internas de fonoaudiología, entregaron personalmente a neurólogos y médicos de turno de Unidad de paciente crítico en marzo del mismo año.

e. Análisis de resultados

El análisis estadístico se realizó usando el programa SPSS versión 20.

Se consideraron dos niveles de análisis. En primer lugar, se desarrolló un análisis univariado, calculándose frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Luego se llevó a cabo un análisis bivariado, comparando los datos obtenidos según dos variables de interés: la especialidad y el lugar de trabajo.

Para la variable especialidad, se agruparon las especialidades en Medicina Interna y Neurología. Por su parte, para el lugar de trabajo, si bien se definieron previamente tres categorías: sistema privado, público y mixto, luego, debido a la baja frecuencia de quienes correspondían sólo al sistema público, se decidió colapsar esta categoría con mixto, lo que favoreció el análisis

En el caso específico de las creencias, se agregó como variable de análisis los años de experiencia de los médicos (agrupado en menos de 10 años y más de 10 años), con el objetivo de identificar si los años de experiencia se relacionaban estadísticamente con las opiniones.

Respecto a la escala de respuesta de la mayoría de las preguntas de opinión, se decidió unir las respuestas afirmativas (definitivamente sí, probablemente sí) y aquellas negativas (probablemente no y definitivamente no), generando una escala dicotómica (“sí/no”), para facilitar su análisis bivariado.

En este nivel de análisis se generaron tablas de contingencia, aplicándose las pruebas de Fisher o de Chi cuadrado para evaluar diferencias entre los grupos, considerándose un α de 0,05.

En una segunda etapa de análisis y revisión de resultados, se jerarquizaron los mismos y se destacaron los más relevantes, sólo se detalla el análisis en los casos en aparezcan diferencias significativas de Chi-cuadrado o Fisher con $p \leq 0.05$. Así también, se eliminaron algunas preguntas en el análisis de resultados por ser poco claras de acuerdo a lo manifestado por algunos participantes, las que corresponden a: ¿Ud. cree que la demencia avanzada es un diagnóstico fatal?, ¿Ud. piensa que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora la calidad de vida?. También se eliminó ¿quién del hogar de ancianos o institución le ha solicitado la instalación de GTT? por tener muy baja tasa de respuesta.

f. Aspectos éticos.

El proyecto de investigación junto con el cuestionario fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana el 16 de enero de 2014.

Se presentó el proyecto y cuestionario al director del Hospital Padre Hurtado en enero y se obtuvo su aprobación para su posterior aplicación el 14 de marzo de 2014.

El estudio resguardó la voluntariedad de la participación y el anonimato de las respuestas de los participantes.

6. Resultados.

Descripción de la muestra:

Se entregaron 74 cuestionarios, de las que sólo contestaron 43 y 2 la devolvieron sin completar ya que estos médicos contestaron que no atienden pacientes con demencia. De manera que la tasa de devolución contestada corresponde al 58,1%, pero si se considera un total de 72 cuestionarios (descontando los que fueron devueltos sin completar), la tasa de devolución corresponde al 59,7%.

Entre los médicos que contestaron se registran: 2 geriatras (4,7%), 20 neurólogos (46,5%), 5 broncopulmonares (11,6%), 16 internistas (37,2%). Al agruparlos por especialidad, el 53,5% de la muestra corresponde a médicos con especialidad en medicina interna y el 46,5 a neurólogos (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Especialidad de Médicos

Especialidad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Geriatría	2	4.7	4.7
Neurología	20	46.5	51.2
Broncopulmonar	5	11.6	62.8
Internista	13	30.2	93.0
Medicina intensiva	3	7.0	100.0
Total	43	100.0	
Especialidad Agrupada			
Especialidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina interna	23	53.5	53.5
Neurología	20	46.5	100.0
Total	43	100.0	

Se clasificó el lugar de trabajo de los profesionales en subsistema de salud público, privado y mixto. Del total, el 53,5 se desempeña en el subsistema privado; el 9,3% en el subsistema público, y el 37,2% en clínicas del sector privado y hospitales públicos del servicio de salud. Al agrupar el subsistema público junto con el mixto dio como resultado que el 46.5% corresponde al subsistema mixto/público y el 53.5% de la muestra corresponde al subsistema privado. (Tabla 2).

Tabla 2. Lugar de trabajo

Lugar de trabajo			
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sistema Privado	23	53.5	53.5
Sistema Público	4	9.3	62.8
Mixto	16	37.2	100.0
Total	43	100.0	

Lugar de trabajo			
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sistema Privado	23	53.5	53.5
Sistema Público/Mixto	20	46.5	100
Total	43	100	

En relación a los años de experiencia de los médicos participantes, el 41,9% tiene menos de 10 años de experiencia y el 58,1% más de 10 años. (Tabla 3)

La tabla 3 es un resumen de las características de los médicos que participaron contestando el cuestionario del estudio.

Tabla 3. Resumen de Características de los Médicos Participantes

Características	Porcentaje
Género	
Mujeres	44.2%
Hombres	55.8%
Lugar de trabajo	
Privado	53.5%
Público/Mixto	46.5%
Especialidad	
Medicina Interna	53.5%
Neurólogos	46.5%
Años de experiencia	
Menos de 10 años	41.9%
Más de 10 años	58.1%

Los resultados se describirán de acuerdo a las variables consideradas. Se jerarquizó la información, por lo que a continuación se detallarán aquellos resultados relevantes:

1. Experiencia de médicos con demencia y alimentación alternativa por sonda:

Los resultados de estas variables se agruparon en si/no, porque la finalidad era conocer si los médicos entrevistados estaban familiarizados con el tema y si atendían pacientes con demencia.

1.a. Indicación de gastrostomía.

Entre los aspectos generales cuestionados, se obtuvo que el 76,7% ha indicado GTT en el último año, mientras que el 23,3% no lo ha hecho. (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de Indicación de Gastrostomía en el último año

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	33	76.7	76.7
No	10	23.3	100
Total	43	100	

Entre los que han indicado GTT (un profesional entrevistado no ha indicado GTT, por lo que el total disminuye a 42), se observa una tendencia a mantener la indicación de GTT en los últimos 5 años (66,7%) (Tabla 6), sin observarse diferencias entre los subsistemas de salud (Tabla 7) ni por especialidad de los médicos (Tabla 8), ni tampoco por los años de experiencia de los entrevistados (Tabla 9).

Al preguntar a qué tipo de pacientes le indican gastrostomía, el 51.2% de los médicos que participaron en el estudio, marcan la alternativa de “pacientes con demencia avanzada”, en dos casos, la respuesta es poco clara, pero se interpreta como que no lo sugieren a este tipo de pacientes. (Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia en Indicar Gastrostomía a Pacientes con Demencia Avanzada

Indicación de GTT a Pctes con Demencia Avanzada			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
si	22	51.2	51.2
no	21	48.8	100.0
Total	43	100.0	

Tabla 6. Frecuencia de Indicación de Gastrostomía en los últimos 5 años

Indicación de gastrostomía en últimos 5 años			
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aumentado	7	16.7	16.7
Disminuido	7	16.7	33.3
Mantenido	28	66.7	100.0
Total	42	100.0	

Tabla 7. Lugar de Trabajo Agrupado e Indicación de Gastrostomía en los últimos 5 años

			GTT en últimos 5 años			Total
			Aumentado	Disminuido	Mantenido	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	5	3	14	22
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	22.7%	13.6%	63.6%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	2	4	14	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	10.0%	20.0%	70.0%	100.0%
Total		Recuento	7	7	28	42
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	16.7%	16.7%	66.7%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.513

Tabla 8. Especialidad Agrupada e Indicación de Gastrostomía en Últimos 5 años

			Indicación de GTT en últimos 5 años			Total
			Aumentado	Disminuido	Mantenido	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	5	4	13	22
		% dentro de Especialidad	22.7%	18.2%	59.1%	100.0%
	Neurología	Recuento	2	3	15	20
		% dentro de Especialidad	10.0%	15.0%	75.0%	100.0%
Total		Recuento	7	7	28	42
		% dentro de Especialidad	16.7%	16.7%	66.7%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.477

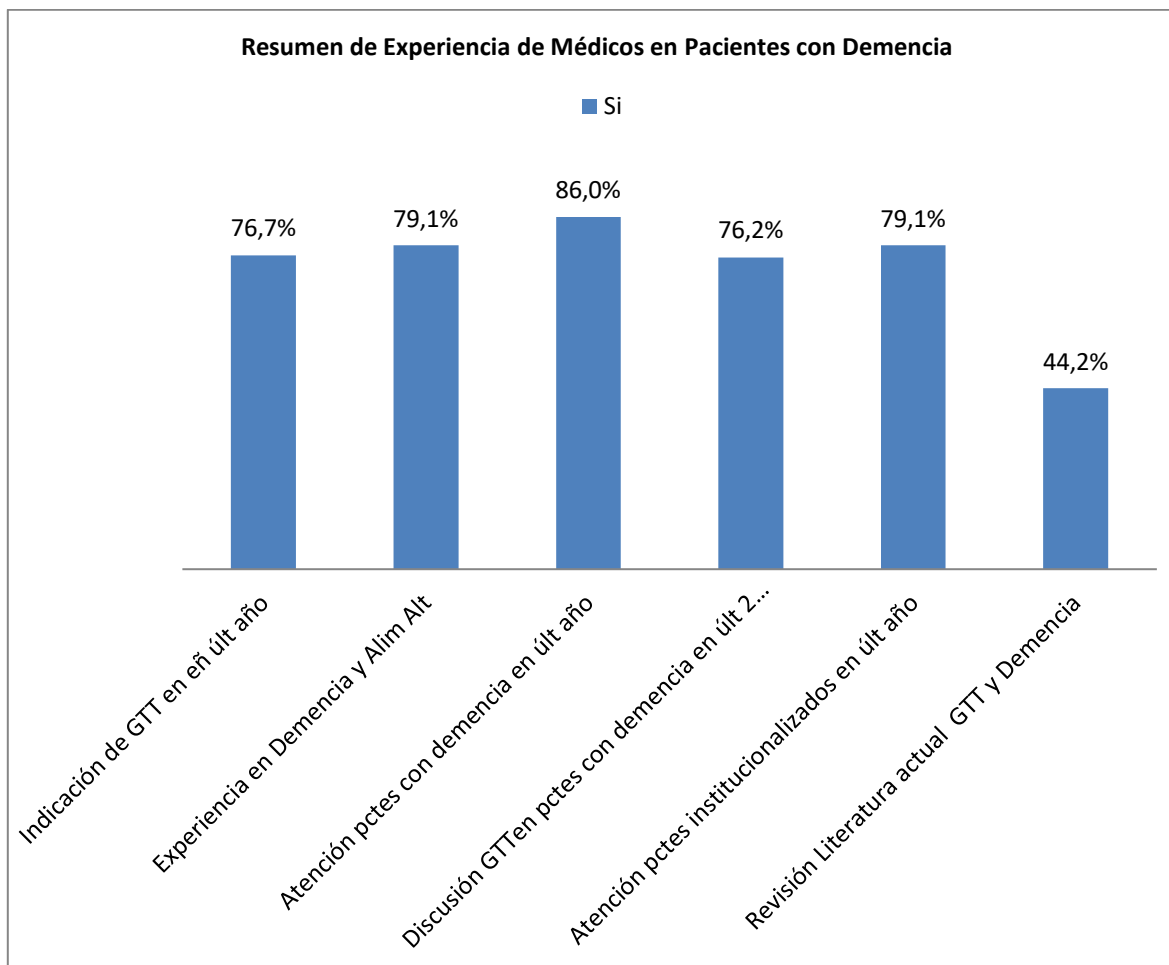
Tabla 9. Indicación de Gastrostomía en los últimos 5 años según años de experiencia

			GTT en últimos 5 años			Total
			Aumentado	Disminuido	Mantenido	
Años Experiencia	Menos de 10	Recuento	2	4	11	17
		% dentro de Años Experiencia	11.8%	23.5%	64.7%	100.0%
	Más de 10	Recuento	5	3	17	25
		% dentro de Años Experiencia	20.0%	12.0%	68.0%	100.0%
Total		Recuento	7	7	28	42
		% dentro de Años Experiencia	16.7%	16.7%	66.7%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.539

1b. Otras variables sobre Experiencia en Demencia

Gráfico1. Resumen de Experiencia de Médicos en Pacientes con Demencia



El 79,1% ha tenido experiencia con pacientes con demencia y alimentación alternativa

El 86% de los médicos entrevistados ha atendido pacientes con demencia en el último año.

El 79.1% de los médicos que participaron en el estudio han atendido pacientes institucionalizados durante el último año.

El 44,2% señala haber revisado literatura actual sobre gastrostomía y demencia. La mayoría de los entrevistados (55,9%) no ha revisado el tema. No hubo diferencias significativas en ninguna de estas variables en relación al lugar de trabajo ni a la especialidad de los médicos.

El 76,2% de los médicos ha discutido la instalación de gastrostomía en pacientes con demencia en los últimos dos años, mientras que sólo el 23,8% no lo ha hecho.

Al preguntar con quién realizan esta discusión, 8 médicos no contestan, por lo que del total de 35 respuestas, el 48,6% discute con el equipo de salud y la familia. (Tabla 10). No se observan diferencias significativas en las respuestas al analizar por subsistema de salud (Tabla 11) ni por especialidad (Tabla 12).

Tabla 10. Frecuencia de Con quién ha discutido la instalación de Gastrostomía

Con quién ha discutido la instalación de GTT			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Equipo de salud	5	14.3	14.3
Familia	8	22.9	37.1
Equipo de salud + Paciente + Familia	5	14.3	51.4
Equipo de salud + Familia	17	48.6	100.0
Total	35	100.0	

Tabla 11. Lugar de Trabajo Agrupado y Con Quién Discute instalación de Gastrostomía

	Con quién ha discutido instalación de GTT				Total		
	Equipo de salud	Familia	Todos los anteriores	Equipo de salud + Familia			
Lugar Trabajo Agrupado	privado	Recuento	2	5	3	7	17
		% dentro de Lugar Trabajo	11.8%	29.4%	17.6%	41.2%	100.0%
	publico/mixto	Recuento	3	3	2	10	18
		% dentro de Lugar Trabajo	16.7%	16.7%	11.1%	55.6%	100.0%
Total		Recuento	5	8	5	17	35
		% dentro de Lugar Trabajo	14.3%	22.9%	14.3%	48.6%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.705

En ambos grupos de especialidades, la mayoría de las respuestas se concentra en que discuten con el equipo de salud y la familia. Entre los neurólogos, un 35.7% señala que lo discute sólo con la familia, mientras que entre los internistas, sólo el 14.3% . (Tabla 12)

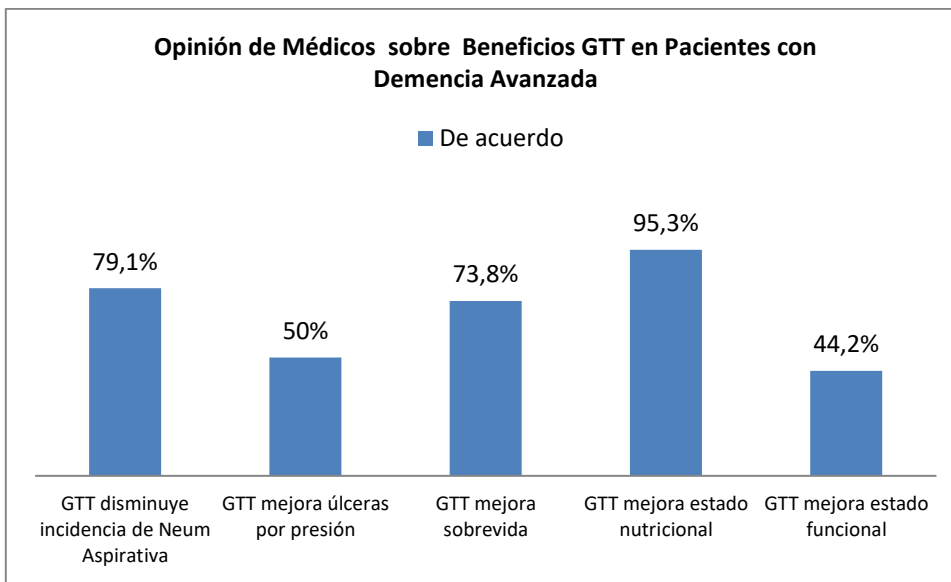
Tabla 12. Especialidad Agrupada y Con Quien Discute instalación de Gastrostomía

			Con Quien ha Discutido instalación de GTT				Total
			Equipo de salud	Familia	Eq salud + flia + pcte	Equipo de salud + Familia	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	3	3	4	11	21
		% dentro de Especialidad	14.3%	14.3%	19.0%	52.4%	100.0%
	Neurología	Recuento	2	5	1	6	14
		% dentro de Especialidad	14.3%	35.7%	7.1%	42.9%	100.0%
Total		Recuento	5	8	5	17	35
		% dentro de Especialidad	14.3%	22.9%	14.3%	48.6%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.444

2. Frecuencia de Respuestas de médicos sobre Opinión de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada:

Gráfico 2. Opiniones de Médicos sobre Beneficios de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada



El 79,1% cree que la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada disminuye la recurrencia de neumonía aspirativa.

Entre los médicos que contestaron esta pregunta (42 de 43 participantes) el 50% está de acuerdo en que la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada mejora la curación de las úlceras por presión.

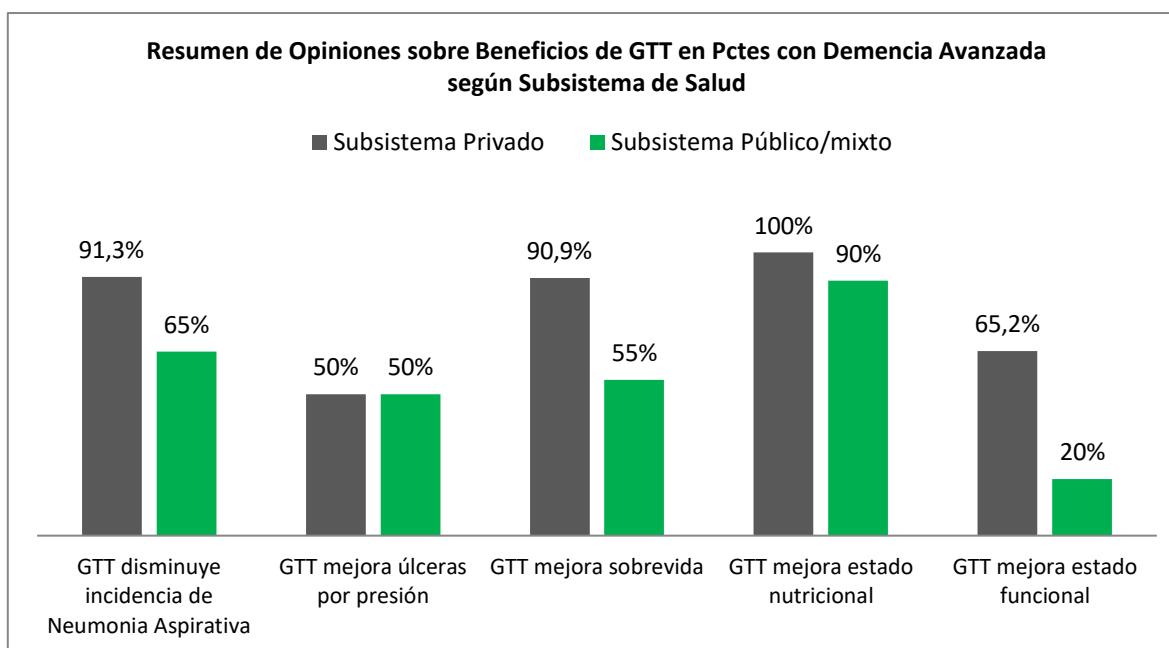
El 73.8% de los médicos que contestaron esta pregunta (42 médicos) está de acuerdo con la afirmación que plantea que la gastrostomía mejora la sobrevida de los pacientes con demencia avanzada.

El 95.3% de los médicos que participaron está de acuerdo en que la gastrostomía mejora el estado nutricional en pacientes con demencia avanzada.

Entre los médicos participantes, el 44.2% está de acuerdo en creer que la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada mejora el estado funcional y el 55.8% en desacuerdo.

2.b. Análisis bivariado de Subsistema de salud y Opinión sobre Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada

Gráfico3. Resumen de Opiniones sobre Beneficios de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada según Subsistema de Salud.



Incidencia de Neumonía Aspirativa

Al analizar desde el lugar de trabajo, existe una diferencia significativa ($p=0.034$) entre ambos grupos al agrupar las respuestas en “acuerdo/en desacuerdo”. El 91.3% de los médicos que trabajan en el subsistema privado está de acuerdo en que la GTT en pacientes con demencia avanzada disminuye la incidencia de neumonía aspirativa, específicamente un 52.2% está totalmente de acuerdo; entre los médicos que trabajan en el subsistema público/mixto, el 65 % está de acuerdo con esta afirmación, pero dentro de estos sólo el 10% está totalmente de acuerdo con la afirmación. Cabe destacar que entre los médicos que se desempeñan sólo en el subsistema privado no hay ninguno que esté en total desacuerdo, mientras que el 20% de los médicos del subsistema público/mixto están totalmente en desacuerdo. (Tabla 13a y 13b).

En el subsistema privado el 8.7% está en desacuerdo, mientras en el subsistema público/mixto el 35% opina así. (Tabla 13a y 13b).

Tabla 13a. Lugar Trabajo y Gastrostomía Disminuye Incidencia de Neumonía Aspirativa

			GTT Disminuye Incidencia de Neumonía Aspirativa		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	21	2	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	91.3%	8.7%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	13	7	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	65.0%	35.0%	100.0%
Total		Recuento	34	9	43
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	79.1%	20.9%	100.0%

Fisher p=0.034

Tabla 13b. Lugar Trabajo y Gastrostomía Disminuye Incidencia de Neumonía Aspirativa

			GTT Disminuye Incidencia de Neumonía Aspirativa				Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	12	9	2	0	23
		% dentro de Lugar Trabajo	52.2%	39.1%	8.7%	0.0%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	2	11	3	4	20
		% dentro de Lugar Trabajo	10.0%	55.0%	15.0%	20.0%	100.0%
Total		Recuento	14	20	5	4	43
		% dentro de Lugar Trabajo	32.6%	46.5%	11.6%	9.3%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.010

Curación de úlceras por presión

Al analizar desde el lugar de trabajo, no hay diferencias entre ambos sistemas de trabajo; ya que en ambos grupos el 50% está de acuerdo y el 50% restante está en desacuerdo con esta creencia. (Tabla 14)

Tabla 14. Lugar Trabajo Agrupado y Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada Mejora Curación de Úlceras por Presión

			GTT Mejora Úlceras por Presión		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	11	11	22
		% dentro de Lugar Trabajo	50.0%	50.0%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	10	10	20
		% dentro de Lugar Trabajo	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Recuento	21	21	42
		% dentro de Lugar Trabajo	50.0%	50.0%	100.0%

Fisher p=1.0

Sobrevida

En relación al lugar de trabajo de los profesionales, entre aquellos que contestan esta pregunta, se observan diferencias significativas: el 90.9% de los médicos que trabajan sólo en el subsistema privado de salud consideran que la gastrostomía mejora la sobrevida en los pacientes con demencia avanzada, mientras que el 55% de aquellos trabajan en el subsistema público/mixto están de acuerdo. (Tabla 15a)

Al desglosar las respuestas se ve que: en el subsistema privado el 31.8% está totalmente de acuerdo y el 59.1% de acuerdo con esta opinión, en el subsistema público/mixto sólo el 5% está totalmente de acuerdo y el 50% de acuerdo. En el subsistema privado sólo el 9.1% está en desacuerdo, mientras que en el público/mixto el 25% está en desacuerdo y el 20% está totalmente en desacuerdo con esta afirmación. (Tabla 15b)

Tabla 15a. Lugar Trabajo Agrupado y Gastrostomía Mejora la Sobrevida en Pacientes con Demencia Avanzada

			GTT Mejora Sobrevida		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Lugar Trabajo	privado	Recuento	20	2	22
Agrupado	Privado	% dentro de Lugar Trabajo	90.9%	9.1%	100.0%
Mixto	publico/mixto	Recuento	11	9	20
		% dentro de Lugar Trabajo	55.0%	45.0%	100.0%
Total		Recuento	31	11	42
		% dentro de Lugar Trabajo	73.8%	26.2%	100.0%

Fisher p=0.008

Tabla 15b. Lugar Trabajo y Gastrostomía Mejora la Sobrevida en pacientes con demencia avanzada

			GTT Mejora Sobrevida				Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Lugar Trabajo	Privado	Recuento	7	13	2	0	22
Agrupado	Privado	% dentro de Lugar Trabajo	31.8%	59.1%	9.1%	0.0%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	1	10	5	4	20
		% dentro de Lugar Trabajo	5.0%	50.0%	25.0%	20.0%	100.0%
Total		Recuento	8	23	7	4	42
		% dentro de Lugar Trabajo	19.0%	54.8%	16.7%	9.5%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.018

Estado Nutricional

Se observa que tanto los médicos que se desempeñan en el subsistema privado de salud como aquellos que lo hacen en el subsistema público/mixto, están de acuerdo con afirmar que la gastrostomía mejora el estado nutricional de los pacientes con demencia avanzada (100% y 90% respectivamente). (Tabla 16)

Tabla 16. Lugar Trabajo Agrupado y Gastrostomía en pacientes con demencia avanzada Mejora el Estado Nutricional

			GTT Mejora Estado Nutricional		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Lugar Trabajo	Privado	Recuento	23	0	23
		% dentro de Lugar Trabajo	100.0%	0.0%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	18	2	20
		% dentro de Lugar Trabajo	90.0%	10.0%	100.0%
Total		Recuento	41	2	43
		% dentro de Lugar Trabajo	95.3%	4.7%	100.0%

Fisher p=0.120

Estado funcional

Al agrupar las respuestas en “de acuerdo/desacuerdo”, existe una diferencia significativa entre ambos grupos de desempeño. El 65.2% de aquellos médicos que trabajan sólo en el subsistema privado están de acuerdo con que la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada mejora el estado funcional, mientras que el 20% de los que trabajan en el subsistema público/mixto opinan de esta forma. El 80% de los médicos entrevistados que trabajan en el sistema público/mixto están en desacuerdo. (Tabla 17a)

Al desglosar las respuestas en relación al lugar de trabajo, existen diferencias significativas (p= 0.027). El 56.5% del subsistema privado está de acuerdo y el 8.7% totalmente de acuerdo en afirmar que la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada mejora el estado funcional. En el subsistema público/mixto el 5% está totalmente de acuerdo y el 15% de acuerdo. En el subsistema privado el 30.4% está en desacuerdo y el 4.3% totalmente en desacuerdo, mientras que en el subsistema público/mixto, el 65% está en desacuerdo y el 15% totalmente en desacuerdo. (Tabla 17b).

Tabla 17a. Lugar Trabajo agrupado y Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada Mejora el Estado Funcional

			GTT Mejora Estado Funcional		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	15	8	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	65.2%	34.8%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	4	16	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Recuento	19	24	43
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	44.2%	55.8%	100.0%

Fisher p=0.003

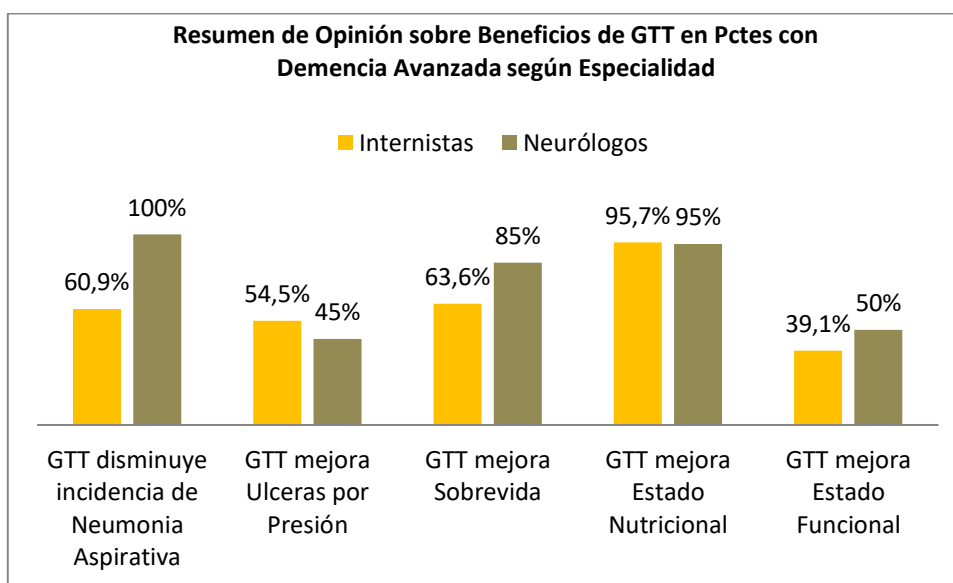
Tabla 17b. Lugar Trabajo agrupado y Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada Mejora el Estado Funcional

			GTT Mejora Estado Funcional				Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	2	13	7	1	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	8.7%	56.5%	30.4%	4.3%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	1	3	13	3	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	5.0%	15.0%	65.0%	15.0%	100.0%
Total		Recuento	3	16	20	4	43
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	7.0%	37.2%	46.5%	9.3%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.027

2.c. Análisis bivariado de Especialidad médica y Opinión de GTT en pacientes con demencia avanzada

Gráfico 4. Resumen de Opiniones sobre Beneficios de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada según Especialidad



Incidencia de Neumonía Aspirativa

En la tabla 23b, se observa una diferencia significativa: el 100% de los neurólogos está de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 60.9% de los internistas está de acuerdo. Si se desglosa, se observa que entre los internistas hay diferencias de opinión respecto de este aspecto, incluso el 17,4% está totalmente en desacuerdo. (Tabla 18a y 18b).

Tabla 18a. Especialidad y Gastrostomía en pacientes con demencia avanzada disminuye incidencia de Neumonía Aspirativa

			GTT disminuye incidencia de Neumonía Aspirativa		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento % dentro de Especialidad	14 60.9%	9 39.1%	23 100.0%
	Neurología	Recuento % dentro de Especialidad	20 100.0%	0 0.0%	20 100.0%
Total		Recuento % dentro de Especialidad	34 79.1%	9 20.9%	43 100.0%

Fisher p=0.002

Tabla 18b. Especialidad y Gastrostomía en pacientes con demencia avanzada disminuye incidencia de Neumonía Aspirativa

			GTT disminuye incidencia de Neumonía Aspirativa				Total
			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento % dentro de Especialidad	5 21.7%	9 39.1%	5 21.7%	4 17.4%	23 100.0%
	Neurología	Recuento % dentro de Especialidad	9 45.0%	11 55.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 100.0%
Total		Recuento % dentro de Especialidad	14 32.6%	20 46.5%	5 11.6%	4 9.3%	43 100.0%

Chi-cuadrado p=0.017

Si se desglosa por especialidad, se observa diferencias significativas en la opinión por especialidad de esta variable. Ningún geriatra está en acuerdo con que la gastrostomía disminuye la incidencia de neumonía aspirativa en este tipo de pacientes, entre los broncopulmonares el 60% está de acuerdo, entre los neurólogos, el 100% opina de esta forma y entre los internistas el 68.8% considera que la gastrostomía disminuye la incidencia de neumonía aspirativa (Tabla 18c).

Tabla 18c. Especialidad desglosada y Gastrostomía en pacientes con demencia avanzada disminuye incidencia de Neumonía Aspirativa

			GTT Disminuye Incidencia de Neumonía Aspirativa		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Especialidad	Geriatras	Recuento % dentro de Especialidad	0 0.0%	2 100.0%	2 100.0%
	Broncopulmonares	Recuento % dentro de Especialidad	3 60.0%	2 40.0%	5 100.0%
Neurólogos	Recuento % dentro de Especialidad	20 100.0%	0 0.0%	20 100.0%	
	Internistas	Recuento % dentro de Especialidad	11 68.8%	5 31.3%	16 100.0%
Total		Recuento % dentro de Especialidad	34 79.1%	9 20.9%	43 100.0%

Chi-cuadrado p=0,002

Curación de Úlceras por Presión

Si se considera la especialidad, tanto los especialistas en medicina interna como los neurólogos están de acuerdo con dicha creencia (54.5% y 45% respectivamente) (Tabla 19).

Tabla 19. Especialidad Agrupada y Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada Mejora Curación de Úlceras por Presión

			GTT Mejora Úlceras por Presión		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Especialidad Agrupada	Medicina	Recuento	12	10	22
	Interna	% dentro de Especialidad	54.5%	45.5%	100.0%
	Neurología	Recuento	9	11	20
		% dentro de Especialidad	45.0%	55.0%	100.0%
Total		Recuento	21	21	42
		% dentro de Especialidad	50.0%	50.0%	100.0%

Fisher p=0.537

Sobrevida

Al analizar por especialidad, no se observan diferencias significativas: el 63.6% de los internistas y el 85% de los neurólogos está de acuerdo en que la gastrostomía mejora la sobrevida de los pacientes con demencia avanzada (Tabla 20).

Tabla 20. Especialidad Agrupada y Gastrostomía Mejora la Sobrevida en pacientes con demencia avanzada

			GTT Mejora Sobrevida		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Especialidad Agrupada	Medicina	Recuento	14	8	22
	Interna	% dentro de Especialidad	63.6%	36.4%	100.0%
	Neurología	Recuento	17	3	20
		% dentro de Especialidad	85.0%	15.0%	100.0%
Total		Recuento	31	11	42
		% dentro de Especialidad	73.8%	26.2%	100.0%

Fisher p=0.116

Estado Nutricional

El 95.7% de los internistas y el 95% de los neurólogos está de acuerdo en afirmar que la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada mejora su estado nutricional. (Tabla 21)

Tabla 21. Especialidad Agrupada y Gastrostomía en pacientes con Demencia Avanzada Mejora el Estado Nutricional

			GTT Mejora Estado Nutricional		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Especialidad Agrupada	Medicina	Recuento	22	1	23
	interna	% dentro de Especialidad	95.7%	4.3%	100.0%
	Neurología	Recuento	19	1	20
		% dentro de Especialidad	95.0%	5.0%	100.0%
Total		Recuento	41	2	43
		% dentro de Especialidad	95.3%	4.7%	100.0%

Fisher p=0.919

Estado funcional

En relación a los grupos por especialidad, no hay diferencias significativas en sus respuestas. Se aprecia que el 31.9% de los internistas y el 50% de los neurólogos están de acuerdo en que la gastrostomía mejora el estado funcional en pacientes con demencia avanzada. El 60.9% de los internistas y el 50% de los neurólogos está en desacuerdo. (Tabla 22)

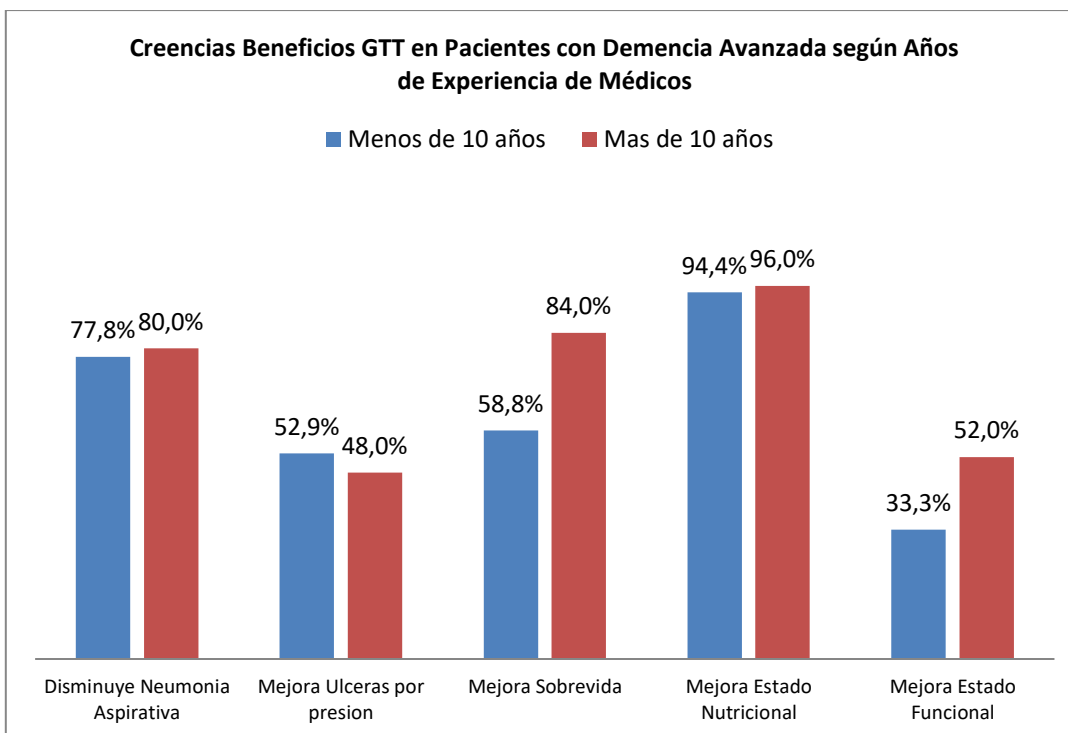
Tabla 22. Especialidad Agrupada y Gastrostomía en Pacientes con demencia avanzada Mejora el Estado Funcional

			GTT Mejora Estado Funcional		Total
			De Acuerdo	En Desacuerdo	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	9	14	23
		% dentro de Especialidad Agrupada	39.1%	60.9%	100.0%
	Neurología	Recuento	10	10	20
		% dentro de Especialidad Agrupada	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Recuento	19	24	43
		% dentro de Especialidad Agrupada	44.2%	55.8%	100.0%

Fisher p=0.474

2.c. Análisis bivariado de Años de Experiencia médica y Opinión de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada

Gráfico 4. Creencias de Beneficios de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada según años de Experiencia de Médicos



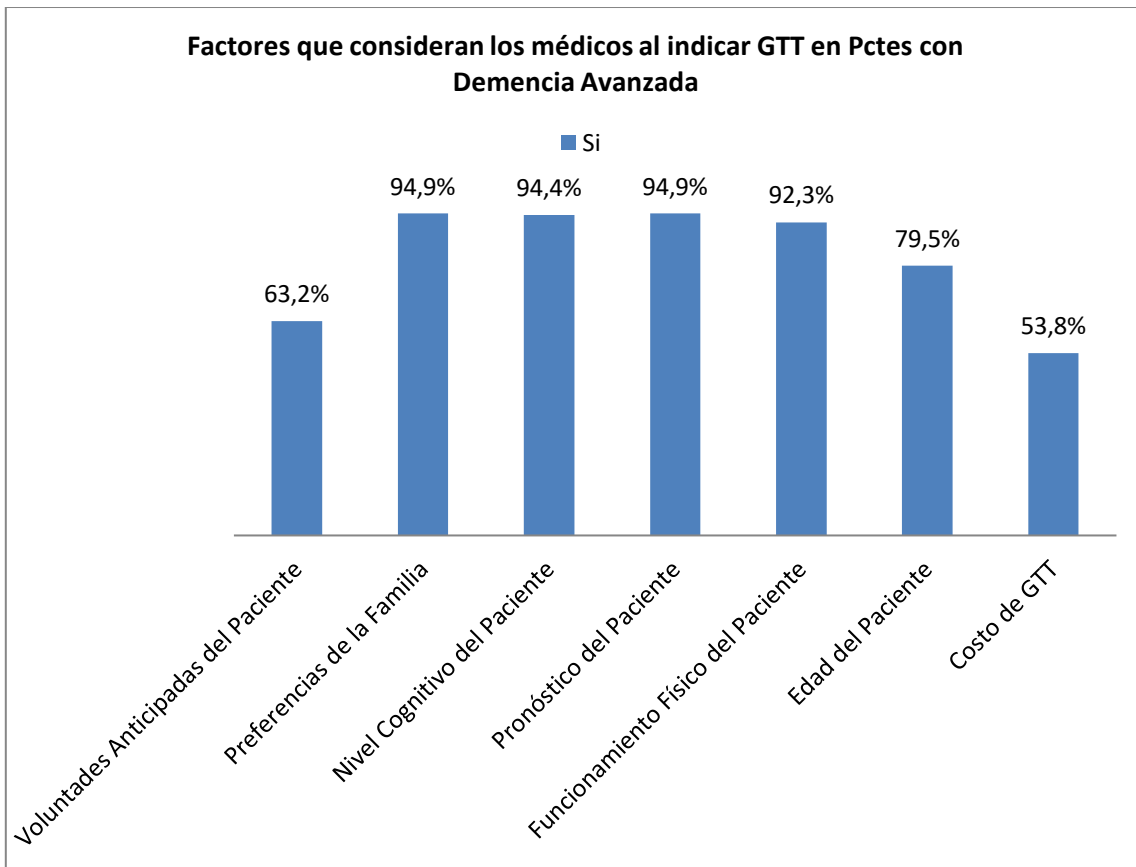
De acuerdo a las respuestas obtenidas, los años de experiencia no influyen en las creencias de los médicos. En ninguna variable se observaron diferencias significativas.

Así, el 77,8% de los médicos con menos de 10 años de experiencia y el 80% con más de 10 años, considera que la GTT en pacientes con demencia avanzada disminuye la recurrencia de neumonía aspirativa. El 52.9% de los médicos con menos de 10 años de experiencia y el 48% con más de 10 años, considera que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora la curación de úlceras por presión. El 58.8% de los médicos con menos de 10 años de experiencia y el 84% con más de 10 años, considera que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora la sobrevida. El 94.4% de los médicos con menos de 10 años de experiencia y el 96% con más de 10 años, considera que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora el estado nutricional. El 33.3% de los médicos con menos de 10 años de experiencia y el 52% con más de 10 años, considera que la GTT en pacientes con demencia avanzada mejora el estado funcional.

3. Práctica de los médicos.

En esta serie de preguntas se les solicita que contesten aquellos médicos que han indicado instalación de GTT en pacientes con demencia avanzada, por lo que, sólo contestan 39 de los 43 participantes.

Gráfico 5. Frecuencia de respuestas sobre factores que consideran los médicos al indicar GTT en Pacientes con Demencia Avanzada

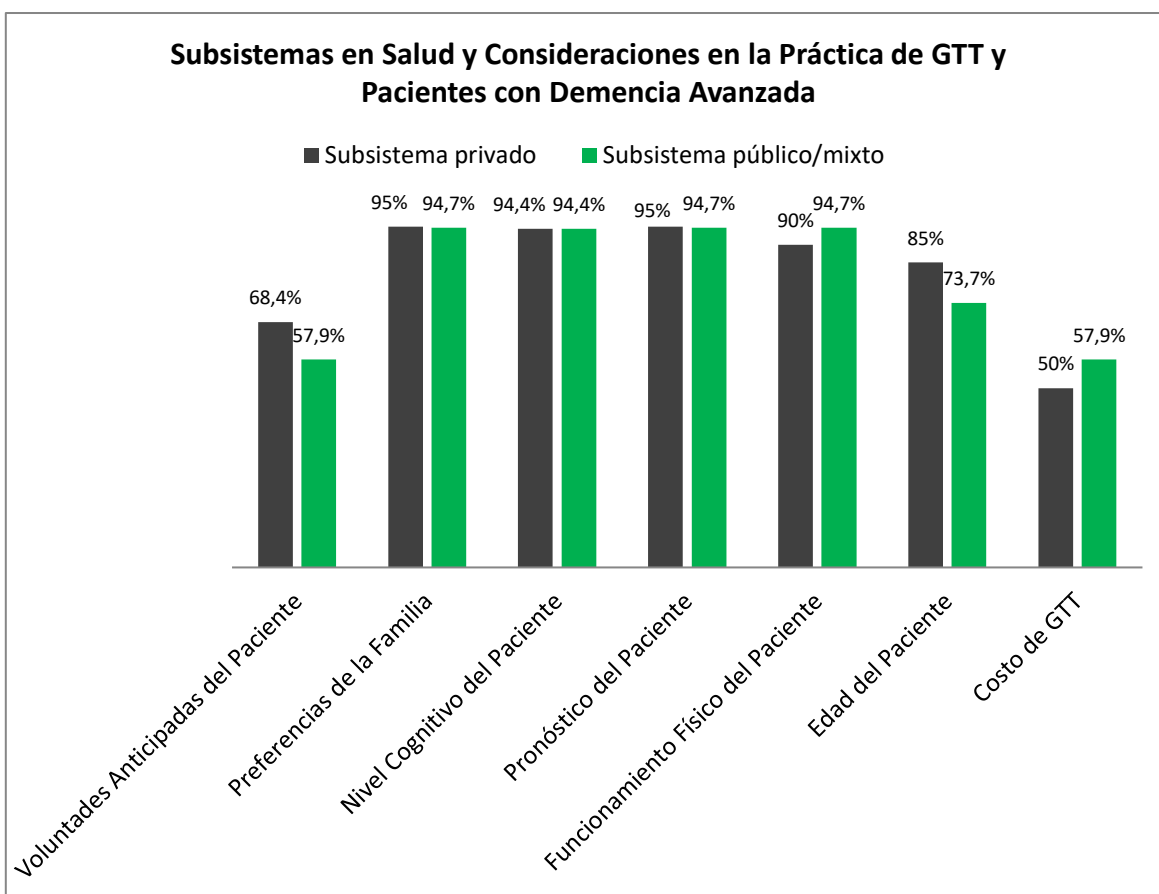


Entre los médicos que han indicado GTT a pacientes con demencia avanzada:

- El 55.8% de los médicos participantes si ha considerado las voluntades anticipadas de los pacientes
- El 94.9% si considera las preferencias de la familia al indicar gastrostomía en pacientes con demencia avanzada.
- El 94.4% considera el nivel cognitivo del paciente al momento de indicar gastrostomía en pacientes con demencia avanzada.
- El 94.9% si consideran el pronóstico del pacientes con demencia avanzada al indicar la gastrostomía.
- El 92.3% considera el funcionamiento físico del paciente con demencia avanzada al momento de indicar gastrostomía
- El 79.5% si ha considerado la edad del sujeto.
- El 53.8% si considera el costo de la gastrostomía al indicarle esta vía de alimentación a un paciente con demencia avanzada.

3.1. Análisis Bivariado de Subsistema de Salud y práctica de médicos

Gráfico 6. Factores que consideran los médicos en su práctica al indicar Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada según Subsistema de Salud



Se ve una distribución similar en los dos grupos de lugares de trabajo: el 68.4% del subsistema privado de salud y el 57.9% del subsistema público/mixto consideran las voluntades anticipadas al momento de indicar gastrostomía en pacientes con demencia avanzada. (Fisher $p=0.501$)

Tanto en el subsistema de salud privado como en el público/mixto un alto porcentaje si considera las preferencias de la familia (95% y 94.7% respectivamente). (Fisher $p=0.970$)

En ambos subsistemas de salud, el 94.4% de los participantes que indican gastrostomía a pacientes con demencia avanzada, sí consideran el nivel cognitivo del paciente y sólo el 5.6% no lo hace. (Fisher $p=1$)

Entre los médicos que se desempeñan en el subsistema privado el 95% considera el pronóstico al momento de indicar gastrostomía a un paciente con demencia avanzada y en el sistema público/mixto el 94.7% lo hace. (Fisher $p=0.970$)

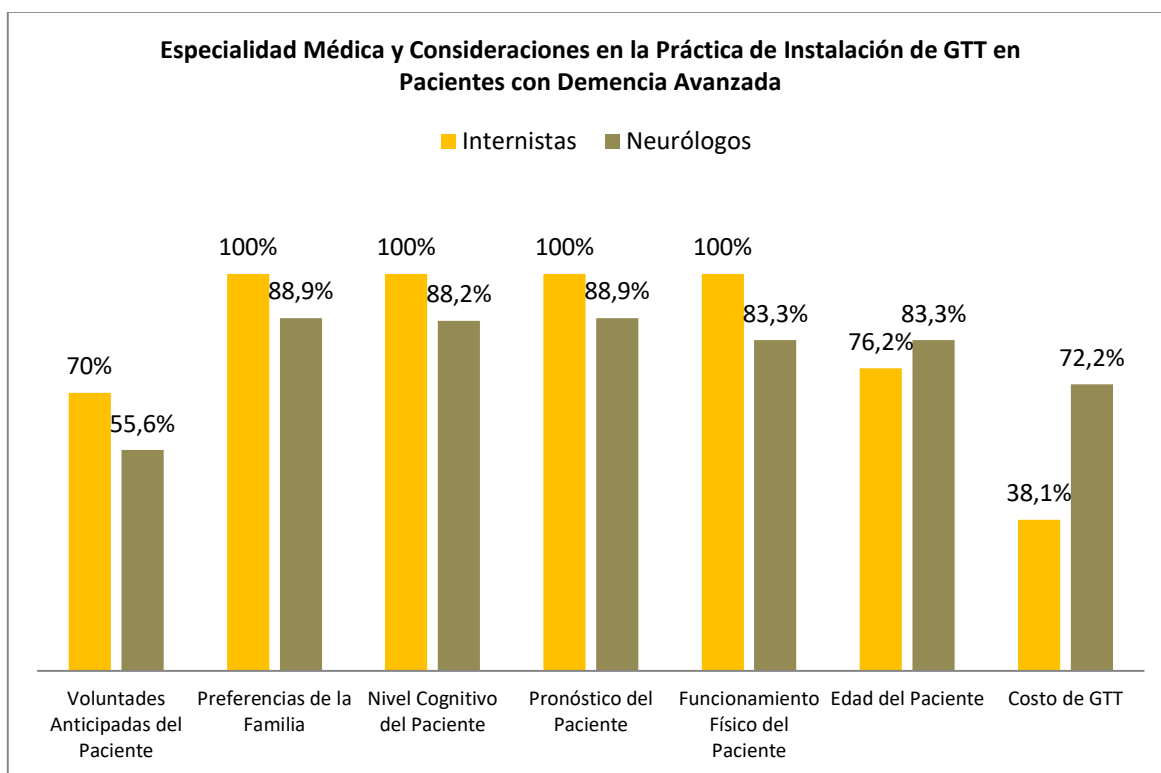
El 90% de los médicos que se desempeñan en el subsistema privado si consideran el funcionamiento físico del paciente con demencia avanzada al indicarle gastrostomía, y el 94.7% de los médicos del subsistema público/mixto lo hace (Fisher $p=0.579$)

Entre los médicos que participaron en el estudio, el 85% de los que trabajan en el subsistema privado si consideran la edad del paciente con demencia avanzada al momento de indicar gastrostomía, el 73.7% de los del subsistema público/mixto también lo hace. (Fisher $p=0.382$)

Dentro del subsistema privado, el 50% si considera el costo de la gastrostomía al momento de indicarla a un paciente con demencia avanzada. En el subsistema público/mixto el 57.9% también lo considera (Fisher $p=0.621$)

3.2. Análisis Bivariado de Especialidad Médica y práctica de médicos

Gráfico 7. Factores que consideran los médicos en su Práctica de Instalación de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada según Especialidad



Voluntades Anticipadas del Paciente

El 70% de los internistas considera las voluntades anticipadas al momento de indicar gastrostomía en pacientes con demencia avanzada, y el 55.6% de los neurólogos lo hace. (Fisher $p=0.357$) (Tabla 23)

Tabla 23. Tabla de contingencia Especialidad Agrupada y Voluntades Anticipadas

			Voluntades Anticipadas		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	14	6	20
		% dentro de Especialidad	70.0%	30.0%	100.0%
	Neurología	Recuento	10	8	18
		% dentro de Especialidad	55.6%	44.4%	100.0%
Total		Recuento	24	14	38
		% dentro de Especialidad	63.2%	36.8%	100.0%

Fisher p=0.357

Preferencias de la familia

El 100% de los internistas si considera las preferencias de la familia, y el 88.9% de los neurólogos lo hace (Tabla 24).

Tabla 24. Especialidad Agrupada y Preferencias de la Familia

			Preferencias de la Familia		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	21	0	21
		% dentro de Especialidad Agrupada	100.0%	0.0%	100.0%
	Neurología	Recuento	16	2	18
		% dentro de Especialidad Agrupada	88.9%	11.1%	100.0%
Total		Recuento	37	2	39
		% dentro de Especialidad Agrupada	94.9%	5.1%	100.0%

Fisher p=0.117

Nivel cognitivo del paciente

El 100% de los internistas considera el nivel cognitivo del paciente al momento de indicar gastrostomía a pacientes con demencia avanzada; el 88.2% de los neurólogos lo considera. (Tabla 25)

Tabla 25. Especialidad Agrupada y Nivel Cognitivo del Paciente con demencia avanzada

			Nivel Cognitivo		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	19	0	19
		% dentro de Especialidad Agrupada	100.0%	0.0%	100.0%
	Neurología	Recuento	15	2	17
		% dentro de Especialidad Agrupada	88.2%	11.8%	100.0%
Total		Recuento	34	2	36
		% dentro de Especialidad Agrupada	94.4%	5.6%	100.0%

Fisher p=0.124

Pronóstico del paciente

El 100% de los médicos internistas y el 88.9% de los neurólogos consideran el pronóstico al indicar gastrostomía en pacientes con demencia avanzada. (Tabla 26)

Tabla 26. Especialidad Agrupada y Pronóstico

			Pronóstico		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	21 100.0%	0 0.0%	21 100.0%
	Neurología	Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	16 88.9%	2 11.1%	18 100.0%
Total		Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	37 94.9%	2 5.1%	39 100.0%

Funcionamiento físico del paciente

Se observa una marcada tenencia ($p=0.052$) al agrupar las respuestas por especialidad. Entre los internistas, el 100% de los internistas considera el funcionamiento físico, mientras que el 83.3% de los neurólogos lo hace (Tabla 27)

Tabla 27. Tabla de contingencia Especialidad Agrupada y Funcionamiento Físico

			Funcionamiento Físico		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	21 100.0%	0 0.0%	21 100.0%
	Neurología	Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	15 83.3%	3 16.7%	18 100.0%
Total		Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	36 92.3%	3 7.7%	39 100.0%

Fisher $p=0.052$

Edad

El 76.2% de los internistas si considera la edad del paciente y el 23.8% no lo hace. Entre los neurólogos el 83.3% si considera la edad del paciente y el 16.7% no al momento de indicar gastrostomía a un paciente con demencia avanzada. (Tabla 28)

Tabla 28. Especialidad Agrupada y Edad del Paciente con demencia avanzada

			Edad del Paciente con Demencia Avanzada		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	16 76.2%	5 23.8%	21 100.0%
	Neurología	Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	15 83.3%	3 16.7%	18 100.0%
Total		Recuento % dentro de Especialidad Agrupada	31 79.5%	8 20.5%	39 100.0%

Fisher $p=0.582$

Costo

Se observa una diferencia significativa ($p=0.033$) en las respuestas agrupadas en “si/no” al analizarlo por especialidad. Entre los neurólogos el 72.2% si considera el costo de esta intervención, mientras que sólo el 38.1% de los internistas lo hace (Tabla 29a)

Al desglosar las respuestas, no se aprecia diferencia significativa: el 55.6% de los neurólogo definitivamente si lo considera, mientras que el 23.8% de los internistas definitivamente si lo hace; el 16.7% de los neurólogos probablemente si lo toma en cuenta, mientras que el 14.3% de los internistas probablemente lo hace (Tabla 29b).

Tabla 29a. Especialidad Agrupada y Costo de Gastrostomía

			Costo de Gastrostomía		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	8	13	21
		% dentro de Especialidad	38.1%	61.9%	100.0%
	Neurología	Recuento	13	5	18
		% dentro de Especialidad	72.2%	27.8%	100.0%
Total		Recuento	21	18	39
		% dentro de Especialidad	53.8%	46.2%	100.0%

Fisher $p=0.033$

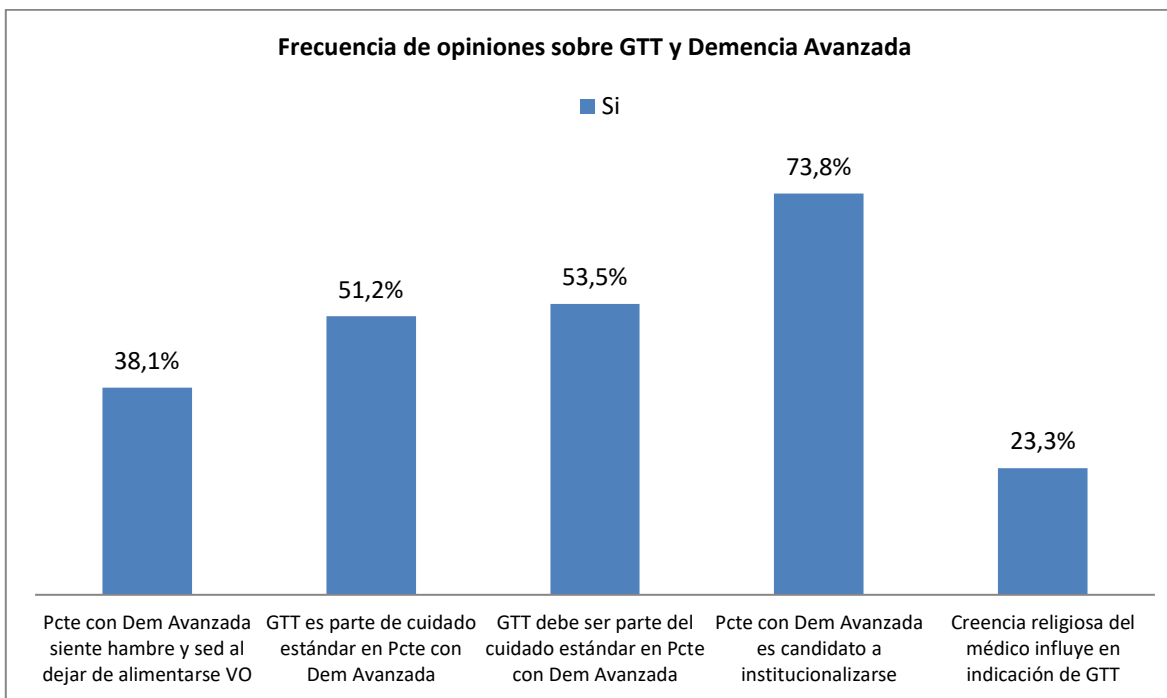
Tabla 29b. Especialidad Agrupada y Costo de Gastrostomía

			Costo de Gastrostomía				Total
			Definitivamente si	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	5	3	9	4	21
		% dentro de Especialidad	23.8%	14.3%	42.9%	19.0%	100.0%
	Neurología	Recuento	10	3	3	2	18
		% dentro de Especialidad	55.6%	16.7%	16.7%	11.1%	100.0%
Total		Recuento	15	6	12	6	39
		% dentro de Especialidad	38.5%	15.4%	30.8%	15.4%	100.0%

Chi-cuadrado $p=0.162$

Otras opiniones relacionadas a Demencia Avanzada

Gráfico 8. Frecuencia de Opiniones de Medicos sobre Gastrostomía y Demencia Avanzada



Entre los médicos participantes, el 61.9% de los médicos que contestaron cree que los pacientes con demencia avanzada no sufren de hambre ni sed cuando dejan de alimentarse por vía oral.

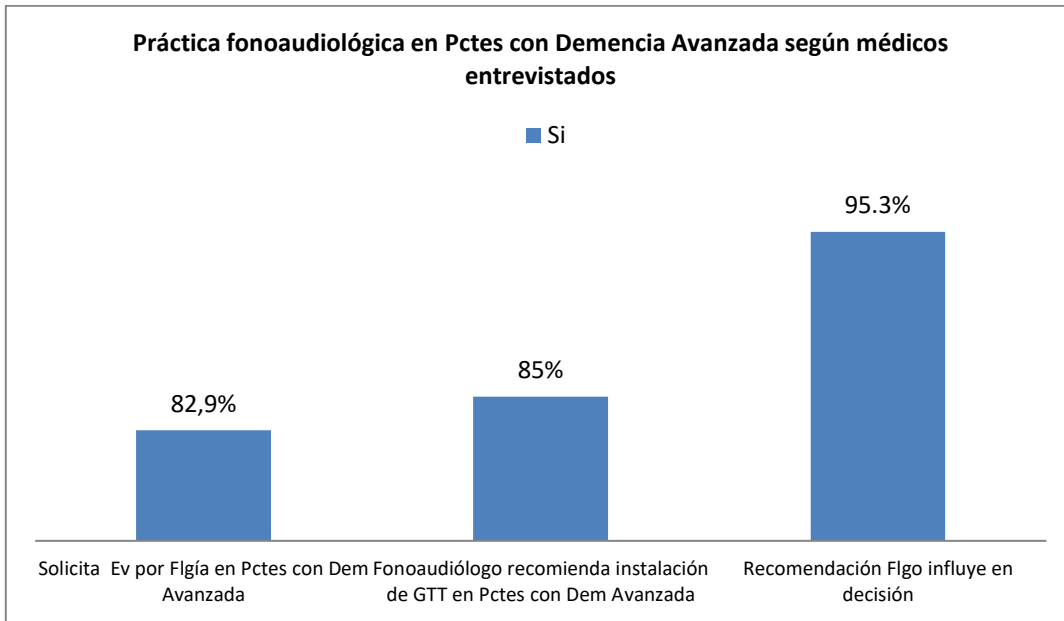
El 51.2% de los médicos que participaron en el estudio, piensa que la gastrostomía es parte del cuidado estándar en pacientes con demencia avanzada.

El 53.5% cree que la gastrostomía si debiera ser parte del cuidado estándar en pacientes con demencia avanzada.

El 73.8% de los médicos que contestaron esta pregunta cree que los pacientes con demencia avanzada son candidatos para institucionalizarse o vivir en hogares de ancianos.

Al agrupar las respuestas, el 23.3% de los médicos que participaron en la investigación opina que las creencias religiosas del médico si influyen en la decisión sobre indicar gastrostomía a pacientes con demencia avanzada, mientras que el 76.7% cree que no influye.

Gráfico 9. Práctica Fonoaudiológica en Pacientes con Demencia Avanzada según médicos entrevistados

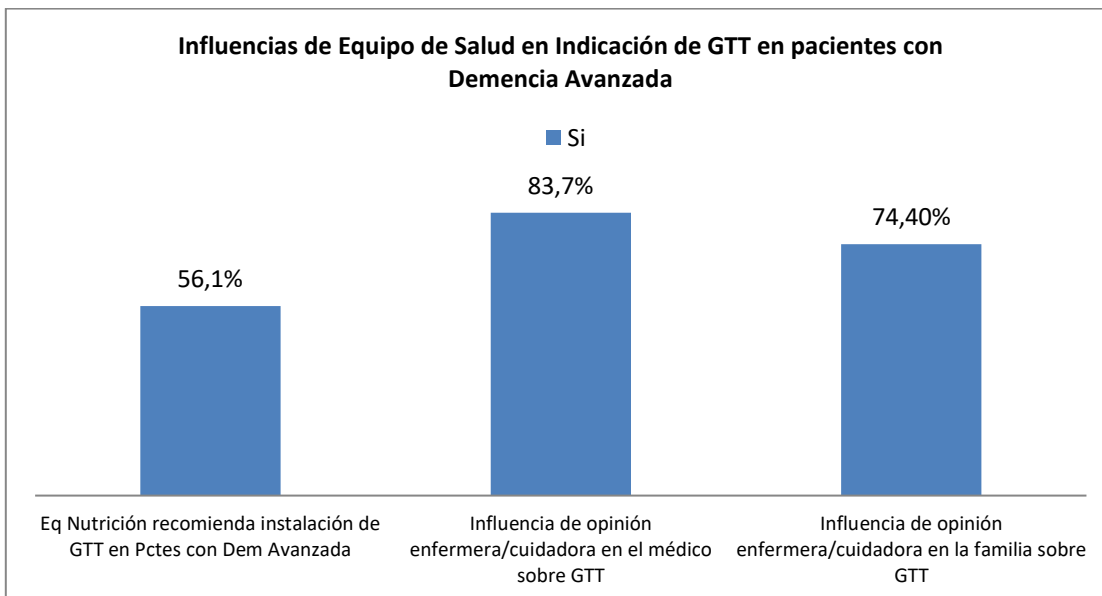


El 82.9% de los médicos que contestan esta pregunta (2 no lo hacen), si solicita la evaluación por fonoaudiólogo a pacientes con demencia avanzada.

El 85% de los médicos participantes, refiere que el fonoaudiólogo si le ha recomendado gastrostomía en pacientes con demencia avanzada.

El 95.3% de los médicos señala que las recomendaciones del fonoaudiólogo han influido en su decisión.

Gráfico 10. Influencias de Equipo de Salud en Indicación de Gastrostomía en Pacientes con Demencia Avanzada



El 56.1% de los médicos que participaron en el estudio y que contestaron esta pregunta, consideran que el equipo de nutrición del lugar donde trabajan rutinariamente si recomienda gastrostomía.

El 83.7% de los médicos que participaron en el estudio, consideran que las enfermeras o cuidadoras si tienen algún tipo de influencia en la decisión de indicar gastrostomía a pacientes con demencia.

El 74.4% considera que la opinión de la enfermera o cuidadora acerca de la instalación de gastrostomía si influye en la familia.

Análisis bivariado relacionados a opiniones de médicos:

1. Sensación de hambre y sed en pacientes con demencia avanzada

El 40.9% de los médicos entrevistados del subsistema privado si piensa que el paciente con demencia avanzada sufre hambre y sed cuando deja de alimentarse por vía oral; el 35% del sistema público/mixto piensa lo mismo. El 59.1% del sistema privado no cree esto y el 65% del sistema público/mixto tampoco lo cree. (Tabla 30)

Tabla 30. Lugar de Trabajo agrupado y Experiencia de Hambre y Sed del paciente con demencia avanzada

			Hambre y Sed		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	9	13	22
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	40.9%	59.1%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	7	13	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	35.0%	65.0%	100.0%
Total		Recuento	16	26	42
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	38.1%	61.9%	100.0%

Fisher p=0.694

El 68.2% de los internistas creen que el paciente con demencia avanzada no sufre de hambre y sed cuando deja de alimentarse por vía oral; entre los neurólogos, el 55% piensa de esta forma (Tabla 31)

Tabla 31. Especialidad Agrupada y Hambre y Sed

			Hambre y Sed		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	7	15	22
		% dentro de Especialidad	31.8%	68.2%	100.0%
	Neurología	Recuento	9	11	20
		% dentro de Especialidad	45.0%	55.0%	100.0%
Total		Recuento	16	26	42
		% dentro de Especialidad	38.1%	61.9%	100.0%

Fisher p=0.380

2. GTT como parte del cuidado estándar en pacientes con demencia avanzada

De los médicos que participaron y que trabajan en el subsistema privado, el 60.9% cree que la gastrostomía si forma parte del cuidado estándar en los pacientes con demencia avanzada (Tabla 32a) y el 65.2% considera que la gastrostomía debiera ser parte del cuidado estándar que se entrega a estos pacientes (Tabla 32b). Entre aquellos que trabajan en el subsistema público/privado, el 40% considera que forma parte y el mismo porcentaje opina que la gastrostomía debiera ser parte del cuidado estándar en estos pacientes. (Tabla 32a y 32b)

Tabla 32a. Lugar Trabajo agrupado y Gastrostomía como parte del Cuidado Estándar

			GTT es parte del Cuidado Estándar		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	14	9	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	60.9%	39.1%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	8	12	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	40.0%	60.0%	100.0%
Total		Recuento	22	21	43
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	51.2%	48.8%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.172

Tabla 32b. Lugar Trabajo agrupado y Gastrostomía como parte del Cuidado Estándar

			GTT debe ser parte del Cuidado Estándar		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	15	8	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	65.2%	34.8%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	8	12	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	40.0%	60.0%	100.0%
Total		Recuento	23	20	43
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	53.5%	46.5%	100.0%

Fisher p=0.098

Se observa una diferencia significativa ($p=0.021$) en la opinión de los neurólogos y los internistas al considerar la gastrostomía como parte del cuidado estándar de los pacientes con demencia avanzada. El 70% de los neurólogos opina que si debiera formar parte y el 34.8% de los internistas también lo considera. (Tabla 33a). También es significativa la diferencia ($p=0.043$) de opinión en que la gastrostomía debiera ser parte del cuidado estándar que se da a estos pacientes; el 39.1% de los internistas opina de esta forma, mientras que el 70% de los neurólogos piensa de esta forma (Tabla 33b)

Tabla 33a. Especialidad Agrupada y Gastrostomía como parte del Cuidado Estándar en Pacientes con Demencia Avanzada

			GTT es parte del Cuidado Estándar		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	8	15	23
		% dentro de Especialidad	34.8%	65.2%	100.0%
Total	Neurología	Recuento	14	6	20
		% dentro de Especialidad	70.0%	30.0%	100.0%
		Recuento	22	21	43
		% dentro de Especialidad	51.2%	48.8%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.021

Tabla 33b. Especialidad Agrupada y Gastrostomía debe ser parte del cuidado Estándar en Pacientes con Demencia Avanzada

			GTT debe ser parte del Cuidado Estándar		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	9	14	23
		% dentro de Especialidad	39.1%	60.9%	100.0%
Total	Neurología	Recuento	14	6	20
		% dentro de Especialidad	70.0%	30.0%	100.0%
		Recuento	23	20	43
		% dentro de Especialidad	53.5%	46.5%	100.0%

Fisher p=0.043

3.3. Institucionalización

Dentro de los médicos que se desempeñan en el subsistema privado y que participaron en el estudio, el 72.7% es partidario de la opinión que los pacientes con demencia avanzada son candidatos para institucionalizarse o vivir en hogares de ancianos. Los porcentajes son similares a las respuestas de los médicos que trabajan en el subsistema público/mixto donde el 75% cree que si son candidatos (Tabla 34).

Tabla 34. Lugar de trabajo y Paciente con Demencia Avanzada candidato a Institucionalización

			Paciente con demencia Candidato a Institucionalizarse		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	16	6	22
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	72.7%	27.3%	100.0%
Total	Público/mixto	Recuento	15	5	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	75.0%	25.0%	100.0%
		Recuento	31	11	42
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	73.8%	26.2%	100.0%

Fisher p=0.867

Entre los internistas que participaron en este estudio, el 68.2% opina que los pacientes con demencia avanzada son candidatos para institucionalizarse o vivir en hogares de ancianos, mientras que el 31.8% opina lo contrario. Entre los neurólogos que participaron, el 80% cree que si y el 20% restante opina que estos pacientes no son candidatos a institucionalizarse. (Tabla 35)

Tabla 35. Especialidad Agrupada y Paciente con Demencia Avanzada candidato a Institucionalización

			Paciente con demencia Candidato a Institucionalizarse		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	15	7	22
		% dentro de Especialidad	68.2%	31.8%	100.0%
	Neurología	Recuento	16	4	20
		% dentro de Especialidad	80.0%	20.0%	100.0%
Total		Recuento	31	11	42
		% dentro de Especialidad	73.8%	26.2%	100.0%

Fisher p=0.384

3.4. Creencias religiosas del médico

El 13% de los médicos que trabajan en el subsistema privado y el 35% de los que trabajan en el subsistema público/mixto y que participaron en el estudio cree que sus creencias religiosas si influyen en la decisión de indicar gastrostomía. El 87% del subsistema privado y el 65% del subsistema público/mixto creen que no influye. (Tabla 36)

Tabla 36. Lugar Trabajo Agrupado y Religión del Médico

			Religión del Médico		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	3	20	23
		% dentro de Lugar Trabajo	13.0%	87.0%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	7	13	20
		% dentro de Lugar Trabajo	35.0%	65.0%	100.0%
Total		Recuento	10	33	43
		% dentro de Lugar Trabajo	23.3%	76.7%	100.0%

Fisher p=0.089

No se observan diferencias entre las especialidades al considerar si las creencias religiosas del médico influyen en su decisión de indicar gastrostomía. El 82.6% de los internistas y el 70% de los neurólogos opinan que no influye. (Tabla 37)

Tabla 37. Especialidad Agrupada y Religión del Médico

			Religión del Médico		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	4	19	23
		% dentro de Especialidad	17.4%	82.6%	100.0%
	Neurología	Recuento	6	14	20
		% dentro de Especialidad	30.0%	70.0%	100.0%
Total		Recuento	10	33	43
		% dentro de Especialidad	23.3%	76.7%	100.0%

Fisher p=0.329

3.5. Evaluación de deglución por fonaudiólogo

En gran medida, tanto los médicos que se desempeñan en el subsistema privado como aquellos que trabajan en el subsistema público/mixto solicitan la evaluación por fonaudiólogo (81% y 85% respectivamente). (Tabla 38)

Tabla 38. Lugar Trabajo Agrupado y solicitud de Evaluación por Fonoaudiólogo a pacientes con demencia avanzada

			Solicitud de Evaluación por Flgo		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	17	4	21
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	81.0%	19.0%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	17	3	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	85.0%	15.0%	100.0%
Total		Recuento	34	7	41
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	82.9%	17.1%	100.0%

Fisher p=0.731

Existe una diferencia significativa al comparar las respuestas entre los internistas y los neurólogos al preguntarles si solicitaban la evaluación por fonoaudiólogo a pacientes con demencia avanzada. El 100% de los internistas lo solicita, mientras que el 63% de los neurólogos lo pide. (Tabla 39a y 39b)

Tabla 39a. Especialidad Agrupada y Solicitud de Evaluación por Fonoaudiólogo a Pacientes con Demencia Avanzada

			Solicitud de Evaluación por Flgo		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	22	0	22
		% dentro de Especialidad	100.0%	0.0%	100.0%
	Neurología	Recuento	12	7	19
		% dentro de Especialidad	63.2%	36.8%	100.0%
Total		Recuento	34	7	41
		% dentro de Especialidad	82.9%	17.1%	100.0%

Fisher p=0.002

Tabla 39b. Especialidad Agrupada y Solicitud de Evaluación por Fonoaudiólogo a Pacientes con Demencia Avanzada

			Solicitud Evaluación por Flgo				Total
			Definitivamente si	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	19	3	0	0	22
		% dentro de Especialidad	86.4%	13.6%	0.0%	0.0%	100.0%
	Neurología	Recuento	7	5	6	1	19
		% dentro de Especialidad	36.8%	26.3%	31.6%	5.3%	100.0%
Total		Recuento	26	8	6	1	41
		% dentro de Especialidad	63.4%	19.5%	14.6%	2.4%	100.0%

Chi-cuadrado p=0.005

3.6.Solicitud de Gastrostomía por Hogar de ancianos o Institución

Sólo el 11.6% de los médicos participantes han recibido solicitud de instalación de gastrostomía por hogar de anciano o institución (Tabla 40), y el 88.4% no lo ha recibido.

Tabla 40. Frecuencia de Solicitud de GTT por hogar de ancianos o Institución

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	5	11.6	11.6
No	38	88.4	100.0
Total	43	100.0	

Tanto en el subsistema privado (8.7%) como en el público/mixto (15%) han recibido esta solicitud. (Tabla 41)

Tabla 41. Lugar Trabajo Agrupado y Solicitud de Gastrostomía por parte de Hogar de Ancianos o Institución

			Institución Solicita GTT		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	2	21	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	8.7%	91.3%	100.0%
	Público/mixto	Recuento	3	17	20
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	15.0%	85.0%	100.0%
Total		Recuento	5	38	43
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	11.6%	88.4%	100.0%

Fisher p=0.520

No hay diferencias significativas por especialidad entre los médicos a quienes les han solicitado: 8.7% de los internistas y el 15% de los neurólogos han recibido la solicitud de GTT por parte de un hogar de ancianos (Tabla 42)

Tabla 42. Especialidad Agrupada y Solicitud de Gastrostomía por parte de Hogar de Ancianos o Institución

			Institución Solicita GTT		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	2	21	23
		% dentro de Especialidad	8.7%	91.3%	100.0%
	Neurología	Recuento	3	17	20
		% dentro de Especialidad	15.0%	85.0%	100.0%
Total		Recuento	5	38	43
		% dentro de Especialidad	11.6%	88.4%	100.0%

Fisher p=0.520

El 54.8% de los médicos considera que las preocupaciones de la casa de reposo si influyen en su decisión de indicar gastrostomía. (Tabla 43)

Tabla 43. Frecuencia de opinión sobre la Influencia de la Preocupación de la Institución al indicar gastrostomía

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	54.8
	No	19	45.2
	Total	42	100.0
Perdidos	Sistema	1	
Total		43	

3.7.Mala Práctica

Entre los médicos que participan en este trabajo y contestaron esta pregunta (1 médico no la contestó), el 81% no se ha sentido en riesgo de mala práctica al decidir no instalar gastrostomía en un paciente con demencia avanzada (Tabla 44).

Tabla 44. Frecuencia de opinión acerca de riesgo de mala práctica al no instalar gastrostomía

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	19.0	19.0
	No	34	81.0	100.0
	Total	42	100.0	
Perdidos	Sistema	1		
Total		43		

El 24.3% considera que este riesgo de mala práctica si influye en su decisión sobre instalar gastrostomía, mientras que el 75.7% piensa que no se ve influido. Algunos de los médicos que marcaron que no se han sentido en riesgo de mala práctica, señalan que este riesgo sí puede influir en su decisión. (Tabla 45)

Tabla 45. Frecuencia en opinión sobre la Influencia de Riesgo de Mala Práctica en la decisión de GTT

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	9	24.3	24.3
	No	28	75.7	100.0
	Total	37	100.0	
Perdidos	Sistema	6		
Total		43		

3.8.Discusión de riesgos y beneficios de gastrostomía

El 90.2% de los médicos tiene tiempo para discutir sobre los riesgos y beneficios de la gastrostomía (Tabla 46). Se observan porcentajes similares en esta pregunta entre los subsistemas donde se desempeñan (el 91.3% del subsistema privado y el 88.9% de los que trabajan en el subsistema público/mixto tienen este tiempo) (Tabla 47) y las especialidades (el 90.9% de los internistas y el 89.5% de los neurólogos discuten los riesgos y beneficios de la gastrostomía) (Tabla 48).

Tabla 46. Frecuencia de opinión acerca de tener tiempo para discutir riesgos y beneficios de la gastrostomía

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	37	90.2	90.2
	No	4	9.8	100.0
	Total	41	100.0	
Perdidos	Sistema	2		
Total		43		

Tabla 47. Lugar Trabajo Agrupado y Tiempo para discutir Riesgos y Beneficios de Gastrostomía

			Tiempo para discutir Riesgos y Beneficios de GTT		Total
			Si	No	
Lugar Trabajo Agrupado	Privado	Recuento	21	2	23
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	91.3%	8.7%	100.0%
Total	Público/mixto	Recuento	16	2	18
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	88.9%	11.1%	100.0%
Total		Recuento	37	4	41
		% dentro de Lugar Trabajo Agrupado	90.2%	9.8%	100.0%

Fisher p=0.796

Tabla 48. Especialidad Agrupada y Tiempo para discutir Riesgos y Beneficios de Gastrostomía

			Tiempo para discutir Riesgos y Beneficios de GTT		Total
			Si	No	
Especialidad Agrupada	Medicina Interna	Recuento	20	2	22
		% dentro de Especialidad	90.9%	9.1%	100.0%
Total	Neurología	Recuento	17	2	19
		% dentro de Especialidad	89.5%	10.5%	100.0%
Total		Recuento	37	4	41
		% dentro de Especialidad	90.2%	9.8%	100.0%

Fisher p=0.877

Resumen de Resultados (Resultados Relevantes)

La muestra entrevistada sí tiene experiencia en atender pacientes con demencia y en indicación de gastrostomía a estos pacientes.

Entre las variables de opinión de los médicos sobre los beneficios de la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada, se vio una diferencia significativa entre los subsistemas de salud y la incidencia de neumonía aspirativa, la sobrevida y el estado funcional. En estas variables, los médicos que trabajan en el subsistema privado muestran una mayor adherencia a estas afirmaciones.

En relación a la especialidad y las opiniones de los médicos sobre los beneficios de la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada, sólo se presentó una diferencia significativa relacionada a la neumonía aspirativa: el 100% de los neurólogos cree que la gastrostomía disminuye la incidencia. Ningún geriatra está en acuerdo con que la gastrostomía disminuye la incidencia de neumonía aspirativa en este tipo de pacientes, entre los broncopulmonares el 60% está de acuerdo y entre los internistas el 68.8% considera que la gastrostomía disminuye la incidencia de neumonía aspirativa.

De acuerdo a las respuestas obtenidas, los años de experiencia de los médicos entrevistados no influyen en las opiniones o conocimientos de los beneficios de la gastrostomía en estos pacientes, ya que en ninguna de estas variables se observaron diferencias significativas.

No se observan diferencias significativas por subsistema de salud en las consideraciones de factores en la práctica de instalación de gastrostomía.

No se observan diferencias significativas en la mayoría de las respuestas relacionadas a la práctica de instalación de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada, pero llama la atención que los internistas consideran en mayor porcentaje las voluntades anticipadas, las preferencias de la familia, nivel cognitivo pronóstico y funcionamiento físico del paciente. Los neurólogos consideran más la edad y el costo de la gastrostomía (sólo en este último aspecto se aprecia una diferencia significativa).

Es más común la opinión entre los médicos entrevistados, que los pacientes con demencia avanzada que dejan de alimentarse por vía oral no sufren hambre ni sed, son candidatos a institucionalizarse y que las creencias religiosas de los médicos no influyen en la decisión de solicitar gastrostomía. Así también la mayoría opina que la gastrostomía es parte y debiera ser parte del cuidado estándar de estos pacientes. Sólo se observan diferencias significativas en este último aspecto entre neurólogos (que opinan que la gastrostomía sí debiera ser parte del cuidado estándar de pacientes con demencia avanzada) e internistas.

Hay diferencia en la solicitud de evaluación por fonaudiólogo. El 100% de los internistas lo pide, mientras que el 68% de los neurólogos lo hace.

Conclusiones.

A pesar que el tamaño de la muestra no permite obtener conclusiones representativas, se observa cierta tendencia en las respuestas.

Las decisiones sobre el uso de métodos alternativos de alimentación, sobre todo la instalación de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada son complejas y, algunas veces, controvertidas. A pesar que la literatura sugiere pequeño o no beneficio asociado a la alimentación por gastrostomía en pacientes en etapa avanzada de demencia, la mayoría de los médicos entrevistados creen que la instalación de gastrostomía beneficiaría a estos pacientes. Sólo en algunos aspectos existe disparidad según subsistema de salud o especialidad.

Discusión.

La población de adultos mayores continuará aumentando en Chile y, por lo tanto, aumentará también la incidencia de demencia. Si bien es cierto, que el soporte nutricional a través de una sonda de gastrostomía percutánea es beneficiosa en muchos pacientes, su uso en pacientes con demencia avanzada es cuestionada y puede generar problemas éticos. Los pacientes con demencia avanzada frecuentemente desarrollan trastornos de la deglución, dificultades en la alimentación o indiferencia ante la comida, llevando a una reducción de la ingesta nutricional, pérdida de peso y aumento en riesgo de neumonía aspirativa (9). Pero esta situación es propia de etapas avanzadas de la enfermedad y la alimentación por sonda no ha demostrado que retrase la muerte (10), aunque médicos y familiares perciben que la instalación de sonda para alimentación en pacientes con demencia avanzada es beneficioso (4) En este estudio, el 51.2% de los médicos participantes señalan explícitamente que indican gastrostomía a pacientes con demencia avanzada.

De acuerdo a una revisión Cochrane, “no existen evidencia concluyente que la alimentación enteral por sonda aporta beneficios en pacientes con demencia en términos de tiempo de sobrevida, riesgo de mortalidad, calidad de vida, parámetros nutricionales, funcionamiento físico y aumento o reducción de úlceras de presión. No están claros los beneficios o riesgos de esta práctica, pero es habitual la instalación de gastrostomía en este tipo de pacientes”. (11). De acuerdo a los resultados observados en esta investigación, entre los médicos entrevistados, el 79.1% considera que la gastrostomía disminuye la incidencia de neumonía aspirativa en pacientes con demencia avanzada, el 50% opina que mejora las úlceras por presión, el 73.8% que mejora la sobrevida, el 95.3% que mejora el estado nutricional y el 44.2% que mejora el estado funcional.

Debemos tener claro que existen pacientes que no responden al aporte nutricional por vía enteral (por sonda nasogástrica o por gastrostomía), así como pueden responder otros pacientes que tienen potencial para mejorar. En el caso de pacientes con demencia avanzada no existe consenso en que sea una indicación clínica, o parte del cuidado estándar (el 51.2% de los médicos considera que la gastrostomía forma parte del cuidado estándar en pacientes con demencia avanzada), y donde los riesgos en tratar de proporcionar una nutrición son mayores que los potenciales beneficios, ya que estos son poco claros en la literatura y existe diversidad de opinión de los mismos entre los médicos tratantes de este tipo de pacientes. Además los pacientes con demencia no entienden por qué tienen una sonda en su abdomen, lo que lleva a mayor uso de restricciones físicas.

En este estudio sólo el 38.1% de los médicos entrevistados considera que los pacientes sienten hambre y sed cuando dejan de alimentarse por vía oral, pero “hay que tener en cuenta que la anorexia es un síntoma frecuente en el período agónico, y que la sensación de hambre no se da. Por otro lado, “algunos trabajos señalan que la deshidratación sistémica preterminal sería más agradable para el paciente que la hidratación sistémica”. (12) Quizá el problema surge en que no sabemos si estos pacientes en este estado se encuentran ya en su período agónico o próximo a la muerte.

La prolongación de la vida debe ser en beneficio del paciente, y no sólo porque técnicamente es posible. Debemos razonar críticamente si es correcto prolongar la vida biológica cuando la vida biográfica no es posible, quizá algunos incluso podrían considerar la instalación de gastrostomía en pacientes con demencia avanzada como una práctica maleficiente, ya que la indicación no es clara. De acuerdo a la literatura, no existe evidencia clara sobre los beneficios de la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada y en su calidad de vida, incluso el hecho de instalar GTT se asocia con mayor uso de contensiones físicas ya que pueden intentar sacarse la sonda de su abdomen porque no entienden el motivo de esta y quizá también se deja de establecer un mínimo de contacto con el resto de la familia o con el cuidador(a) y se pierde una sensación básica como es el sentir sabores.

Como último punto a discutir, me parece relevante mencionar que el 85% de los médicos entrevistados considera que el fonoaudiólogo sí recomienda la gastrostomía en pacientes con demencia avanzada, por lo que también en esta profesión sería necesaria una revisión del tema y un análisis crítico de cada situación en particular. “Existen evidencias que demuestran que los pacientes y sus familiares suelen aceptar lo que el personal sanitario, especialmente el médico, sugiere”, por lo tanto, en todo el equipo sanitario recae la responsabilidad de esta indicación. (12) Como fonoaudiólogos debemos tener presente que la alimentación oral es una de las formas de mantener algún tipo de conexión con el medio y así debemos educar en relación a la alimentación y en los desenlaces en pacientes con demencia que tienen sondas de gastrostomía (13).

Bibliografía.

- (1) Gajardo, J; Monsalves MJ. “Demencia, Un Tema Urgente para Chile”. Revista Chilena de salud Pública. (2013) Vol 17(1): 22-25).
- (2) Valero Zanuy MA, Alvares Nido R, García Rodríguez P, Sánchez González R, Moreno Villares JM, León Sanz M. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? Nutr. Hosp. 2006; 21(6): 608
- (3) Mendiratta, P; Tilford, J.M; Prophan, P.; Curseen, K; Azhar, G.; Eis, J “Trends in Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement in the Elderly From 1993 to 2003” American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias, 2001, 27 (8): 609-613
- (4) Cervo, F., Bryan, L; Farber, Sh. “To PEG or not to PEG. A review of evidence for placing tubes in advanced dementia and the decision making process”
- (5) Sharp, H.; Shega J. “Feeding Tube Placements in Patients With Advanced Dementia: The Beliefs and Practice Patterns of Speech-Language Pathologists” American Journal of Speech-Language Pathology. (1999) Vol 18: 222-230
- (6) Shega, J. et al (2003) “Barriers to Limiting the Practice of Feeding Tube Placement in Advanced Dementia” in Journal of Palliative Medicine, Vol 6, N 6, pp 885-893
- (7) Flather, A. (1994) Caring for Patients with Dysphagia: Some Ethical Considerations”. Speech, Language and Hearing Association, Special Interest Division “Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia). Vol 13, 2; 8-11.)
- (8) Easterling, C, Robins, L. Dementia and Dysphagia. Geriatric Nursing 2008; 29 (4): 275-285
- (9) Nutrition: A handbook for nurses.
- (10) Sherman F. “Nutrition in advanced dementia. Tube feeding or hand-feeding until death? En Geriatrics 2003, 58 (Nov): 10-12
- (11) Sampson E, Bridget C, Louise, J. “Enteral Tube Feeding for Older People with Advanced Dementia”, en Cochrane Database of Systematic Reviews, Volumen 7, 2013
- (12) Hortelano J.E., “Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal” en Nutrición Hospitalaria, 2002, XVII (6): 279-283.
- (13) Galicia-Castillo, M. “The PEG dilemma. Feeding tubes are not the answer in advanced dementia” en Geriatrics 2006, 61 (6)