



Soporte nutricional en situaciones especiales

Maite Colomar Ferrer

Dietista-Nutricionista en Hospital Universitario Son Espases

Departamento de Nutrición y Dietética. Servicio Endocrinología.

Dr. Joan Ramon Urgelés

Rosa Ruiz Lopez

Reyes Alonso Alonso

Gabriela Nicola Orejas



Contenido

- Recomendaciones del consenso multidisciplinar para la prevención y manejo de la desnutrición hospitalaria en España.
- Ejemplo caso 1. Fx cadera. Anciano frágil
- Ejemplo caso 2. Paciente con disfagia. Demencia avanzada.

Resumen de las “Recomendaciones del consenso multidisciplinar para la prevención y manejo de la desnutrición hospitalaria en España. SENPE 2011” apunto de salir publicado en *Nutrición Hospitalaria*”.

Atención primaria y centros geriátricos

- **Cribado nutricional**
 - Atención primaria si riesgo
 - Pérdida de peso, musculatura, disminución de la ingesta etc.
 - MUST/ MNASF.
 - Centros geriátricos al ingreso y si hay riesgo
- **Valoración nutricional** en atención primaria + centros geriátricos:
 - Cribado negativo: reevaluar en 6m o antes si en riesgo.
 - Cribado positivo: **valoración nutricional** completa

Evidencia grado D

Resumen de las “Recomendaciones del consenso multidisciplinar para la prevención y manejo de la desnutrición hospitalaria en España. SENPE 2011” apunto de salir publicado en *Nutrición Hospitalaria*”.

Hospitalización:

- **Cribado nutricional** al ingreso(A). Reevaluar semanalmente (D).
- Cribado positivo; realizar **valoración nutricional completa**. (D). Documentar los requisitos nutricionales y Valorar la ingesta (D).
- **Actuación nutricional:**
 1. **Individualizar los menús** y enriquecerlos (A).
 2. **Suplementación oral** si modificaciones dietéticas son insuficientes(A).
 3. **Considerar NE** si la vía oral no es suficiente (A).
- Al alta:
 - Dar **pautas nutricionales** verbales y escritas sobre tto nutricional.(D)
 - **Codificación del Diagnóstico** e intervención nutricional al alta (D).

Ejemplo Caso 1:

Anciana frágil de 86 años con Fx cadera

• Cribado:

- MNASF: 10
- Albúmina 34, colesterol 167, linfocitos 1500: CONUT: 4

Valores CONUT

	Normal	Leve	Moderada	Grave
Albúmina	≥ 3,50	3,00-3,49	2,50-2,99	< 2,50
	0	2	4	6
Colesterol	≥ 180	140-179	100-139	<100
	0	1	2	3
Linfocitos	≥ 1600	1200-1599	800-1199	<800
	0	1	2	3
Puntuación	Sin DN	DN leve	DN moderada	DN severa
	0 – 1	2 - 4	5 - 8	9 - 12
Riesgo	Bajo		Moderado	Alto riesgo

- Baja ingesta proteica!
- dificultad para masticar y anorexia.

- Requisitos nutricionales;
1550kcal y 78g proteína, 1950ml líquidos.

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: **M** Fecha: **16-6-11**

Edad: **86** Peso en kg: **± 65** Talla en cm: **1.58** Altura talón-rodilla: **Cubito:**

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = anorexia grave
1 = anorexia moderada
2 = sin anorexia **1**

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso **1**

C Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio **1**

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí
1 = no **2**

E Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia o depresión moderada
2 = sin problemas psicológicos **2**

F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 **3**

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) **10**

12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación

11 puntos o menos posible malnutrición – continuar la evaluación

Evaluación

G El paciente vive independientemente en su domicilio?
0 = no
1 = sí **CON HIJA** **0**

H Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí
1 = no **1**

I Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí
1 = no **1**

J Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas **1**

K Consume el paciente
• productos lácteos al menos una vez al día? **sí** ☒ no ☐
• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? **sí** ☒ no ☐
• carne, pescado o aves, diariamente? **sí** ☐ no ☒
0,0 = 0 o 1 síes
0,5 = 2 síes
1,0 = 3 síes **0,5**

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no
1 = sí **1**

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0,0 = menos de 3 vasos
0,5 = de 3 a 5 vasos
1,0 = más de 5 vasos **0,5**

N Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad **2**

O Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición **1**

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0,0 = peor
0,5 = no lo sabe
1,0 = igual
2,0 = mejor **1**

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22 **1**

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31 **1**

Evaluación (máx. 16 puntos) **11**

Cribaje **10**

Evaluación global (máx. 30 puntos) **21**

Evaluación del estado nutricional

De 17 a 23,5 puntos riesgo de malnutrición ☒
Menos de 17 puntos malnutrición ☐



Ejemplo Caso 1:

Anciana frágil de 86 años con Fx cadera

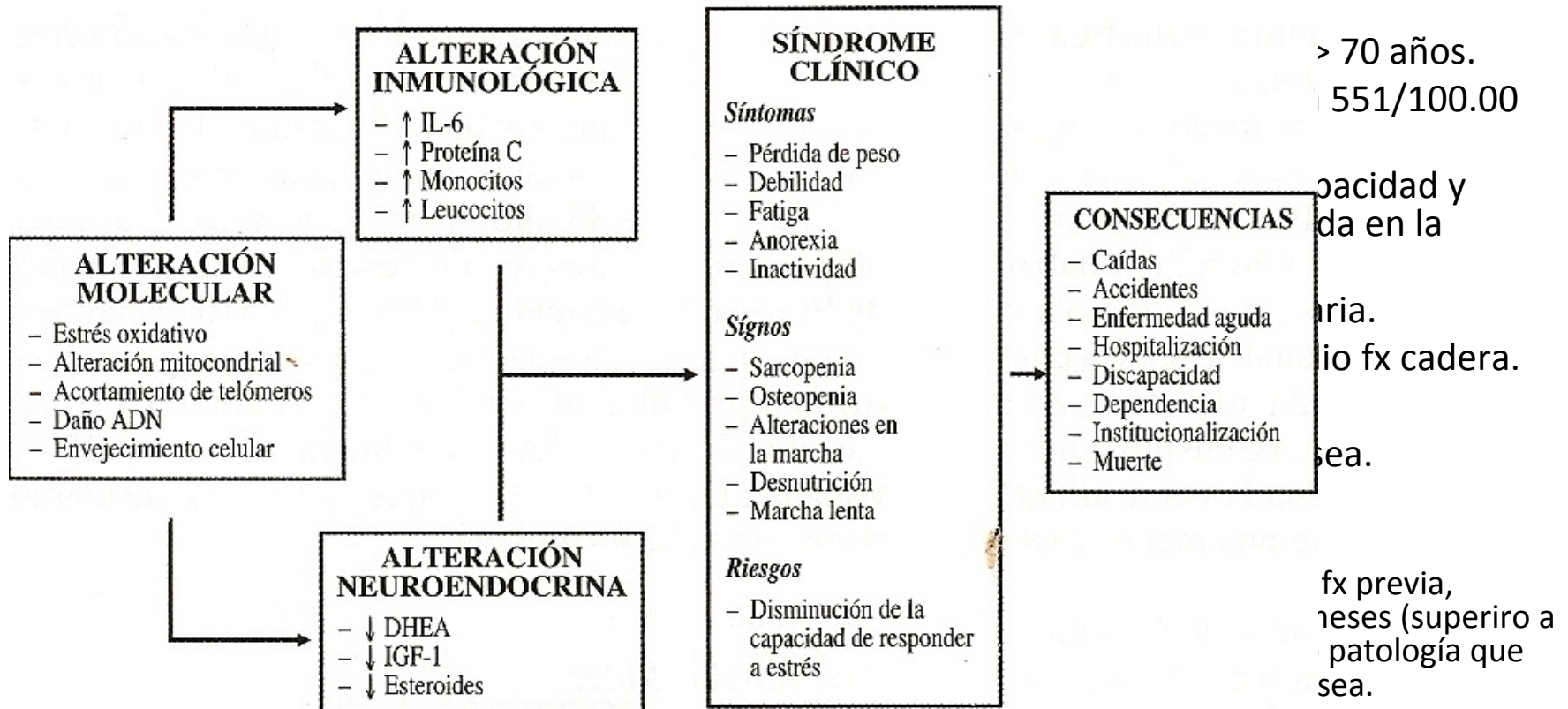
- Tratamiento nutricional:
 1. Ajustar la dieta
 2. Recomendaciones a seguir
 3. Valorar si precisa suplementos nutricionales
 4. Valorar ingesta
 5. **Revisión** evolución y modificar el tratamiento nutricional si precisa.
 6. Indicaciones a seguir **al alta**
 7. **Codificación**

¿Se podría haber evitado?

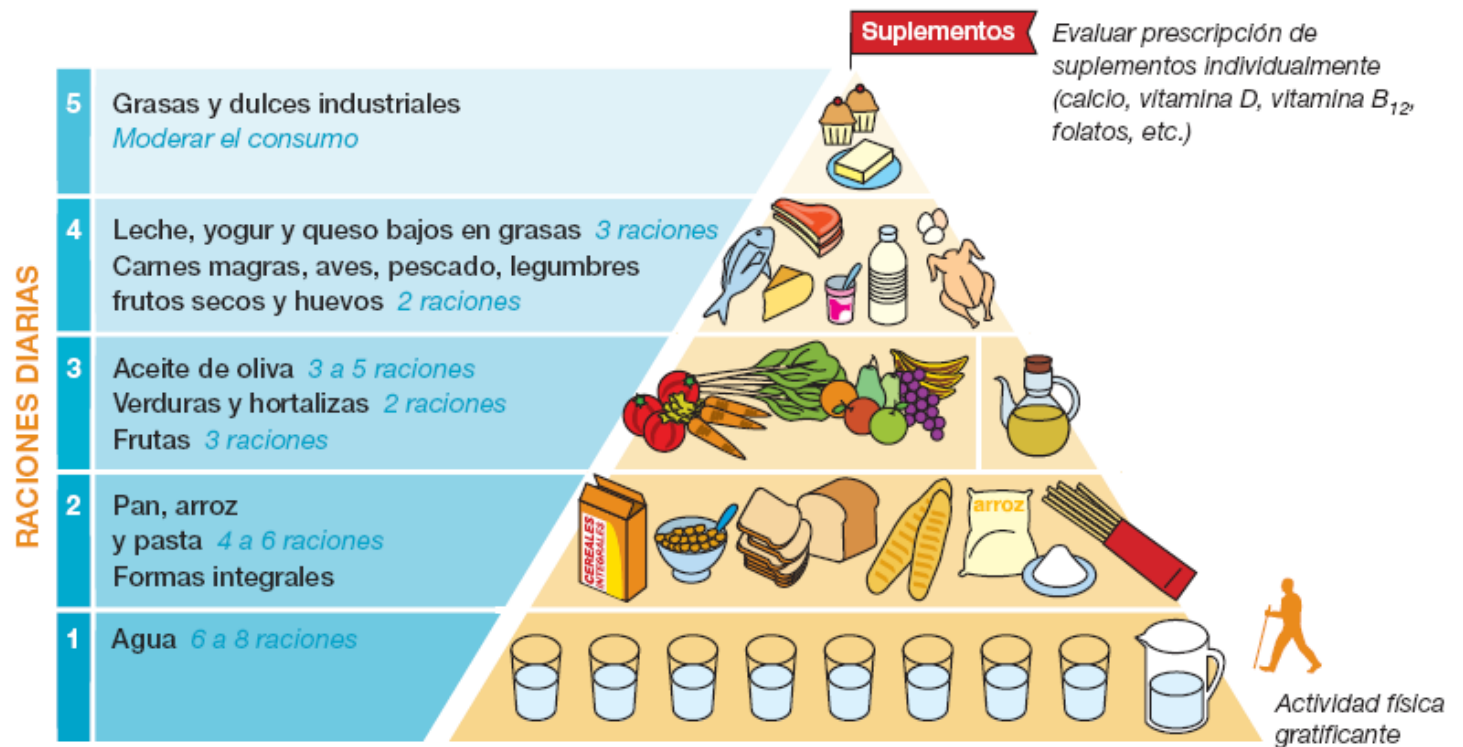
El riesgo de fractura aumenta con la edad, riesgo de caída y osteoporosis.

● Fragilidad

● Osteoporosis



Tratamiento; enfermedad desencadenante, ejercicio + nutrición.



Pirámide alimentación saludable > de 70 años. SENC

Elección de la dieta adecuada



- Conocer el **código de dietas de la institución** y las características de cada dieta.
 - Dieta completa/ incompleta. Número de tomas. La nomenclatura de cada dieta. Lo que implica cada restricción
- ¿Existen preferencias dietéticas, alergias o intolerancias alimentarias?
 - No carne, No cerdo, No pescado, vegetariano.

Dieta;

- V d Fácil masticar (desayuno y merienda cacao no descafeinado)
- V
- Valorar la necesidad de prescripción de **dietas terapéuticas**
 - Restricción sodio / Blanda o Fácil digestión / Prescripción prolongada de dieta absoluta / Líquida / Semilíquida /Astringente / Dieta hipopotásica.

Como mejorar la ingesta



- Valorar si precisa ayuda para comer/beber y acomodar al paciente en la posición más funcional.

Recomendaciones;

•Empezar a comer por segundos platos.

•Aumentar a 1l de agua al día.

•Anotar todo lo que come o bebe en Registro de Ingesta

Satisfecho	Regular	Malo	Satisfecho	Regular	Malo	Satisfecho	Regular	Malo
Temperatura buena (n=78)			Temperatura regular (n=43)			Temperatura mala (n=18)		

Suplementación nutricional

RESPECTO AL PACIENTE GERIÁTRICO ESPEN 2006 RECOMIENDA:



- Tras intervención por **fractura de cadera** o ortopédica (A).
- Suplementos nutricionales orales en ancianos **desnutridos o con riesgo desnutrición** (A).

SUPLEMENTACIÓN:

- Suplemento **hiperproteico** fresa a media mañana y resopón.
 - Reducción del 25% del desarrollo de upp.
- Soporte nutricional enteral **por sonda** siempre que esté en una condición estable (no terminal), en casos de riesgo nutricional donde la **ingesta oral es insuficiente**.(B).

CODIFICACIÓN DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

DOCUMENTO SENPE – SEDOM SOBRE LA
CODIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN
HOSPITALARIA. *Nutrición Hospitalaria* 2008

Desnutrición calórica:

Leve: 263.1

Moderada: 263.0

Grave o severa: 261

Grado no especificado: 263.9

Desnutrición proteica o proteínica:

En cualquier grado: 260

Desnutrición mixta o proteinocalórica:

Leve: 263.8

Moderada : 263.8

Grave o severa: 262

Grado no especificado: 263.9

Desnutrición no especificada:

Leve: 263.1

Moderada: 263.0

Grave o severa: 261

Grado no especificado: 263.9

Clasificación Internacional de Enfermedades –9ª
revisión- Modificación Clínica (CIE 9-MC)

260. Kwasiorkor : Edema nutritivo con
despigmentación de la piel y del pelo.

261. Marasmo Nutritivo: Atrofia Nutritiva. Carencia
calórica grave. Desnutrición grave.

262. Otras desnutriciones proteicocalóricas graves:
Edema nutritivo sin mención de despigmentación de
piel y pelo.

.....

Codificación de procedimientos de soporte nutricional:

Nutrición parenteral: 99.15. Se deberá codificar la
inserción del catéter correspondiente, siempre
que se realice durante el ingreso.

Nutrición enteral: 96.6 Se reflejarán aquellos
soportes superiores a las 1000 Kcal/día.

CODIFICACIÓN DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

	Valor Normal	DN leve	DN moderada	DN severa
IMC	18,5-25	17-18,4	16-16,9	< 16
% peso habitual	>95%	94,9-85	84,9-75%	<75%
% Pérdida de Peso / 1 semana	<1%	1-2%	2%	>2%
1 mes	<2%	<5%	5%	>5%
2 meses	<3%	5%	5-10%	>10%

3 meses
Pliegues y otras medidas antropométricas
Albúmina (g/dl)
Transferrina (mg/dl)
Prealbumina (mg/dl)
RBP (mg/dl)

Linfocitos (células / mm ³)	>2000	1200-2000	800-1200	<800
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	< 100
VSG	A	B	C	C
NRS	0	1-2	≥ 3	
MUST	0	1	≥ 2	

	DN calórica	DN proteica	DN mixta
IMC	++	Normal	+
% peso habitual	++	No	+
% Pérdida de Peso 1 semana	++	No	+
1 mes	++	No	+
2 meses	++	No	+

		No	+
		No	+
	++	++	+
	++	++	+
	++	++	+
Linfocitos (células / mm ³)	+	++	+
Colesterol (mg/dl)	++	No	+
VSG	B-C	B-C	B-C
NRS	+	+	+
MUST	+	+	+

Codificación desnutrición;
Desnutrición mixta o proteinocalórica: Leve: 263.8

¿Suplementación al alta?

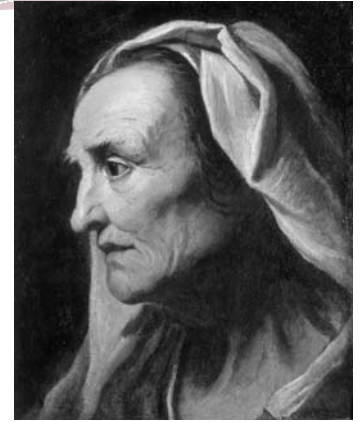
Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE número 139 de 11/6/1998); REGULACION DE LA NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Tratamiento al alta;

- Panfleto dieta fácil masticar
- Consejos nutricionales específicos (6 comidas al día. Asegurar ingesta proteica en comida y cena realizando plato único. Control de la ingesta hídrica.
- A media mañana y recena vaso de leche (en vez del suplemento)
- Control de peso en centro de salud.
- Ofrecer revisión en consultas de nutrición con analítica de control y registro de ingesta.

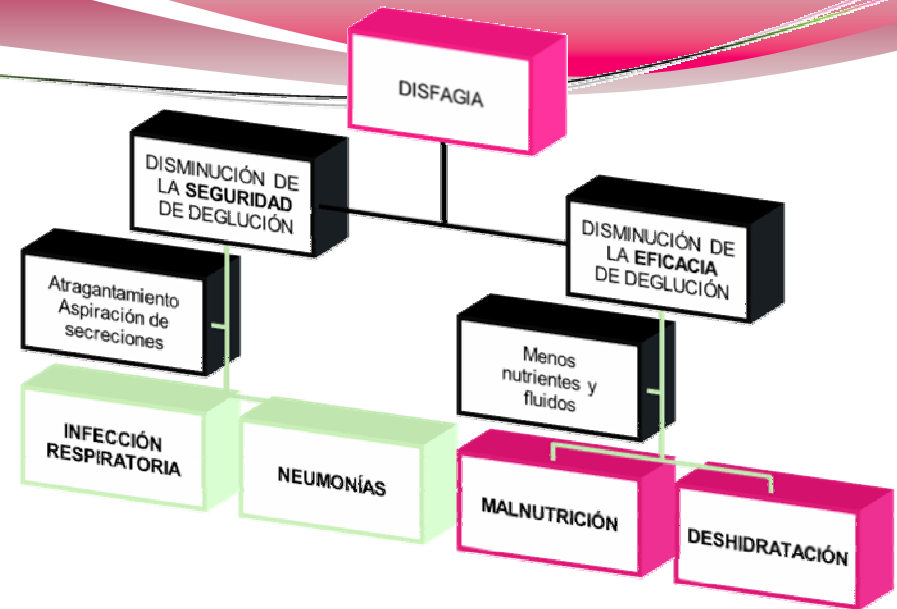
Estudio de caso 2:

Demencia avanzada.

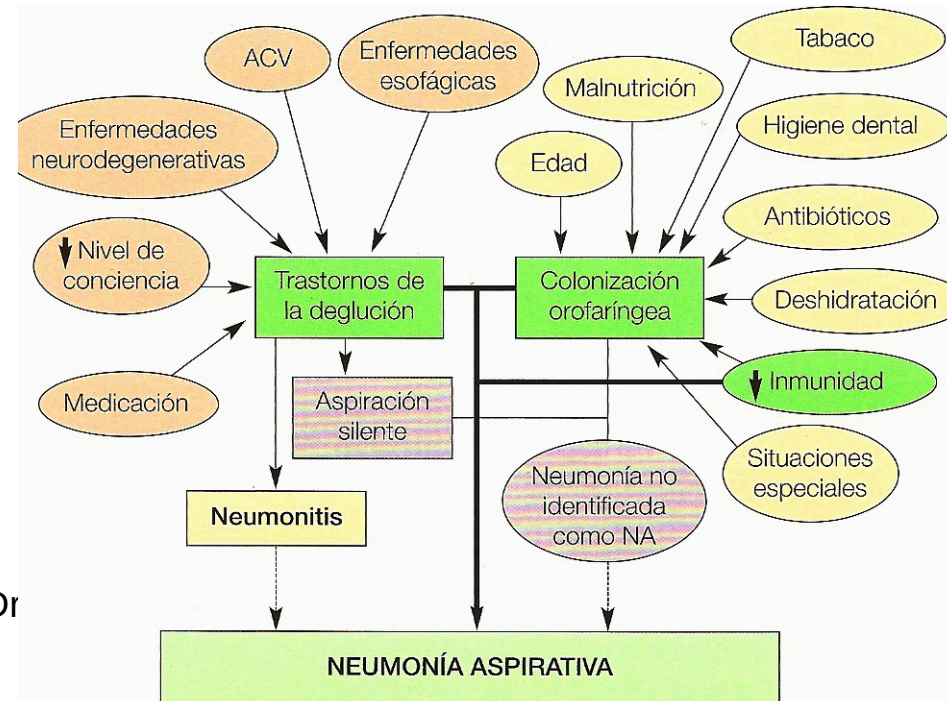


- 89 años. Ingresa de su casa por deterioro de su estado basal. Un ingreso previo con deshidratación e IRA. Fué tratada en la comunidad por posible infección respiratoria hace 3 meses.
 - Demencia no filiada. Deterioro cognitivo gradual
 - En casa vida cama-sillón. Pérdida de peso gradual (-15kg)
 - Buen soporte familiar. Vive con su hija.
 - MNA; 8 indicativo de desnutrición.
 - Ingesta habitual disminuída progresivamente, come puré/flan/yogures y no quiere beber apenas agua.

disfagia



- Hasta un 50% de pacientes neurológicos y ancianos presentan alteraciones en la seguridad de la deglución.
- 50% de ingresados con neumonía tiene disfagia orofaringea.
- Consecuencias; desnutrición, deshidratación, aspiración, infección
 - 50% pacientes que aspiran desarrollan neumonía con 50% de mortalidad asociada.



Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Dr P Clavé y Dr P Carcía

Métodos de detección de la disfagia orofaringea.

Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). Clavé. Clin Nutr. 2008;27(6):806-15

VISCOSIDAD	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
TOS									
CAMBIO DE VOZ									
DESATURACIÓN DE OXÍGENO									
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
SELLO LABIAL									
RESIDUO ORAL									
DEGLUCIÓN FRACCIONADA									
RESIDUO FARÍNGEO									

EVALUACIÓN FINAL: _____

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: _____

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA:

VISCOSIDAD	LÍQUIDO	VOLUMEN	BAJO
NÉCTAR			
PUDDING			

Se inicia con una viscosidad media, NÉCTAR, y a un volumen bajo (5ml)

NINGUNA ALTERACIÓN: Se continúa explorando con 10 y 20ml. de Néctar.
Si no hay alteraciones, se pasa al Líquido y por último, se pasa a Puding

ALGUNA ALTERACIÓN en eficacia: NO requiere suspender ninguna viscosidad. Únicamente se registra la alteración.

ALGUNA ALTERACIÓN en la seguridad en cualquier volumen del Néctar:

- Se suspende el Néctar y se omite el Líquido
- Se pasa a una viscosidad superior, Puding, que es más segura



EAT-10: Eating Assessment Tool
Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

- 0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Suma el número de puntos y escribe la puntuación total en los recuadros.
Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

- Paso 1: Valorar la dificultad en la deglución: **Identificación precoz** de los **problemas de la ingesta** en los pacientes vulnerables.
 - EAT-10
- Paso 2: Valorar la disfagia orofaríngea: **identificar** y **prescribir**
 - MECV-V
- Paso 3: Evaluar la disfunción y estrategias
 - Videofluoroscopia
- Paso 4: Evaluar la deglución valorando y **monitorizando** para ajustar la intervención según proceda.

Tabla 3. Recomendaciones de práctica clínica sobre la exploración clínica de la disfagia

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
A	1+	Toda persona con alteración de la deglución debe ser valorada por un especialista para poner en marcha técnicas de deglución seguras y estrategias dietéticas adecuadas
B	2+	La deglución debe diagnosticarse lo antes posible, por personal entrenado preferiblemente, utilizando un protocolo simple y validado
		Observación del nivel de control postural
		Uso de la pie de cama que permita el control del nivel funcional motor, la coordinación motora oral y faríngea, la fuerza de tos voluntaria, el análisis facial
		Valoración de la tos con un test clínico válido como test de deglución
		Test con texturas, en el contexto de la deglución, como la deglución de agar, voz húmeda con el mismo bolo
		Control de la higiene oral y del control de las secreciones orales
C	2+	En el accidente cerebrovascular, esta valoración debe iniciarse en las primeras 48 horas

Test volumen viscosidad (MECV-V):

Disfagia a líquidos; Volúmenes pequeños consistencia pudín

Administración de la dieta de forma adecuada en pacientes con disfagia

- Asegurar se conoce el volumen y consistencia que precisa el paciente de la comida y bebida.
-
-
- Ingesta 2-3 cucharadas de puré.
- Toma muy pocos líquidos con espesante.
- Más somnolienta de lo habitual.
- Inicio de UPP sacra.
- La hija está muy preocupada por su ingesta deficitaria.
- Vigilar si se utilizan gelatinas si se mantienen rato en la boca se deshacen
- Valorar si precisa dieta absoluta, SNG, PEG etc.

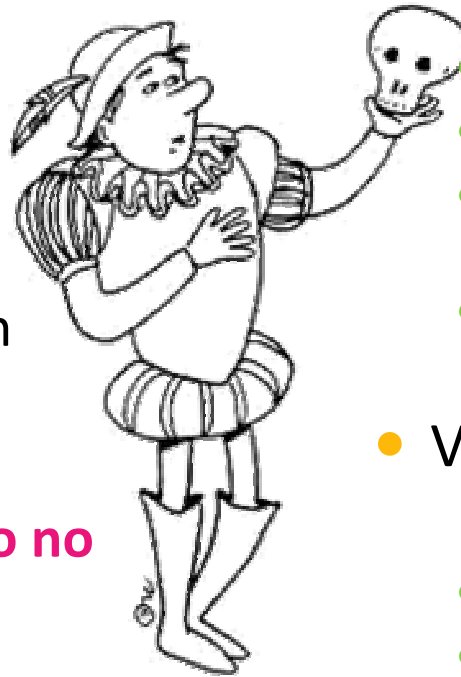


PARA MEJORAR INGESTA

- Potenciar los sabores
- Variar la composición y presentación
- Cambios cualitativos: fortificar/enriquecer con alimentos naturales.
- Cambios en el horario de distribución de los alimentos y del agua

Nutrición enteral y demencia

- Deterioro cognitivo y funcional gradual
 - Disminución de la ingesta.
 - Pérdida de peso
 - Dificultad para tragar
 - Malnutrición
 - Neumonías por aspiración
 - UPP
- **Ingesta oral insuficiente o no segura:**
¿Nutrición por sonda?



- Evidencia clínica
 - Riesgo de aspiración
 - Supervivencia
 - Riesgo de UPPs o infecciones
 - Calidad de vida.
- Valores y creencias
 - Paciente y familiares
 - Profesionales a cargo
- Cuestiones éticas

Nutrición artificial y demencia avanzada

Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria.

Nutr Hosp 2007; 22(1):38-45

- Clara, mujer de **84 años** que vive en una **residencia**. Su estado intelectual se ha ido deteriorando progresivamente en los últimos meses y en la actualidad no es capaz de mantener una conversación aunque es capaz de comprender y seguir órdenes sencillas. Como es incapaz de comer por sí misma **se ha valorado la posibilidad de poner una gastrostomía; mientras tanto se le ha puesto una sonda nasogástrica.** No tiene parientes cercanos y no manifestó nunca sus preferencias si llegara esta situación (directrices avanzadas)
- 62 encuestas (la mayoría entre 45-55 años. 65% médicos. Miembros de la SENPE). Todos con experiencia en el campo de la nutrición.)
- **98% iniciaría** nutrición enteral por gastro (73%) o SNG (25%).
- Disminuye al **41% si** precisa **medidas de sujeción.**
- 77% Nutrición como **cuidado básico** y 23% como tto médico.

La nutrición enteral por sonda se sigue pautando en la demencia.

- 34% of 186,835 residentes en residencias geriátricas en Estados Unidos con deterioro cognitivo avanzado eran portadores de sonda de alimentación. (mencionado en *Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009*).

Table 1 Adults with neurological conditions receiving HETF in UK, 2007.²⁷

	New registrations		Point prevalence	
	n	%	n	%
Cerebral palsy	85	1.6	1,093	5.0
Cerebral trauma	140	2.7	831	3.8
Cerebral tumour	23	0.4	97	0.4
Cerebrovascular disease	1,241	23.9	5,553	25.4
Congenital handicap	27	0.5	371	1.7
Dementia	109	2.1	582	2.7
Huntington's chorea	39	0.8	280	1.3
Motor neurone disease	268	5.2	792	3.6
Multiple sclerosis	214	4.1	1,386	6.3
Muscular dystrophy	19	0.4	130	0.6
Parkinson's disease	169	3.3	603	2.8
Unspecified CNS condition	254	4.9	1,065	4.9
Total	2,588	49.9*	12,783	58.5*

Table 6 Mortality rate post PEG insertion.³⁸

	Patients with advanced dementia (%)	Non dementia patients (%)
At one month	54	28
At one year	90	63

Oral feeding difficulties and dilemmas: a guide to practical care. Particular towards the end of life. RCF 2010.

¿Está la NE indicada en demencia avanzada? Las guías

- **ESPEN** Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clinical Nutrition (2006) 25, 330–360.
- **NICE** guidelines Dementia 2006. Supporting people with dementia and their carers in health and social care.
- **No** está recomendado el soporte nutricional por SNG o gastrostomía **en la demencia terminal**.
- No obstante hay que **individualizar** la decisión.
- Fomentar la **vía oral** y podría beneficiarse de soporte nutricional oral/**enteral** en **demencia temprana o moderada** ya que puede mejorar el estado nutricional.
- Se debe considerar la nutrición por **sonda** y **si** se aprecia que la **disfagia** o aversión a la ingesta es **temporal**.

Enteral tube feeding for older people with advanced dementia.

Sampson EL, Candy B, Jones L. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD007209.

BACKGROUND: The use of enteral tube feeding for patients with advanced dementia who have poor nutritional intake is common. In one US survey 34% of 186,835 nursing home residents with advanced cognitive impairment were tube fed. Potential benefits or harms of this practice are unclear.

OBJECTIVES: To evaluate the outcome of enteral tube nutrition for older people with advanced dementia who develop problems with eating and swallowing and/or have poor nutritional intake.

SEARCH STRATEGY: The Specialized Register of the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group (CDCIG), The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL and LILACS were searched in April 2008.

SELECTION CRITERIA: Randomized controlled trials (RCTs), controlled clinical trials, controlled before and after studies and interrupted time series studies that evaluated the effectiveness of enteral feeding via a nasogastric tube or via a tube passed by percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) were planned to be included. In addition, controlled observational studies were included. The study population comprised adults aged 50 and over (either sex), with a diagnosis of primary degenerative dementia made according to validated diagnostic criteria such as DSM-IV or ICD-10 (APA 1994; WHO 1993) and with advanced cognitive impairment defined by a recognised and validated tool or by clinical assessment and had poor nutrition intake and/or develop problems with eating and swallowing.

MAIN RESULTS: No RCTs were identified. Seven observational controlled studies were identified. Six assessed mortality. The other study assessed nutritional outcomes. There was no evidence of increased survival in patients receiving enteral tube feeding. None of the studies examined QoL and there was no evidence of benefit in terms of nutritional status or the prevalence of pressure ulcers.

AUTHORS' CONCLUSIONS: Despite the very large number of patients receiving this intervention, **there is insufficient evidence to suggest that enteral tube feeding is beneficial in patients with advanced dementia.**

Data are lacking on the adverse effects of this intervention.

¿Por que no se recomienda la nutrición enteral en demencia avanzada?

- **No** prolonga supervivencia.
- **No** se ha demostrado que ayude en tto de UPPS
- **No** disminuye neumonía por aspiración.
- **No** mejora el estado nutricional
- Complicación post gastrostomía 32-70%
- Conteción
- Deprivar de la vía oral y de la interacción que eso supone.

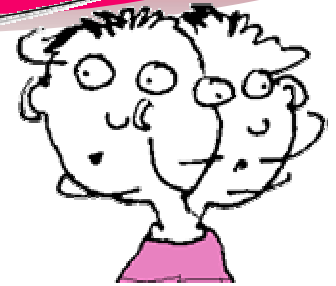


NICE guidelines Nutrition Support in Adults Feb 2006. Nutrition Support in adults, oral nutrition support, enteral tube feeding and parental nutrition.

- La mayoría de estudios se centra en pacientes con nutrición enteral por sonda en la demencia avanzada o en estado terminal. En **algunos casos de demencia la disfagia aparece en etapas tempranas de la enfermedad.**
- En estos casos los beneficios o complicaciones de la nutrición enteral pueden ser muy diferentes que en la demencia avanzada.
- **Sugiere investigar en la demencia leve-moderada y nutrición enteral:**
Cuales son los beneficios del soporte nutricional enteral por sonda en la demencia leve-moderada en pacientes con disfagia en relación a
 - Desarrollo de complicaciones.
 - Estado nutricional
 - Retraso de la progresión de la demencia.
 - Admisiones hospitalarias.
 - Coste efectividad
 - supervivencia?



¿Mala práctica o mala evidencia?



- Pérdida de peso gradual debido a insuficiente ingesta nutricional.
- La disfagia no siempre es un síntoma de la demencia terminal. No detectado antes.
- **¿Se ponen demasiado tarde las gastrostomías?** Albúmina y resolución al poner gastrostomía.
- Las gastrostomías no aumentan supervivencia. No prolonga agonía.
- ¿Los estudios tienen en cuenta problemas derivados del síndrome de realimentación o gastroparesis?
- Agonía del paciente por forzar la ingesta, ingresos con neumonía, fatiga.
- Disminución de ingresos hospitalarios ya que se puede dar tto antibiótico por la gastro.
- Administración de medicación como anticonvulsivos.
- Los datos son limitados y observacionales.
- Gran variabilidad entre la insercción de PEG fuera de la situación médica del paciente.

¿Solución?

Ethical issues in Nutrition Support of Severely Disabled Elderly persons: A Guide for Health Professionals. JPEN 2011 35:295-302. ASPEN.



- Propone 8 pasos para llegar a un consenso.
 - Directrices para el uso de la guía (checklist).
 - Guía de reflexión ética
1. Identificar los **factores clínicos** relevantes y esclarecer la cuestión ética.
 2. Identificar el **contexto sociofamiliar** y todos los responsables involucrados en la situación.
 3. Identificar las **responsabilidades de cada interesado** y
 4. sus **valores** que consideran esenciales para tratar la cuestión ética.
 5. Analizar **el conflicto ético** a resolver
 6. Analizar todas las **opciones posibles** para resolver el conflicto. (Nutrición enteral por sonda/ Soporte nutricional oral activo (suplementos)/Comer por placer
 7. Identificar la **opción consensual** que mejor integra los valores del paciente, familiares y profesionales de la salud.
 8. **Justificación** ética de la elección.

Demencia avanzada con disfagia/malnutrición.

Ayuda a la Toma de Decisiones en el Manejo de Pacientes con Demencia Avanzada, publicación de la SADEMI elaborada por miembros de la UCA del Área Hospitalaria de Valme (Sevilla).



Decisión conjunta con especialistas y familia disminuye la instauración de PEG



Informed Decision-Making Surrounding the Use of Chronic Enteral Nutrition: Let's Talk the Talk.

South Med J. 2010 February ; 103(2): 109–110.

- Casi un descenso del 50% en la inserción de sondas de alimentación en un año. Esta disminución no se asoció en cambios en mortalidad a los 30 días, 1 año o 2 años.

PROPONE RENOMBRAR: Comer por placer solo.
NBM-NO TUBE FEEDING.

Alimentar o no alimentar dilema. Opción de cuidar o no cuidar.

CFO; dar de comer hasta sin que cause distress ("carefully hand feeding" la manera menos invasiva y más satisfactoria para intentar nutrir al paciente). No es no alimentar si no cuidar de otra manera y con otros propósitos y de una manera muy centrada en el paciente para evitar el distress y promover el confort.



Confort Feeding only: A proposal to bring Clarity to Decision Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2010 March; 58(3):580 584



¿Que hacemos con nuestro paciente?

Estadio de la demencia.

Se podría considerar NE por sonda durante episodio agudo y reevaluar.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN