

**II Jornadas de Actualización
en Endocrinología y
Nutrición**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS
Hospital Universitario Reina Sofía

NUTRICIÓN ARTIFICIAL ¿CUÁNDO PENSAR EN ELLA?

**Concepción Muñoz Jiménez
FEA Endocrinología y Nutrición
Abril 2024**

No es lo mismo

ALIMENTACIÓN

Proceso multidimensional con valor gastronómico, cultural y de satisfacción personal



CUIDADO BÁSICO

≠

NUTRICIÓN

Proceso fisiológico, involuntario y no consciente para funciones vitales



ARTIFICIAL

TRATAMIENTO MÉDICO

Artificial nutrition: includes oral nutritional supplements (ONS), enteral nutrition (EN) or parenteral nutrition (PN). Enteral delivery of nutrients includes nasogastric and nasogastrojejunal tubes or percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) or jejunostomy (PEG-J) or surgically induced feeding tubes. Parenteral delivery can involve peripheral intravenous access or central venous access [3].

Artificial hydration: provision of water or electrolyte solutions by any other route than the mouth. This can be achieved by tubes, intravenous and subcutaneous (= dermoclisis) administration [3].

Drumi C et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr. 2016 Dec;35(6):1577. .

DIAGNÓSTICO DESNUTRICIÓN-CRITERIOS GLIM

Tabla I. Criterios para el diagnóstico de la desnutrición global del *Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) working group*

1 criterio fenotípico + 1 criterio etiológico = DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN					
	Criterio fenotípico			Criterio etiológico	
	Pérdida de peso (%)	Bajo BMI (kg/m ²)	Masa muscular reducida	Ingesta alimentaria (o absorción) reducida	Inflamación
Desnutrición moderada	5-10 % en los últimos 6 meses o 10-20 % más de 6 meses	< 20 en < 70 años o < 22 en ≥ 70 años	Déficit leve a moderado	≤ 50 % del requerimiento energético, o cualquier reducción por más de 2 semanas, o cualquier condición GI que afecte la asimilación/absorción de alimentos	Enfermedad/injuria aguda o relacionada a enfermedad crónica
Desnutrición severa	> 10 % en 6 meses o > 20 % en más de 6 meses	< 18,5 en < 70 años o < 20 en ≥ 70 años	Déficit severo		

DIAGNÓSTICO DESNUTRICIÓN-CRITERIOS GLIM

ESTRUCTURALES:

Oncológicas

ORL

MÁXILOFACIAL

ESÓFAGO

NEUROMUSCULARES:

ACVA

ELA

E. ALZHEIMER

E. PARKINSON

**ALTO
RIESGO
DESNUTRICIÓN**

FARMACOLÓGICAS:

Post IOT-UCI

(prolongación ingresos)

EDAD AVANZADA:

PRESBIFAGIA

Complementarity of nutritional screening tools to GLIM criteria on malnutrition diagnosis in hospitalised patients



- ✓ N = 600
- ✓ 55.8 ±14.8 years
- ✓ 51.4% males

Secondary analysis of a prospective cohort study



Data collection by trained research team



NRS-2002
(35.8%)

MUST
(32.8%)

MST
(29%)

SNAQ
(27%)

NRE-2017
(24%)

Relative frequency of nutritional risk by each screening tool



GLIM phenotypic and etiologic criteria
(41.6% malnourished)

In-hospital death
(2.7%)

LOS_≥ 10 days
(48.5%)



Six- months death
(8.5%)

Six-months hospital
readmission
(35.3%)

Approach 1: Accuracy metrics

	Sensibility	Specificity	PVP	PNV	Accuracy
NRS-2002	66%	85%	76%	78%	77%
MUST	74%	96%	93%	84%	87%
MST	61%	94%	87%	77%	80%
SNAQ	54%	92%	83%	74%	76%
NRE-2017	53%	97%	92%	74%	78%

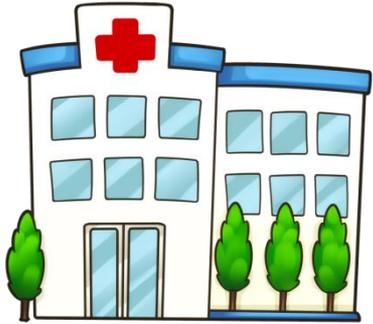
Approach 2: Prognostic value

HR OR	GLIM (+)	NRS-2002 (+)	MUST (+)	MST (+)	SNAQ (+)	NRE-2017 (+)
In-hospital death		ns	7.2	5.3	10.1	5.5
LOS _≥ 10 days		3.0	2.1	2.1	2.5	2.6
Six- months death		3.5	3.9	5.1	4.6	5.0
Six-months readmission		1.7	1.5	1.8	1.8	1.7

Risk screening by MUST is suggested as the first step of the GLIM approach due to its highest PNV and prognostic value when combined with GLIM.

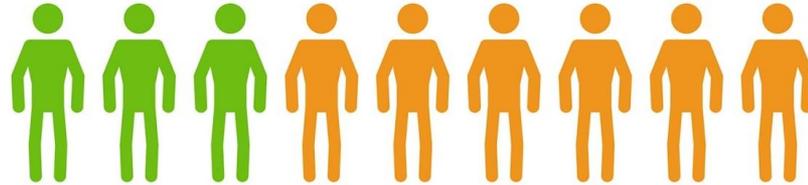
CONCLUSION





ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS HOSPITALARIOS

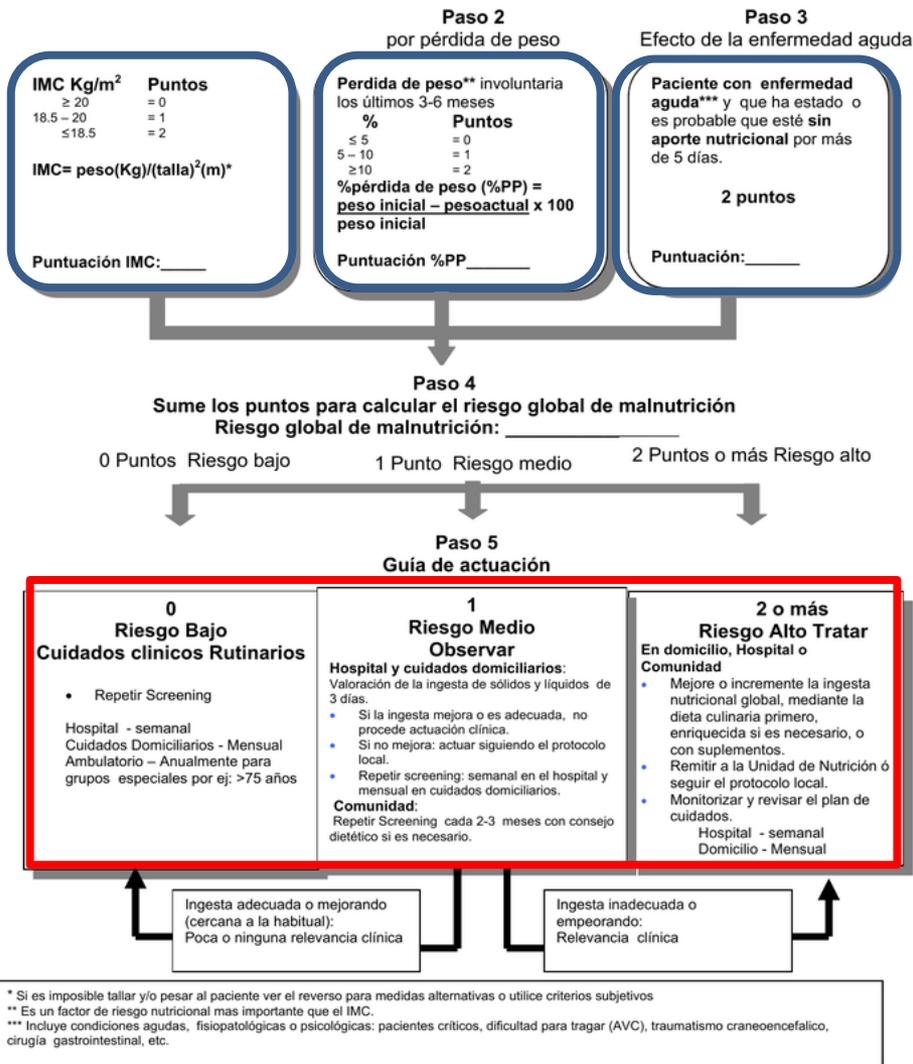
PREVALENCIA DESNUTRICION 48HORAS INGRESO



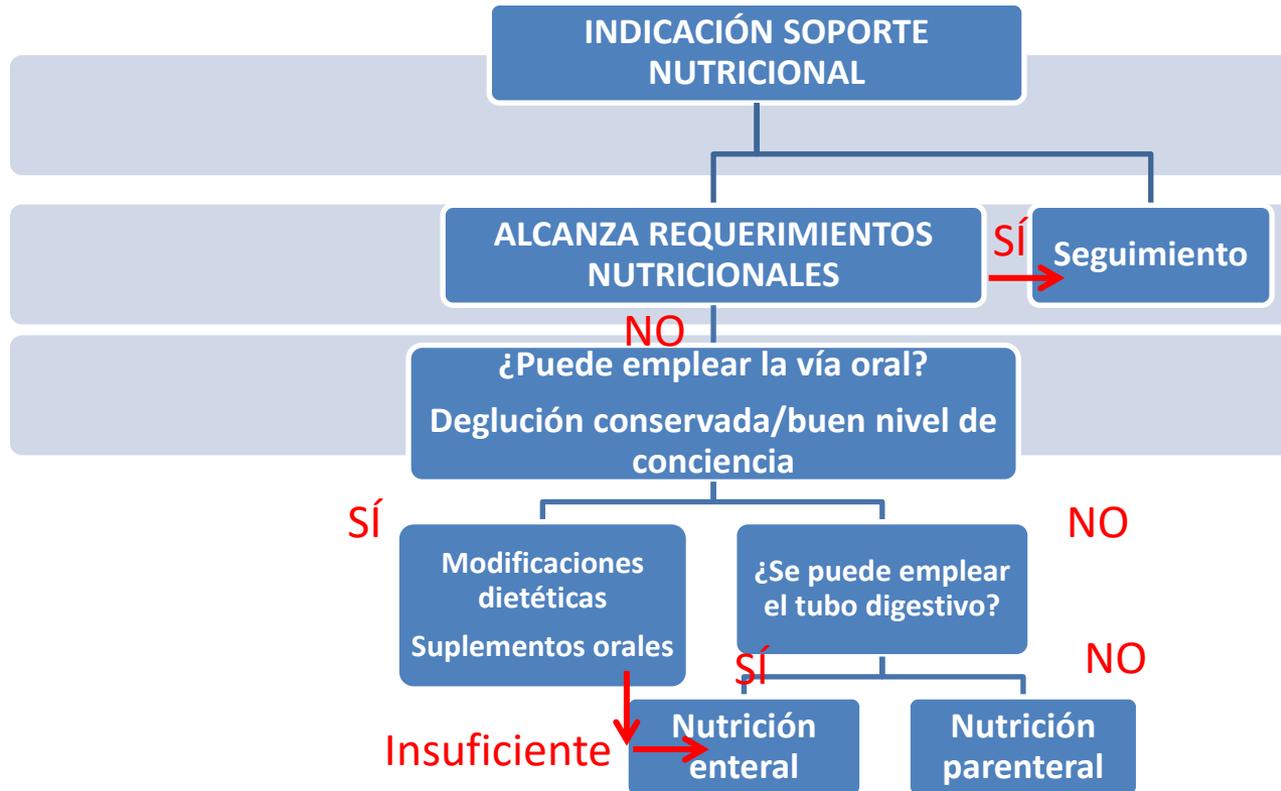
	AÑO	PAIS	n	PREVALENCIA	SCREENING
BAPEN	2007		1610	30%	MUST
EuroOOPS	2008		5051	32,6%	NRS-2002
PREDYCES	2009		1706	23,7%	NRS-2002
VIDA	2013		1090	21,2%	MNA
SeDREno	2019		2185	29,7%	MUST-GLIM

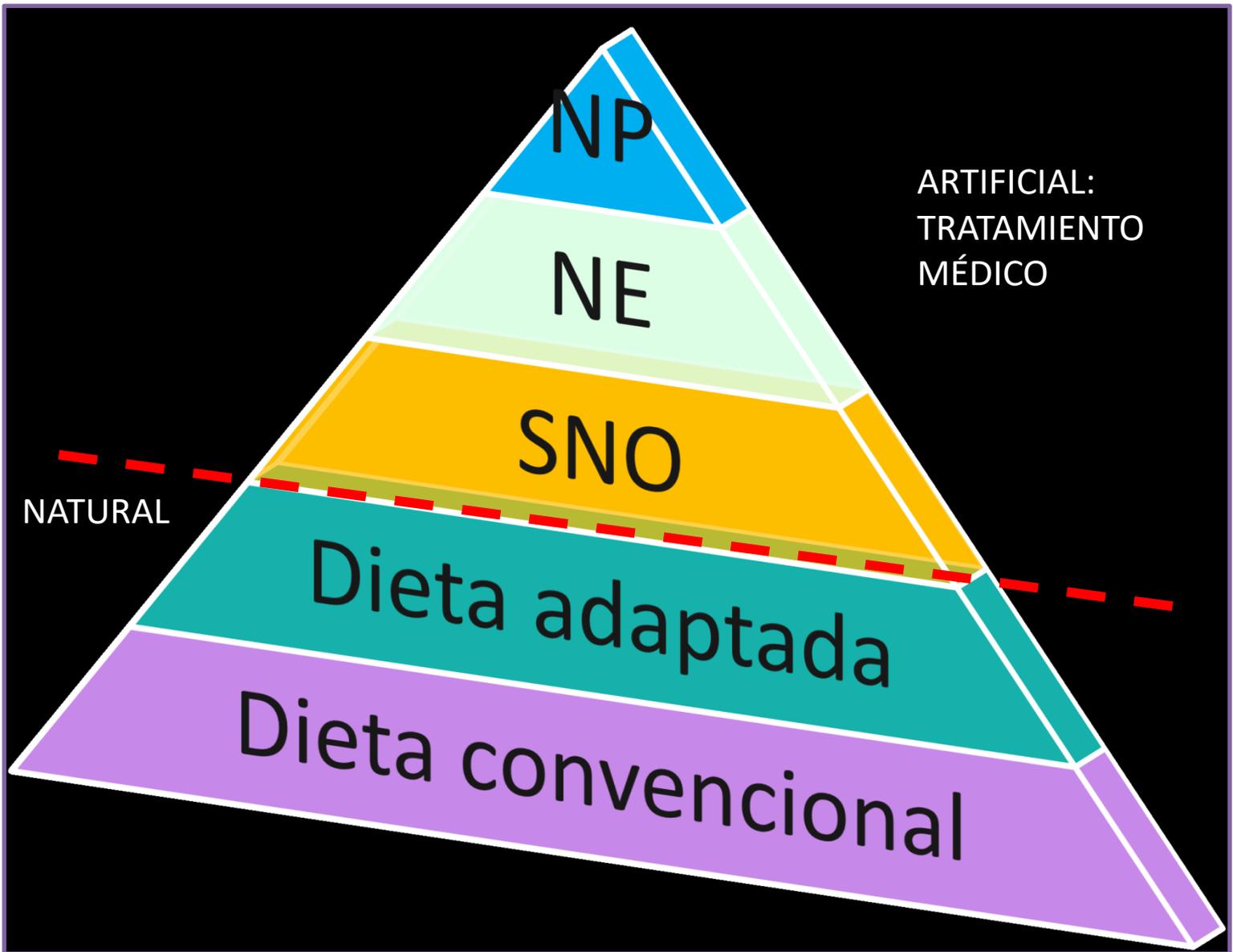
Método de Cribado para detección de la Malnutrición en adultos. (MUST)

Se trata de unas guías publicadas por la Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) que permiten con una metodología simple la selección de individuos con riesgo nutricional para proceder a una valoración más detallada. Las intervenciones son distintas según se evalué a un sujeto ambulatorio o a uno ingresado en el hospital



INDICACIÓN SOPORTE NUTRICIONAL





NP

NE

SNO

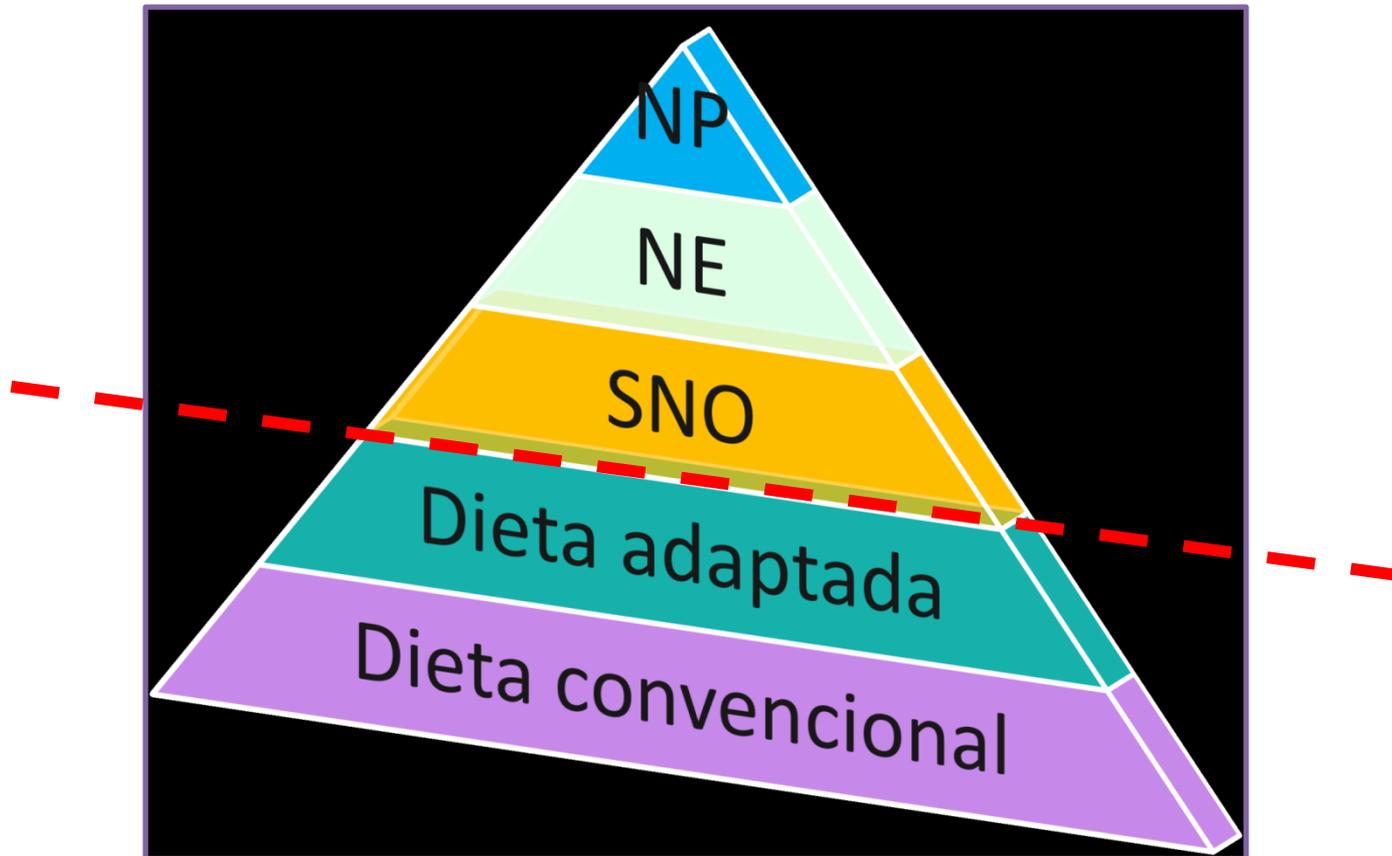
Dieta adaptada

Dieta convencional

ARTIFICIAL:
TRATAMIENTO
MÉDICO

NATURAL

DISFAGIA-RIESGO NUTRICIONAL





**INDICACIÓN SOPORTE NUTRICIONAL
DISFAGIA-DEGLUCIÓN
NO EFICAZ NI SEGURA**



Deglución: fases de la deglución normal

❑ FASE ORAL PREPARATORIA

- Manipulación y masticación del alimento en la boca.

❑ FASE ORAL

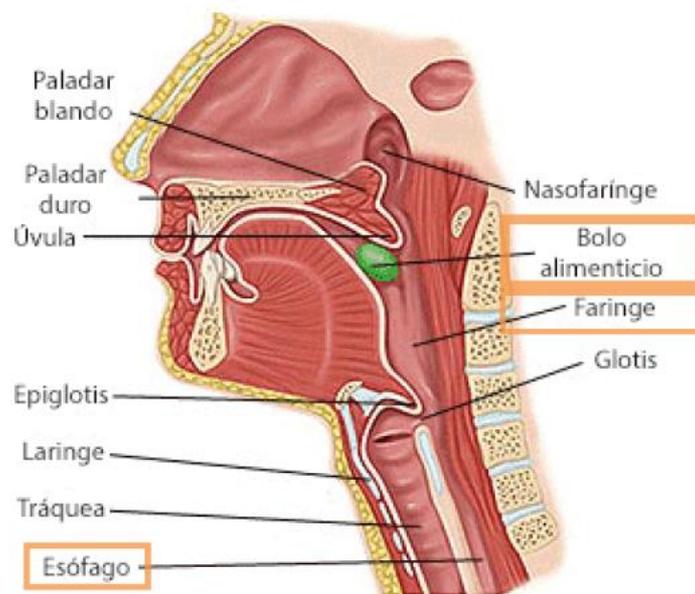
- La lengua empuja el alimento hacia la faringe.

❑ FASE FARINGEA

- El alimento se desplaza a través de la faringe.

❑ FASE ESOFÁGICA

- El alimento pasa del esófago al estómago.





ESTRUCTURALES:

Oncológicas

ORL

MÁXILOFACIAL

ESÓFAGO

NEUROMUSCULARES:

ACVA

ELA

E. ALZHEIMER

E. PARKINSON

DISFAGIA

RIESGO DESNUTRICIÓN

DESHIDRATACIÓN

BRONCOASPIRACIÓN

FARMACOLÓGICAS:

Post IOT-UCI

(prolongación ingresos)

EDAD AVANZADA:

PRESBIFAGIA

DISFAGIA-RIESGO NUTRICIONAL



Síntomas sospecha:

Tos, carraspeo, atragantamiento, babeo, secreciones



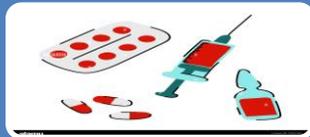
Screening

- Cuestionario EAT-10



Diagnóstico

- Test de volumen-viscosidad
- Fibroendoscopia (FEES-ORL)



Tratamiento

- Causa etiológica
- Espesante disfagia orofaríngea a líquidos
- Modificación texturas. Evitar alimentos riesgo
- Rehabilitación-logopedas



Screening

Cuestionario EAT-10 >3

➔ Test MECV-V

EAT-10

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número que indica el grado de problema que percibe. ¿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

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

3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

- 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

5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

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

A. PUNTUACIÓN

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

A. PUNTUACIÓN

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.

Tabla III
Correlación entre las puntuaciones de ítems y la puntuación total de la escala EAT-10 ES

Ítem de la EAT-10 ES	Correlación	Valor de p
EAT1-Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso	0,7295	<0,0001
EAT2-Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa		
EAT3-Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra		
EAT4-Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra		
EAT5-Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra		
EAT6-Tragar es doloroso		
EAT7-El placer de comer se ve afectado por mi problema		
EAT8-Cuando trago, la comida se pega en mi garganta		
EAT9-Toso cuando como		
EAT10-Tragar es estresante		

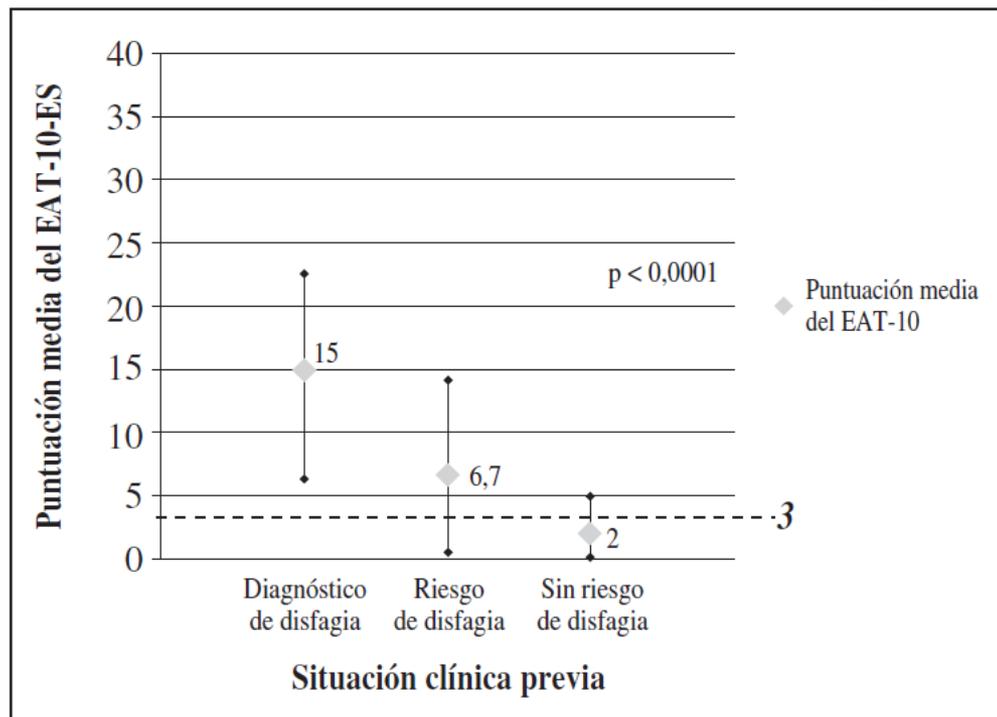


Fig. 1.—Puntuación media de la escala EAT-10 ES de acuerdo a la situación clínica.

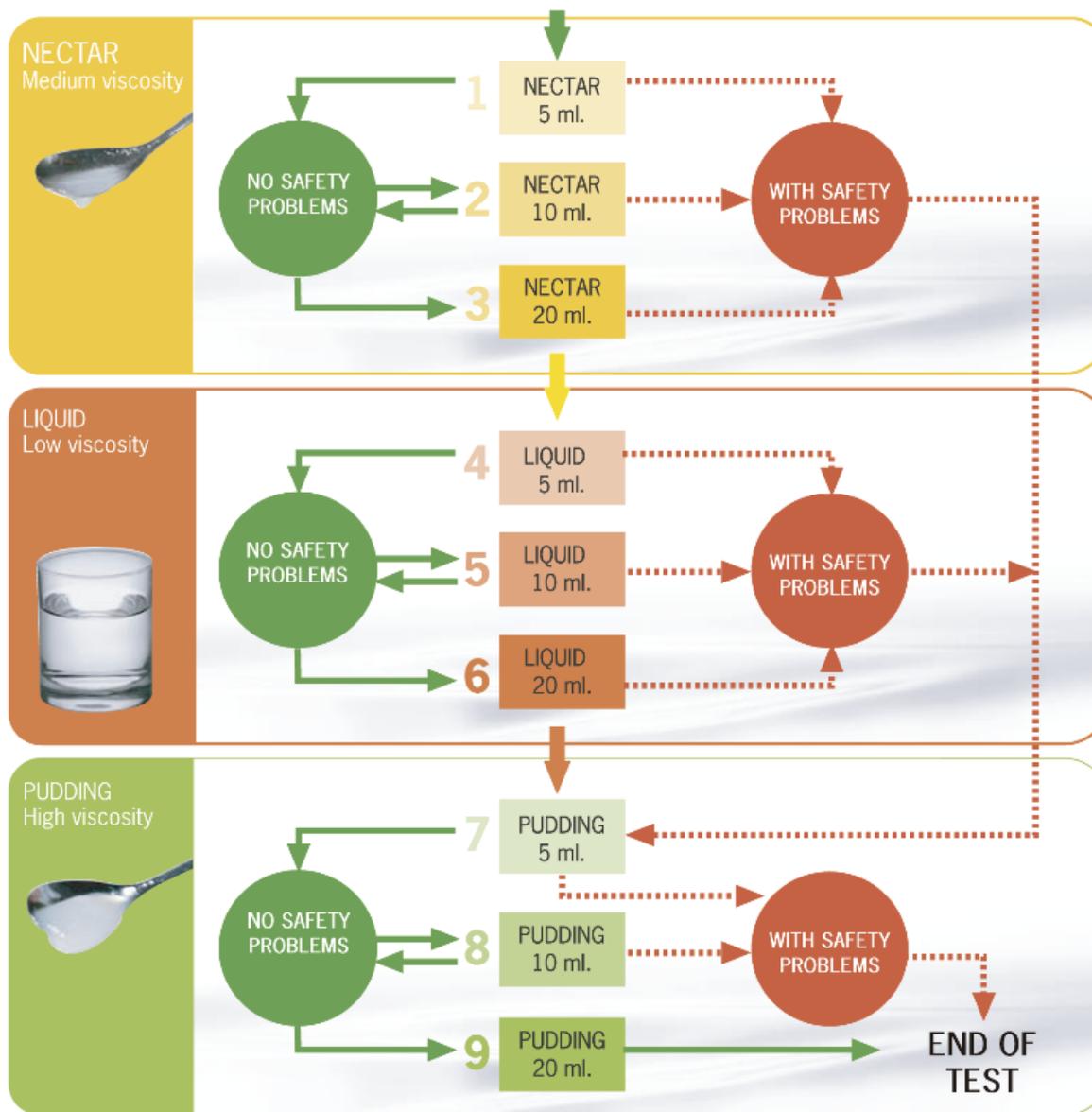


Figura 1: Material necesario para realizar MECV-V

1. Agua a temperatura ambiente.
2. Espesante (para conseguir las viscosidades).
3. Jeringa de 50 ml.
4. 3 vasos (3 viscosidades: liquido, nectar y pudin)
5. Pulsioxímetro
6. Aspirador
7. Hoja de registro



Diagnóstico

Test de volumen-viscosidad



Seguridad:

Neumonía por aspiración
Aumento de mortalidad

- **Tos:** Indica aspiración
- **Cambios voz(voz húmeda):**penetración
- **Desaturación del 3%:**Aspiración

Eficacia:

Deshidratación
Desnutrición

- **Sello labial:** Incapacidad para mantener bolo alimenticio dentro boca
- **Deglución fraccionada:** imposibilidad tragar bolo en una única deglución
- **Residuo oral:** propulsión (quedan restos comida en la boca tras tragar.
- **Residuo faríngeo:** Falta de aclaramiento (quedan restos de comida en la garganta)

Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia

MODIFICACIÓN DE LA VISCOSIDAD DE LOS LÍQUIDOS CON ESPESANTE

Néctar



El líquido espesado cae formando un hilo fino

Miel



El líquido espesado cae formando gotas espesas

Pudding



El líquido espesado cae formando bloques



Espesar líquidos

- Almidón
- Gomas: Guar, xantana, Tara
- Citrato cálcico (E-333)
- Cloruro potásico (E-508)




Hidratación

- Espesantes
- Aguas gelificadas



Adaptación texturas: purés y fácil masticación

- Purés: Deshidratados, Pasteurizados, Liofilizados
- Cereales deshidratados
- Purés y cremas de fruta
- SON textura modificada



DISFAGIA

Recomendaciones

Buscar un entorno tranquilo sin distracciones



Sentarse lo más erguido posible manteniendo la barbilla ligeramente hacia abajo al tragar



Permanecer en posición erguida al menos 30 minutos después de las comidas



Nunca utilizar pajitas ni jeringas



Comer tranquilamente, en pequeñas cantidades



Mantener una correcta higiene de la cavidad bucal antes y después de las comidas



Alimentos de riesgo

Purés con grumos, pieles, hebras, huesecitos, espinas, etc...



Dobles texturas: sopa de pasta, leche con cereales, panes de semillas, naranjas...



Que se peguen al paladar: caramelos, bollería, purés ásperos...



Que se resbalan: mejillones, almejas, guisantes, uvas...



Arroz, legumbres, habas...



Gelatinas



Si se desmenuzan o fragmentan: tostadas, quesos secos, galletas de hojaldre...



Aula Virtual Seen

- Convive
- Cuídate
- Material adicional
- Convive - cómo dar de comer**
- Cuídate- Experiencia pacientes
- Cómo espesar el agua
- Cómo espesar zumo/leche
- Folleto Resumen
- Examen disfagia
- Encuesta de satisfacción

Con la colaboración de:



oncológicas. Puede ser causa de desnutrición y de complicaciones graves como infecciones respiratorias. Solo un mayor conocimiento de como detectar y manejar este problema puede evitar sus complicaciones.



DISFAGIA

Signos/Síntomas de alarma

Atragantamiento o tos durante o después de las comidas



Babeo



Presencia de residuos en la cavidad bucal



Ronquera/Afonía



Pérdida de peso



Fiebre e infecciones respiratorias recurrentes



MODIFICACIÓN DE LA VISCOSIDAD DE LOS LÍQUIDOS CON ESPESANTE

Néctar



El líquido espesado cae formando un hilo fino

Miel



El líquido espesado cae formando gotas espesas

Pudding



El líquido espesado cae formando bloques

Tabla I. Composición de los espesantes analizados. Número aleatorio asignado, cantidad de espesante para obtener 400 ml de viscosidad miel y clasificación general

Número aleatorio asignado	Composición (según información en la etiqueta del bote)	Reconstitución para 400 ml miel. Gramos (cacitos)	Clasificación general del espesante
E1	Maltodextrina, goma xantana y goma guar	12 (4)	N
E2	Almidón de maíz modificado	27 (6)	C
E3	Almidón de maíz modificado (E-1442), maltodextrina	27 (6)	C
E4	Maltodextrina, goma xantana, cloruro sódico, cloruro potásico	12,8 (6,4)	N
E5	Almidón modificado de tapioca, goma xantana, maltodextrina, celulosa modificada, aroma natural	21 (12)	N
E6	Maltodextrina, goma xantana y cloruro potásico	9,6 (8)	N
E7	Almidón de maíz modificado	26 (6,4)	C
E8	Maltodextrina, almidón de maíz modificado (E-1442), goma tara, goma xantana y goma guar	32 (8)	C

C: convencional; N: nueva generación.

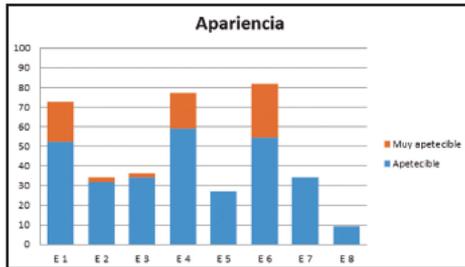


Figura 1.
Apariencia de los espesantes en el "taller de participantes".

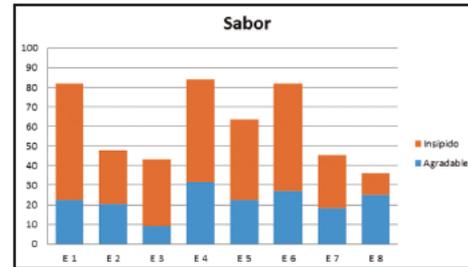


Figura 4.
Sabor de los espesantes en el "taller de participantes".

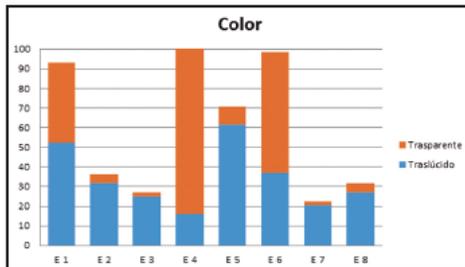


Figura 2.
Color de los espesantes en el "taller de participantes".

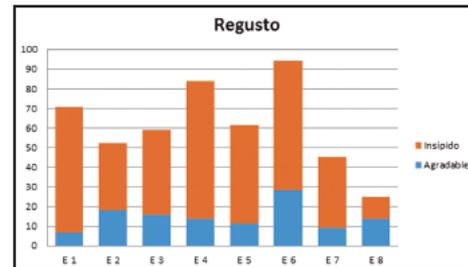


Figura 5.
Regusto de los espesantes en el "taller de participantes".

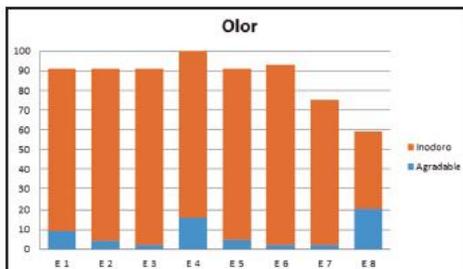


Figura 3.
Olor de los espesantes en el "taller de participantes".

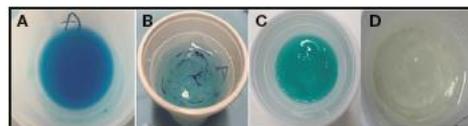


Figura 6.
Aspecto homogéneo azul al mezclar un EC reconstituido con colorante alimentario (A). Formación de hilos al mezclar un EN reconstituido con colorante (B). Mezcla de agua y colorante a la que se añade un EN. Se observa un aspecto homogéneo azul más transparente (C). Mezcla de agua con ácido diatrizoico a la que se añade posteriormente un EN. La viscosidad pierde estabilidad y tiende a pasar a néctar (D).

Tabla II. Solubilidad de los espesantes en el agua

Preparación	Tiempo	Espesantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
E → A	1 min	1	0	0	0	2	2	0	2
E → A	5 min	1	0	0	0	0	1	0	0
E → A	30 min	0	0	0	0	0	0	0	0
A → E	1 min	2	0	0	1	0	1	0	2
A → E	5 min	2	0	0	1	0	1	0	2
A → E	30 min	2	0	0	0	0	0	0	0

E: espesante; A: agua. Homogéneo: 0; grumos: 1; trozos: 2.

0: Homogéneo 1: grumos 2: trozos

Tabla III. Solubilidad y estabilidad de los espesantes con colorante alimentario y contraste (ácido diatrizoico)

Preparación	Tiempo	Espesantes															
		1		2		3		4		5		6		7		8	
		S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E
E* → A + C	5 min	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E* + A → C	5 min	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
A + D → E*	5 min	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0

E: espesante; A: agua; C: colorante; D: ácido diatrizoico; S: solubilidad (homogéneo: 0; hilos-grumos: 1; trozos: 2). E: estabilidad (mantiene consistencia: 0; cambia a néctar: 1; cambia a líquido: 2).*

DISFAGIA

Recomendaciones

Buscar un entorno tranquilo sin distracciones



Sentarse lo más erguido posible manteniendo la barbilla ligeramente hacia abajo al tragar



Permanecer en posición erguida al menos 30 minutos después de las comidas



Nunca utilizar pajitas ni jeringas



Comer tranquilamente, en pequeñas cantidades



Mantener una correcta higiene de la cavidad bucal antes y después de las comidas



Alimentos de riesgo

Purés con grumos, pieles, hebras, huesecitos, espinas, etc...



Dobles texturas: sopa de pasta, leche con cereales, panes de semillas, naranjas...



Que se peguen al paladar: caramelos, bollería, purés ásperos...



Que se resbalan: mejillones, almejas, guisantes, uvas...



Arroz, legumbres, habas...



Gelatinas



Si se desmenuzan o fragmentan: tostadas, quesos secos, galletas de hojaldre...



DIETA ADAPTADA –DISFAGIA-ESPESANTES



[Disfagia](#)

[Tratamientos](#)

[Menús y recetas](#)

[Consejos](#)

[Hable con el experto](#)

Recetas Disfagia



Bebidas



Desayunos



Postres



Primeros Platos



Segundos Platos



Tentempiés

Revisión

Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia



Espesar líquidos

- Almidón
- Gomas: Guar, xantana, Tara
- Citrato cálcico (E-333)
- Cloruro potásico (E-508)



Hidratación

- Espesantes
- Aguas gelificadas

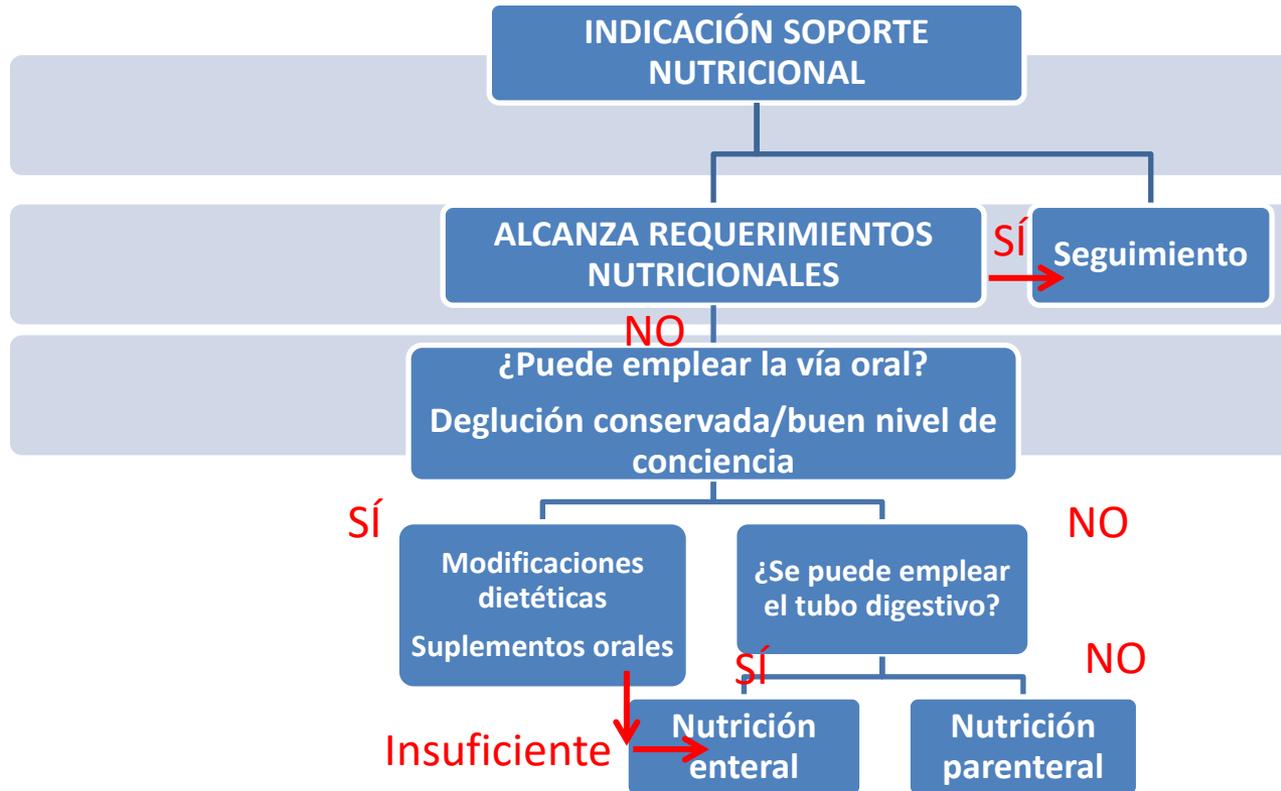


Adaptación texturas: purés

- Purés: Deshidratados, Pasteurizados, Liofilizados
- Cereales deshidratados
- Purés y cremas de fruta
- SON textura modificada



INDICACIÓN SOPORTE NUTRICIONAL



ESTRUCTURALES:

Oncológicas

ORL

MÁXILOFACIAL

ESÓFAGO

NEUROMUSCULARES:

ACVA

ELA

E. ALZHEIMER

E. PARKINSON

**ALTO RIESGO DE
DESNUTRICIÓN**

FARMACOLÓGICAS:

Post IOT-UCI

(prolongación ingresos)

EDAD AVANZADA:

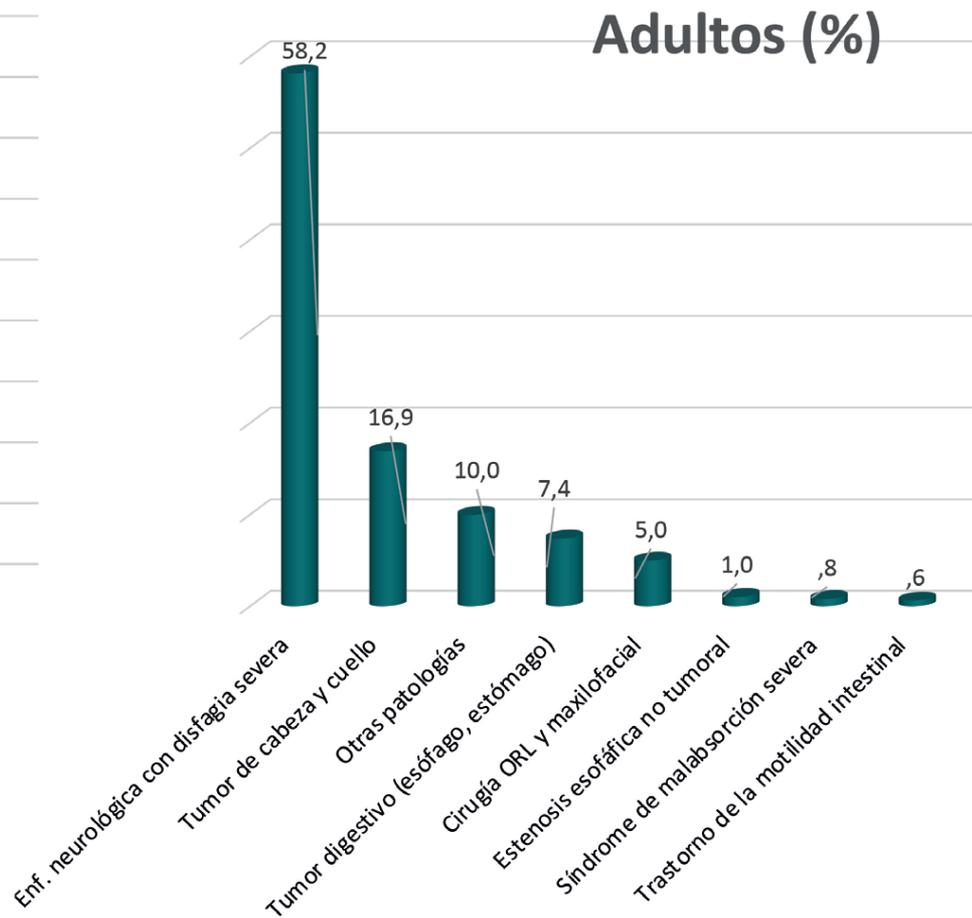
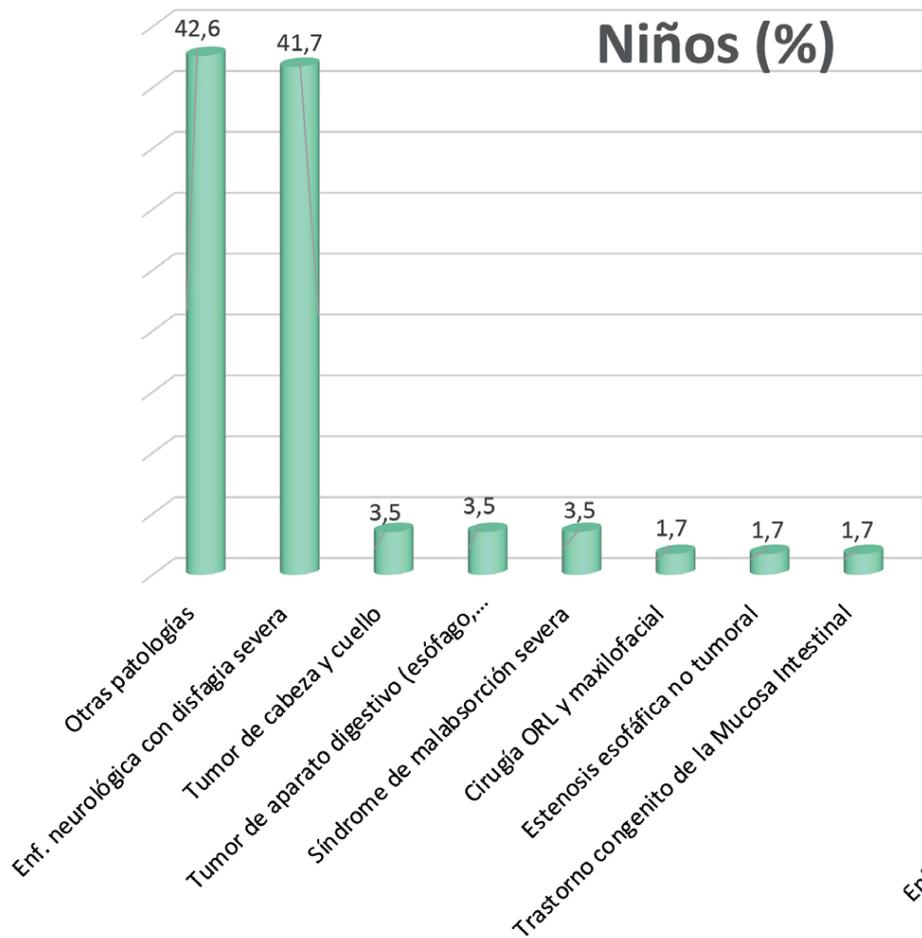
PRESBIFAGIA

EPOC, ICC, EII

INDICACIÓN SUPLEMENTOS ORALES BASADO EN GUÍAS CLÍNICAS ESPEN

	Calorías	Proteínas	Hidratos	Aa específicos	Inmunonutrición
 Hospitalizados	X	X		X?	
 Cirugía mayor-Preqx	X	X		X?	X
Cirugía mayorpostqx	X	X		X?	X
Oncología	X	X		X	
ICC	X	X			X
EPOC	X	X		X	
EII-Qc	X	X			X

NADYA 2019



NUTRICIÓN ENTERAL

INDICACIONES Y
CONTRAINDICACIONES

VÍAS DE ACCESO

FÓRMULAS
RECOMENDADAS

MONITORIZACIÓN Y
FINALIZACIÓN DE NE

RECURSOS

NUTRICIÓN ENTERAL

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES

Riesgo desnutrición:

No pueden cubrir
necesidades
energéticas
Tubo digestivo
funcionante
Optimizar estado
nutricional: calidad vida
Ingesta oral imposible
Ingesta oral inadecuada
Ingesta oral no segura

Priorizar situaciones Riesgo desnutrición:

Enf neurológicas
ACVA
TCE

Oncológicas:
Cabeza y cuello
Tracto gastrointestinal

Sde. Malabsortivos
Enf.gastrointestinales
no oncológicas

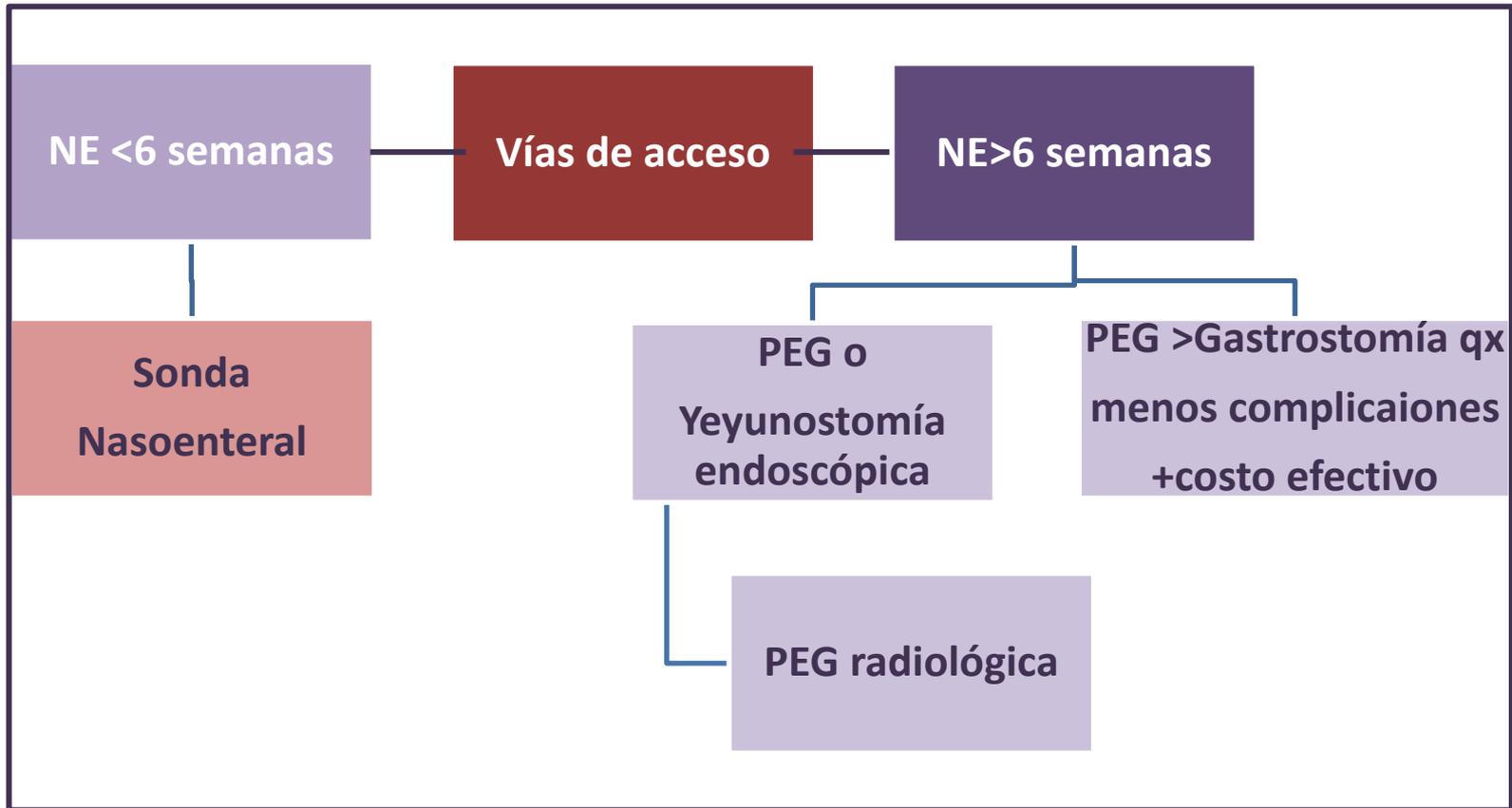
CONTRAINDICACIONES

R3.Si la expectativa de vida < 1 mes, la NE no debe ser iniciada

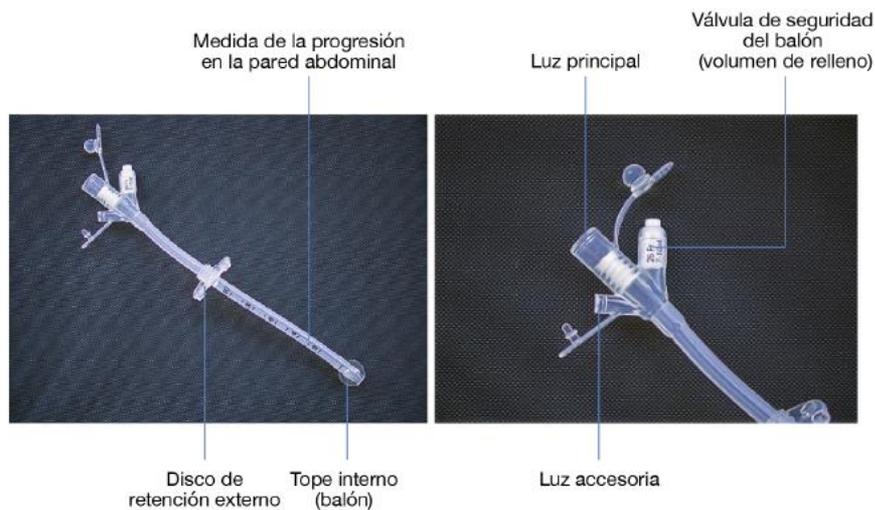
R5.El paciente o cuidadores no pueden cumplir con el programa de NED por organización o problemas logísticos.

R4. Tracto gastrointestinal no funcionando:
Disfunción severa intestino,
Obstrucción GI
Sangrado activo GI
Malabsorción severa
Desequilibrio metabólico severo

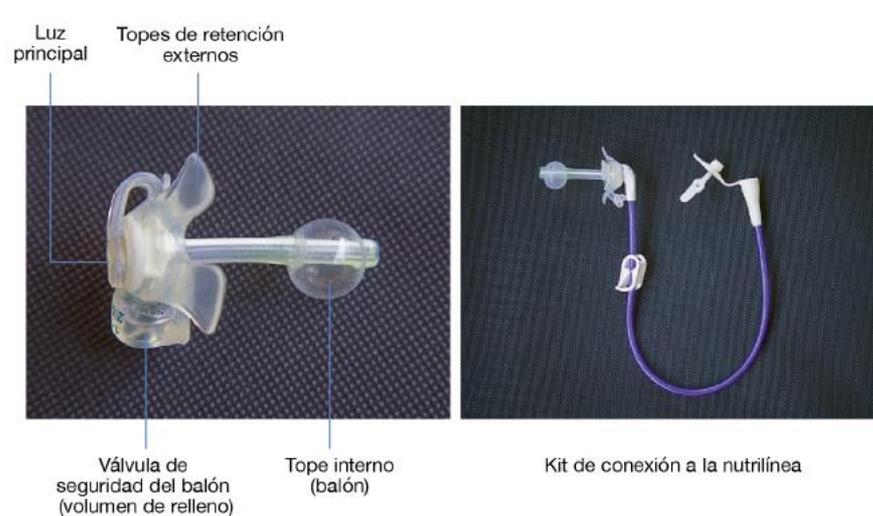
NUTRICIÓN ENTERAL



NUTRICIÓN ENTERAL- GASTROSTOMÍA



Sonda de gastrostomía balón



Sonda de bajo perfil

Vías de acceso

Cuidados

GASTROSTOMÍA

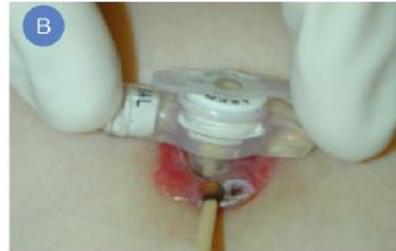
Cura local diaria del estoma la 1ª semana
Mantener herida limpia y seca
Limpieza con hidrogel de glicerina
> 1ª semana, 1 ó 2 veces/semana

La sonda debe **girarse diariamente**
pasada la 1ª semana
Retornarla a su punto inicial
Distancia entre la piel y el disco de 0,5-1cm
No girar si
extensión gastroyeyunal o gastroyeyunostomía ,

Salida accidental acudir a servicio de urgencias <24 horas
Cierre del estoma en menos de 24 horas
Nueva colocación sonda

1º Recambio sonda por endoscopista en un año
Sucesivos recambios, endocrino /6 meses

Complicaciones gastrostomía



Tejado de granulación cauterizado con nitrato de plata



Infección local



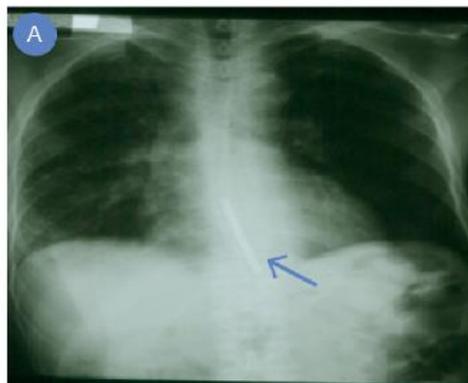
Incontinencia de estoma



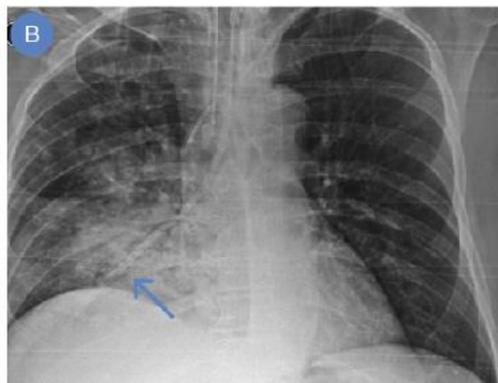
Sonda Impactada (englobamiento por la mucosa gástrica)

Vías de acceso Cuidados

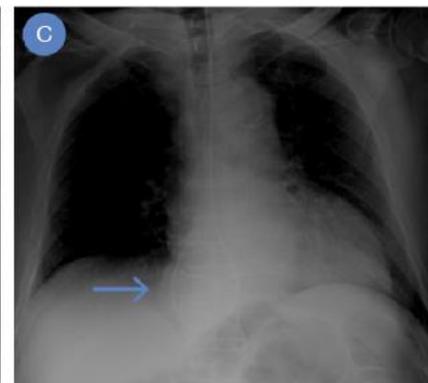
SONDA NASOGÁSTRICA



SNG con extremo distal en tercio distal de esófago



Sonda situada en pulmón derecho con neumonía asociada



Sonda con bucle retrógrado

Figura 10. Complicaciones de la malposición de la sonda nasogástrica.

Evitar obstrucción:

1. Agua antes y después de la NE y cualquier medicamento
2. Revisar fijación sonda

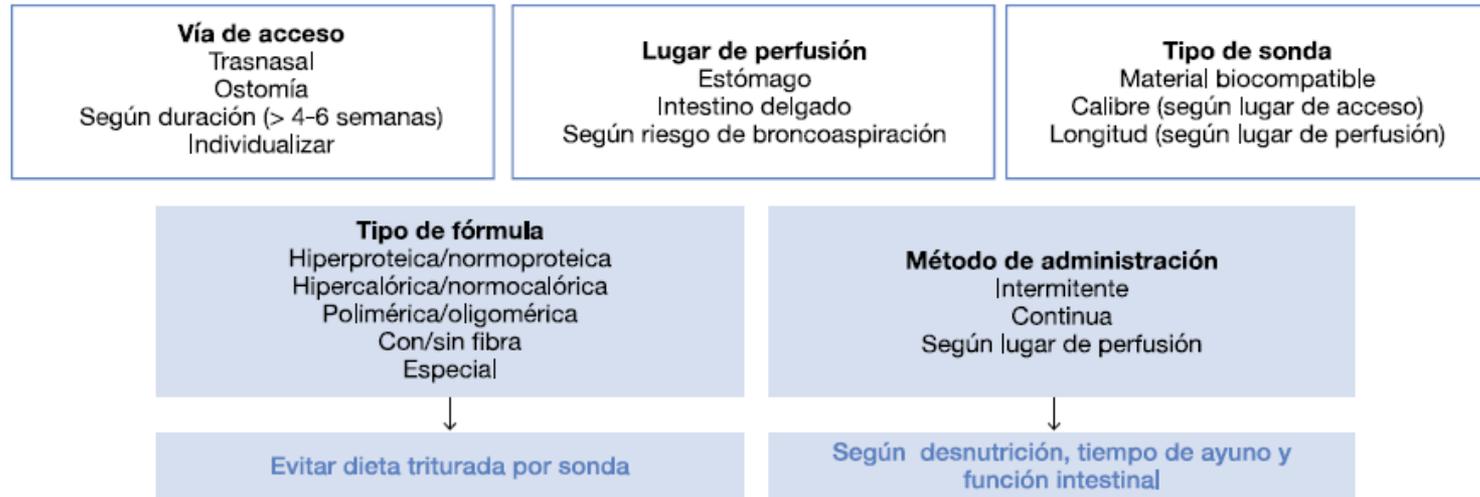
Elección fórmula nutrición enteral



No se recomienda administrar comida casera con textura modificada a través de la sonda- No seguridad ni eficacia

Planificación nutrición enteral

Planificación de la NE



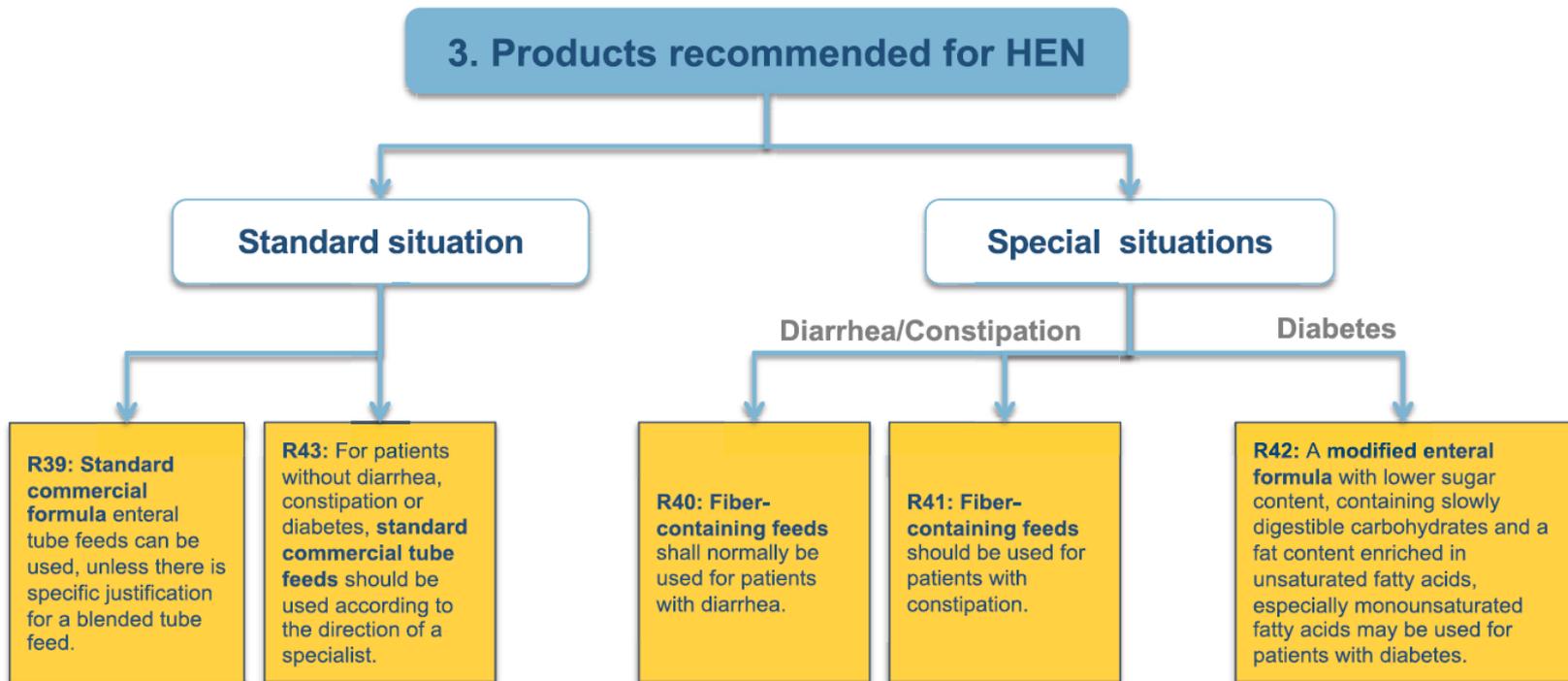


Fig. 10. Products recommended for home enteral nutrition (HEN).

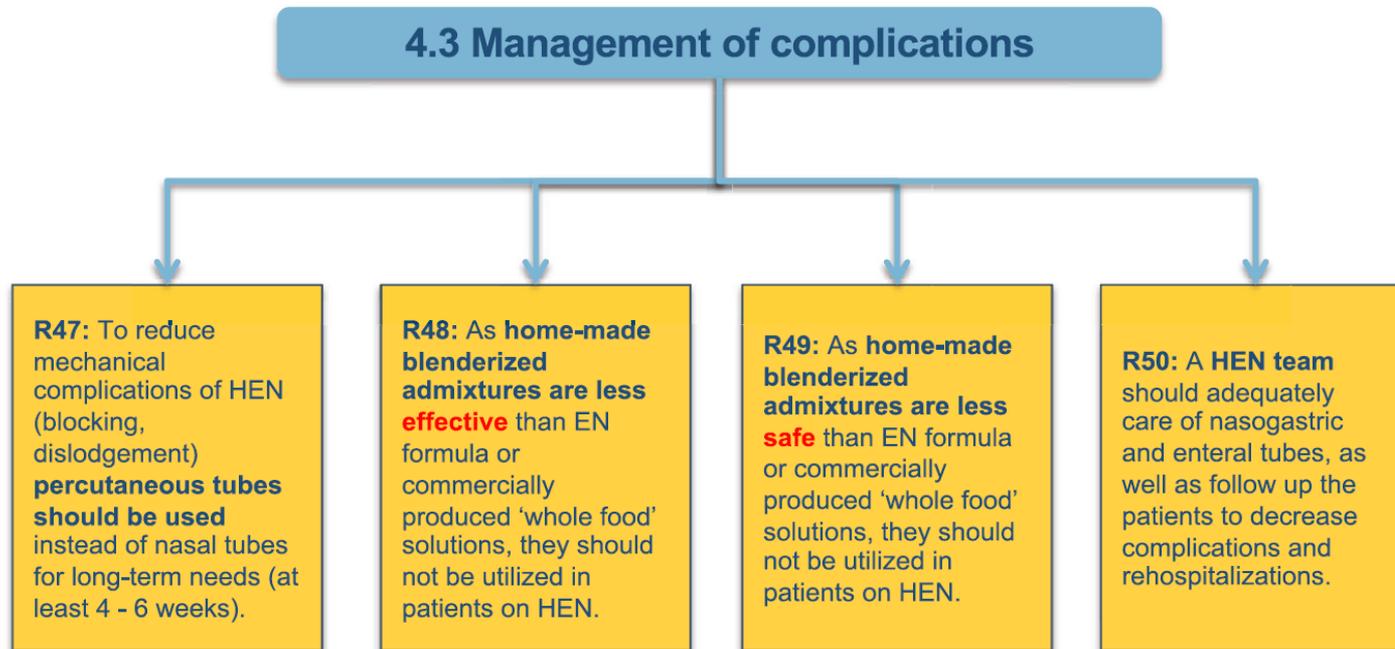


Fig. 14. Monitoring and termination of home enteral nutrition – Management of complications. Abbreviations: EN, enteral nutrition; HEN, home enteral nutrition.

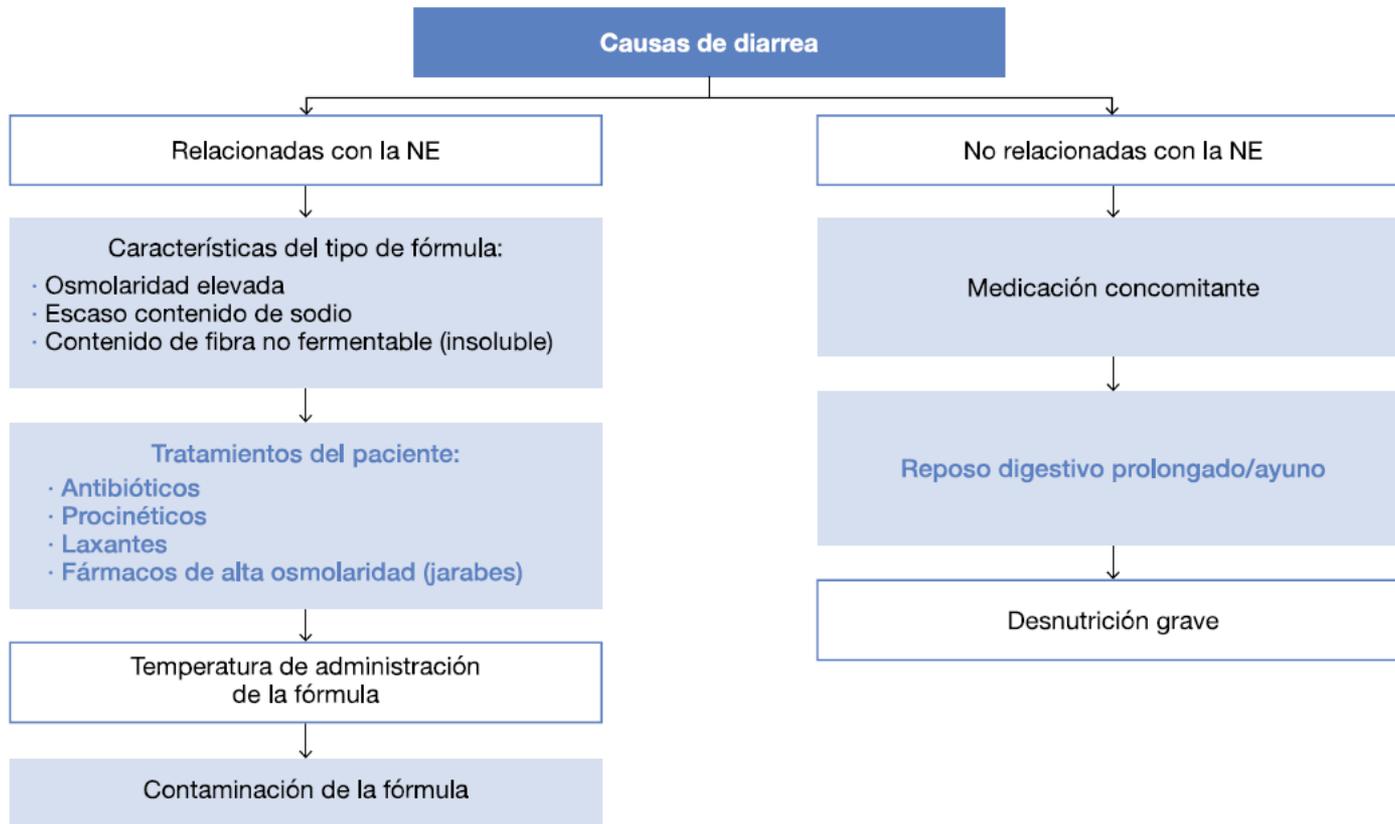
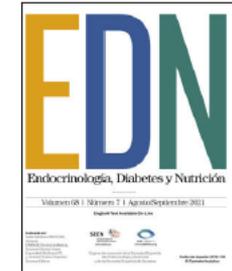


Figura 12. Causas de diarrea asociada a la nutrición enteral (NE).



Endocrinología, Diabetes y Nutrición

www.elsevier.es/endo



ARTÍCULO ESPECIAL

Resumen ejecutivo del documento de posicionamiento sobre el empleo de la nutrición enteral en la demencia avanzada



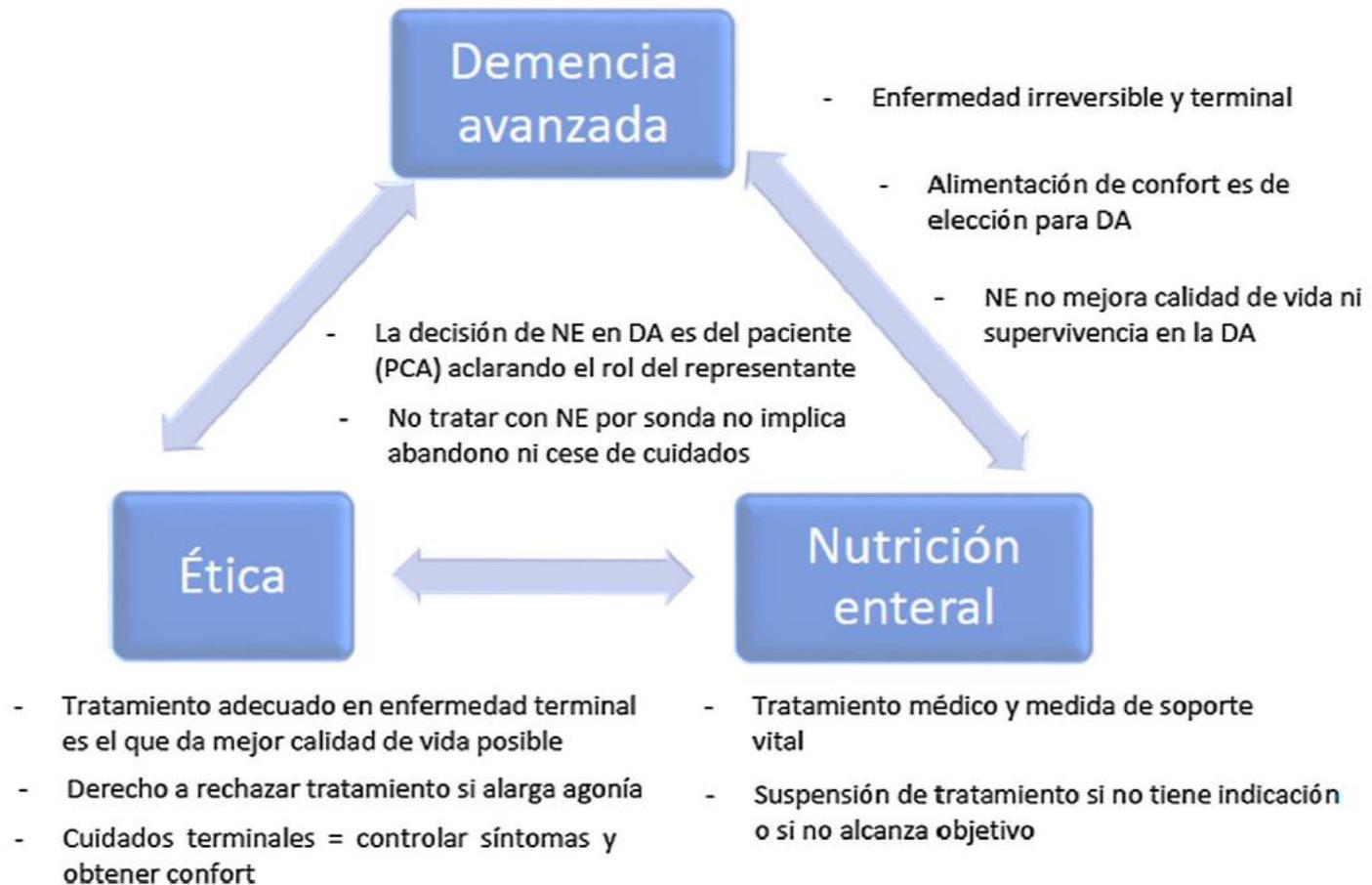


Figura 1 Ideas fuerza del empleo de la nutrición enteral en la demencia avanzada.

Tabla 2 Decálogo

La demencia avanzada es una enfermedad irreversible y terminal.

La nutrición enteral por sonda es un tratamiento médico y una medida de soporte vital.

El tratamiento adecuado en una enfermedad terminal es el que da la mejor calidad de vida posible al paciente.

Un paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento si supone alargar una agonía o una vida en penosas condiciones sin capacidad de recuperación.

La nutrición enteral por sonda no mejora la calidad de vida ni la supervivencia de una persona con demencia avanzada.

Los cuidados terminales tienen como objetivo conseguir controlar los síntomas y proporcionar confort al paciente.

La alimentación oral asistida de confort es el método de elección para la alimentación de una persona con demencia avanzada.

La decisión de tratar con nutrición enteral por sonda a una persona con demencia avanzada compete a la propia persona, mediante un proceso de planificación compartida de la atención recogido en la historia clínica o en documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas, incluyendo el rol del representante para la decisión por representación (patrón de decisión competente o patrón del mejor interés).

La decisión de no tratar con nutrición enteral por sonda a una persona con demencia avanzada no implica el cese de cuidados ni abandono; su fallecimiento no se debería a la ausencia de tratamiento nutricional, sino a la evolución de su enfermedad terminal.

La nutrición enteral por sonda debe interrumpirse si no tiene indicación o si no se alcanza el objetivo para el que se inició.

REQUISITOS NE DOMICILIARIA

- Las necesidades nutricionales del paciente no pueden ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario.
- Que la administración de estos productos permita lograr una mejora de la calidad de vida del paciente o una posible recuperación de un proceso que amenace su vida
- La indicación será con base en criterios sanitarios y no sociales.
- Los beneficios superarán los riesgos.
- El tratamiento se valorará periódicamente.

No se alcanzan objetivos

OBJETIVOS

- Disminuir el riesgo de neumonía por aspiración
- Mejorar el estado nutricional, funcional y calidad de vida
- Disminuir el riesgo de UPP
- Aumentar supervivencia

RESULTADOS

- *No disminuye el riesgo de neumonía por aspiración.*
- *Limitación de interacción social y del placer de saborear comida*
- *Arrancamiento de sonda. ¿Contención mecánica?*
- *UPP parecen empeorar con gastrostomía*
- *No cambia la supervivencia*

- Lembeck ME, Pameijer CR, Westcott AM. The Role of Intravenous Fluids and Enteral or Parenteral Nutrition in Patients with Life-limiting Illness. *Med Clin North Am.* 2016 Sep;100(5):1131-41

- Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;2009(2):CD007209.

- Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med.* 2012 May 14;172(9):697-701.



Figura 2 Negativa a la ingesta en paciente con DA.
DA: demencia avanzada.

Tabla 1

Principales problemas en la alimentación en personas con DA y su intervención

Problema	Intervención
Entorno inadecuado durante las comidas	Comer en un ambiente agradable, tranquilo y sin prisa. No emplear la vía oral mientras el paciente se encuentra adormilado o agitado. La asistencia en la ingesta debe proporcionarse de forma individualizada, de una manera segura y preservando la dignidad de la persona.
Problemas de salud bucodental	Mantener una adecuada higiene oral. Ajuste adecuado de prótesis dentales. Tratamiento pertinente de problemas dentales.
Dieta restrictiva o monótona	Evitar restricciones dietéticas. Ofrecer menús variados, cuidando la presentación de los platos e individualizando según necesidades y gustos del paciente.
Disfagia	Enriquecer la dieta con alimentos de alto contenido proteico y energético. Adaptar la textura de la dieta. Emplear espesantes y/o aguas gelificadas. Evitar alimentos con dobles texturas o de riesgo (alimentos pegajosos, fibrosos, etc.). Utilizar utensilios adaptados. No utilizar jeringas ni pajas. Colocar al paciente en una postura adecuada: sentado o a 45° hasta media hora después de la ingesta, con la espalda apoyada sobre el respaldo y con la cabeza con ligera flexión anterior. Seguir las recomendaciones del logopeda si procede. Estimulación sensorial en casos de apraxia deglutoria.
Efectos secundarios de fármacos y/o polifarmacia (excesiva sedación, anorexia, xerostomía, náuseas)	Ajustar la medicación.
Otras: odinofagia por candidiasis, estreñimiento, depresión, ansiedad, etc.	Tratamiento específico.

DA: demencia avanzada.

Tabla 2 Decálogo

La demencia avanzada es una enfermedad irreversible y terminal.

La nutrición enteral por sonda es un tratamiento médico y una medida de soporte vital.

El tratamiento adecuado en una enfermedad terminal es el que da la mejor calidad de vida posible al paciente.

Un paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento si supone alargar una agonía o una vida en penosas condiciones sin capacidad de recuperación.

La nutrición enteral por sonda no mejora la calidad de vida ni la supervivencia de una persona con demencia avanzada.

Los cuidados terminales tienen como objetivo conseguir controlar los síntomas y proporcionar confort al paciente.

La alimentación oral asistida de confort es el método de elección para la alimentación de una persona con demencia avanzada.

La decisión de tratar con nutrición enteral por sonda a una persona con demencia avanzada compete a la propia persona, mediante un proceso de planificación compartida de la atención recogido en la historia clínica o en documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas, incluyendo el rol del representante para la decisión por representación (patrón de decisión competente o patrón del mejor interés).

La decisión de no tratar con nutrición enteral por sonda a una persona con demencia avanzada no implica el cese de cuidados ni abandono; su fallecimiento no se debería a la ausencia de tratamiento nutricional, sino a la evolución de su enfermedad terminal.

La nutrición enteral por sonda debe interrumpirse si no tiene indicación o si no se alcanza el objetivo para el que se inició.

Tabla 3 Qué hacer y qué no hacer

	Qué hacer	Qué no hacer
Pronóstico de DA con y sin SNG	Explicar que la DA es una enfermedad irreversible y terminal	Crear falsas expectativas de mejora de calidad de vida y supervivencia con NE por sonda
Papel de la NE en DA	Explicar que la NE es un tratamiento médico, con indicación y objetivo (tiene que reevaluarse a lo largo del tiempo), y que no mejora calidad de vida ni supervivencia	Decir que la NE es el alimento que se le va a dar a su familiar para que siga viviendo
Papel de la alimentación de confort en DA	Explicar que la alimentación de confort es el tratamiento nutricional más adecuado en DA porque consigue más confort y mayor calidad de vida	Decir que si no se le pone una SNG no estamos haciendo nada
Decisión de colocar SNG en DA	Explicar que la decisión debería ser del paciente, según la PCA realizada a lo largo de su enfermedad y sus IP/VA. En caso de no haber realizado PCA o no disponer de IP/VA, mediante la decisión por representación de sustitución: «¿Qué es lo que el paciente hubiese querido para sí mismo?» o criterio del mejor interés: «¿qué es lo mejor para el paciente en este momento?»	Decir que tienen que decidir los familiares si se coloca la SNG o si no se hace nada
Decisión de no colocar SNG en DA	Explicar que no colocar SNG no implica cese de cuidados ni abandono del paciente, y que la causa final de la muerte es la evolución de la enfermedad	Decir que, si no se coloca una SNG, el paciente se va a morir de hambre
Negativa a la ingesta	Descartar enfermedad intercurrente, corregir situaciones que puedan contribuir a dicha negativa	Decir que la solución es colocar una SNG para alimentar al paciente

DA: demencia avanzada; IP/VA: instrucciones previas/voluntades anticipadas; NE: nutrición enteral; PCA: planificación compartida de la atención; SNG: sonda nasogástrica.

Conclusiones



- En personas con DA, cuando surgen dificultades con la alimentación, no se recomienda el uso de SNG/gastrostomía.
- La nutrición artificial por sonda se asocia con más agitación, mayor uso de contención (física y química), complicaciones de la sonda y UPP.
- La alimentación oral asistida debe ofrecerse como alternativa a la sonda, ya que presenta los mismos resultados en mortalidad, broncoaspiración, status funcional y mejor confortabilidad.
- Debemos esforzarnos en intentar aumentar el porcentaje de pacientes alimentados de forma asistida por boca mejorando el entorno, con un abordaje centrado en el paciente, como parte del cuidado habitual de la persona con DA.

Enfermedad neurodegenerativa

1. La nutrición enteral por sonda no mejora la calidad de vida ni la supervivencia de una persona con demencia avanzada.
 2. Los cuidados terminales tienen como objetivo conseguir controlar los síntomas y proporcionar confort al paciente.
 3. La alimentación oral asistida de confort es el método de elección para la alimentación de una persona con demencia avanzada.
-
1. Si no se trata con nutrición enteral por sonda a una persona con demencia avanzada, no se le está dejando morir de hambre.