

JORNADA DEMÈNCIA I FINAL DE VIDA

Complicacions clíniques. Maneig de decisions



Grup de Demències
Societat Catalana de Geriatria i
Gerontologia



PROBLEMES EN L' ALIMENTACIÓ



- Los pacientes con demencia, en sus primeras fases no suelen presentar desnutrición, es más en muchos de ellos se observa sobrepeso.
- Cuando la enfermedad evoluciona pierden peso de manera progresiva, siendo frecuente un déficit de micronutrientes.
- El 50% padecen desnutrición , 25% presentan valores por debajo de la normalidad de nutrientes no energéticos pero esenciales.

En las personas con demencia avanzada son frecuentes los problemas nutricionales debido, a que se ven afectados los actos relacionados con la alimentación,

lo que da lugar a



- ingestas inadecuadas
- alteraciones del comportamiento alimentario

Será necesario improvisar y modificar hábitos y costumbres

Todo vale.....



En relación con la alimentación, los pacientes pasan por cuatro fases bien definidas que siguen el curso evolutivo de la enfermedad

En una primera fase

- Existe aversión por los alimentos.
- El sujeto puede comer solo, pero se olvida de comer o se levanta antes de terminar de comer.

En relación con la alimentación, los pacientes pasan por cuatro fases bien definidas que siguen el curso evolutivo de la enfermedad

En una segunda fase

- Existe dependencia parcial para la alimentación.
- El paciente, sin razón aparente, no quiere comer o necesita ayuda para hacerlo, por ejemplo para cortar la carne
- En realidad comienzan a tener dificultad física para comer y en esta fase es muy importante el papel ejercido por la disfagia.
- Comienza a existir una dependencia parcial del individuo hacia su cuidador.

En relación con la alimentación, los pacientes pasan por cuatro fases bien definidas que siguen el curso evolutivo de la enfermedad

En la tercera fase

- La dependencia para la alimentación es total; no come si no lo ayudan.
- Es una fase en la que los pacientes juegan con la comida, comen lo no comestible o bien ignoran la comida.
- Esta fase suele corresponder con la etapa en que no identifican los familiares.

En relación con la alimentación, los pacientes pasan por cuatro fases bien definidas que siguen el curso evolutivo de la enfermedad

En la cuarta fase,

- **Se observa una ausencia total de alimentación.
Está motivada por la dificultad aumentada de la capacidad de masticar y deglutir los alimentos.**

- VALORACIÓN NUTRICIONAL
- TRASTORNOS NUTRICIONALES Y DE COMPORTAMIENTO
- INTERVENCIONES SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL
- DISFAGIA

Valoración del estado nutricional en el anciano

- Historia clínica
- Historia dietética
- Exploración física
- Medidas antropométricas
- Métodos analíticos
- Requerimientos nutricionales en el anciano



- Está el paciente bien nutrido?
- ¿Tiene un riesgo elevado de morbilidad y / o mortalidad?
- ¿Cuál es la causa de malnutrición /sobrepeso?
- ¿Puede responder al tratamiento nutricional?

TRASTORNOS NUTRICIONALES Y DE COMPORTAMIENTO

- **Modificación de peso**
- **Disfagia**
- **Hiperfagia**
- **Anorexia**
- **Consumo de productos no comestibles**
- **Sitofobia**
- **Negación a comer**
- **No abre la boca espontáneamente**
- **Escupe la comida**



- **Apraxia**
- **Ansiedad / depresión**
- **Agitación psicomotriz**
- **Alteración percepción sensorial**
- **Hiperfagia**
- **Agnosia visual**
- **Sitofobia (rechazo de los alimentos por miedo)**

Modificación de peso

En el inicio de la enfermedad el paciente puede experimentar un aumento de peso debido a hiperfagia,
A lo largo de la evolución de la enfermedad (debido a la pérdida de autonomía y capacidad cognitiva)

Mejorar el aporte nutricional:

- Fraccionamiento de las comidas
- Tener en cuenta los gustos del paciente
- Confección de recetas culinarias sabrosas
- Proporcionar alimentos de mayor densidad nutricional
- Adaptación de texturas, procurar presentaciones agradables a la vista

Recomendaciones:

- Preparar los alimentos que más gusten al paciente
- Preparaciones con mucho sabor
- Ofrecer zumos, leche, batidos de almendras, yogures...
- Añadir legumbres, frutos secos en polvo, crema de leche, cereales solubles, etc
- Aportes entre comidas

Hiperfagia

- Sensación de hambre insaciable o bien olvida que ha comido y pide comer de nuevo.
- No tiene sensación de saciedad y suele ser pasajera.
- El paciente suele ganar peso.

Dieta fraccionada

Cocción con pocas grasas

Alimentos con bajo contenido energético (caldo vegetal)

Consumo de productos no comestibles

- La pica, el paciente pierde la capacidad para distinguir lo comestible de lo no comestible.
- Consecuencias: diarrea, intoxicaciones, hemorragia, obstrucción intestinal, etc.

Objetos que el paciente puede ingerir estén fuera de su alcance

Sitofobia

- Rechaza los alimentos por miedo.
- El miedo puede estar relacionado con el color o la forma del alimento.
- Otras piensa que se le va envenenar.
- Suele tener apetito , pero la idea delirante sobre el alimento le impide ingerirlo

Probar su plato

Comer juntos

Negación a comer

Puede ser debida a la falta de apetito relacionada con la demencia, problemas bucales, infecciones, dentición, constipación...

No abre la boca

Escoce la comida

Acto de comer a la rutina
y dentro de un rito

Alimentos que gusten

Ambiente relajado

DISFAGIA

- Sensación subjetiva de detención o dificultad de paso del bolus alimenticio.
- Proceso muy frecuente y desapercibido
- Suele acompañarse de anorexia, miedo de comer y pérdida de peso.
- Puede acompañarse de riesgo de aspiraciones del alimento.



EAT-10: Eating Assessment Tool. Despistatge de la Disfàgia.

1 El meu problema per a tragar m'ha portat a perdre pes

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

2 El meu problema per tragar interfereix amb la meva capacitat per menjar fora de casa

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

3 Tragar líquids em suposa un esforç extra

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

4 Tragar sòlids em suposa un esforç extra

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

5 Tragar pastilles em suposa un esforç extra

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

6 Tragar és dolorós

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

7 El plaer de menjar es veu afectat pel meu problema de tragar

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

8 Quan trago, el menjar s'enganxa en la gola

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

9 Tinc tos quan menjo

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

10 Tragar és estressant

0= cap problema

2

3

4=és un problema seriós

Puntuació: Suma el numero de punts i escriure la puntuació total. Puntuació total (màxim 40 punts)

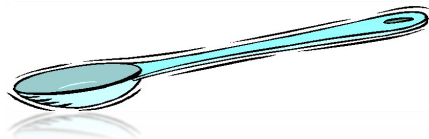
Si la puntuació total que s'obté és major o igual a 3, pot ser que presenti problemes per tragar de forma eficaç i segura.

MANIFESTACIONS DE LA DISFÀGIA

- **Tos** abans, durant o després de la deglució (ingesta).
- **Canvis de coloració** fogots, posar-se blavós (cianosis)...
- **Excès** de salivació, babeig.
- **Modificació de la veu** després de menjar o beure
- **Regurgitació** pel nas o la boca
- **Rebuig** del menjar: por (dents apretades, rebuig amb la llengua...)
- **Infeccions respiratòries** freqüents
- **Estertores** faríngrics (sorolls amb la faringe)
- **Aliment acumulat** en la cavitat oral
- **Moviments** exagerats amb la llengua
- **Prolongació** de l'acte de ingerir aliments
- **Moviment lent** durant l'acte de tragar
- Realitzar **varis intents** per tragar
- **Problemes** al parlar i articulació difícil



DISFAGIA



▪ DIETAS DISFAGICAS

▪ DISFAGICA I

- Puré de consistencia suave y uniforme.
- No requiere masticación.
- No existen dobles consistencias.
- Sólo se puede comer con cuchara.
- Se puede añadir espesante.
- Ejemplos: cremas y purés. No sopas.

▪ DIETAS DISFAGICAS

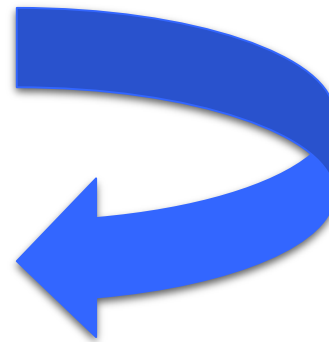
▪ DISFAGICA II

- Purés de consistencia suave y uniforme.
- Puede requerir o no masticación. Si la requiere, muy suave.
- No existen dobles consistencias.
- Evitar alimentos que se fragmenten en piezas rígidas y secas.
- Se puede moldear.
- Ejemplo: elaboración tipo pudding, pasteles, quesos.. No sopas.



Pérdida de apetito, las dificultades para comer y mantener el peso, son complicaciones casi universales en la demencia avanzada, incluso cuando la comida esta adaptada mediante una adecuada textura y pautados suplementos orales

Apraxia
Rechazo de la comida
Dificultad en la deglución



Descartar causas reversibles de la ingesta
(sedación excesiva de drogas, alteración del estado mental debido a la deshidratación sin ser detectados, y dolor al tragar debido a la candidiasis bucal)

CAUSES D'ANORÈXIA EN ANCIANS

- Ingesta d'altres aliments fora de l'horari dels àpats.
- Procés agut intercurrent, o bé malaltia de base (hipertiroïdisme, malabsorció, AVC, Parkinson, adenopaties...)
- Constipació i impactació fecal
- Medicaments:
 - pèrdua de la gana (digoxina, teofil·lina, hidroclorotiazida, antiinflamatoris no esteroides,...)
 - pèrdua del gust (hipogèusia) (al·lopurinol, clindamicina, antihistamínics, captopril, metronidazol,...)
- Malalties de la boca.
 - gingivitis, aftes, ferides, mucositis, càndides, tumoracions,...
 - Boca seca (xerostomia), evitar antihistamínics i/o antidepressius (cures de la boca).
 - Problemes de dentició i masticació ,revisió per dentista, adaptar la consistència dieta,
- Descartar depressió.
- Dietes severes (diabètiques, hipocalòriques, hipolipemiants, etc...)

Suplementos nutricionales

todo el suplemento prescrito diario sin alterar el apetito, con la finalidad de que no sustituya parte de la dieta habitual.

✓ **Al despertarse por la mañana**

✓ **Entre las comidas** (preferentemente 60 minutos antes)

✓ **Resopon**



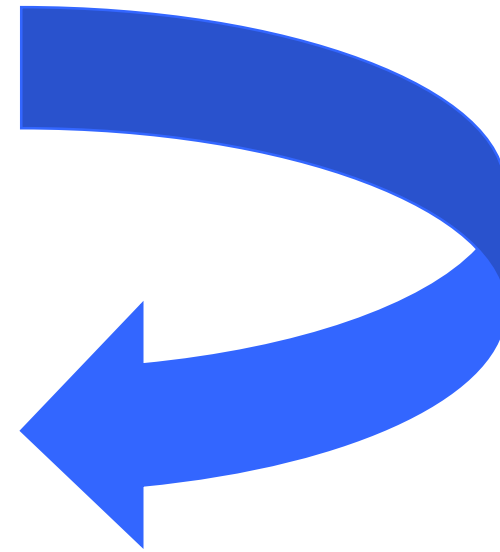
Qué se debe hacer cuando debido a lo avanzado de la demencia el paciente se atraganta, aspira, no quiere comer....?

- ¿SNG?
- ¿PEG?
- ¿Nada? ¿"Podem

¿Indicaría colocar una sonda de alimentación al paciente de este caso?

Muchos familiares y profesionales creen que

**ALIMENTACIÓN E HIDRATACION
ARTIFICIAL**



- **Aumenta supervivencia**
- **Reduce el riesgo de bronco aspiración- reducir episodios de neumonía**
- **Reduce la presencia de úlcera por presión**
- **Corrige la malnutrición**
- **Reduce otras infecciones**
- **Optimiza la calidad de vida al promover la comodidad física**

La SNG en pacientes con demencia terminal



Nc



Privac
de los a



A menudo implica el uso de restricciones físicas que disminuyen la dignidad y confort

Goals of care in advanced dementia: quality of life, dignity and comfort. Volicer L. J Nutr Health Aging. 2007;11(6):481.

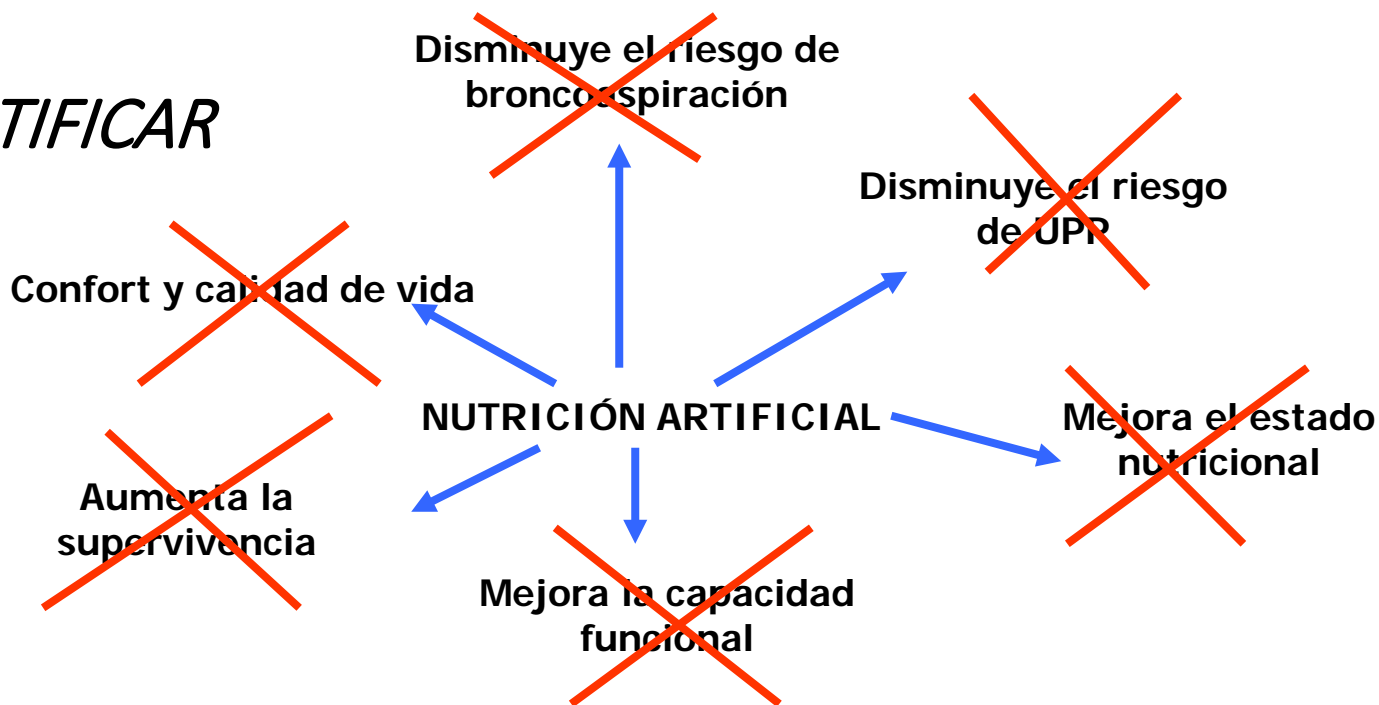
Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia

A Review of the Evidence

Thomas E. Finucane, Colleen Christmas, Kathy Travis,

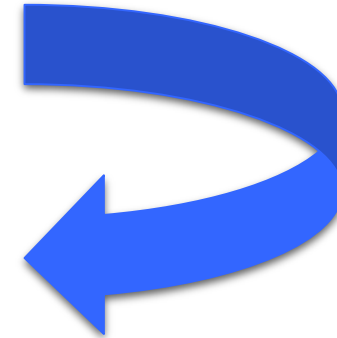
JAMA 1999;282:1365-1370

DESMITIFICAR



**Será necesario improvisar y
modificar hábitos y costumbres**

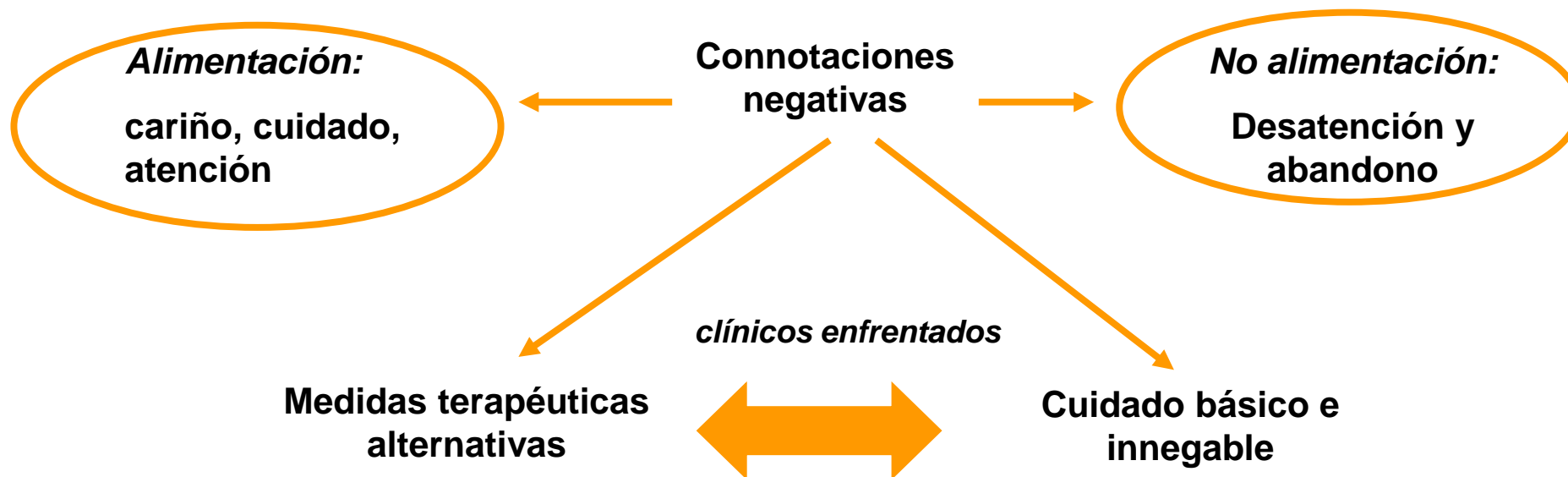
Todo vale.....



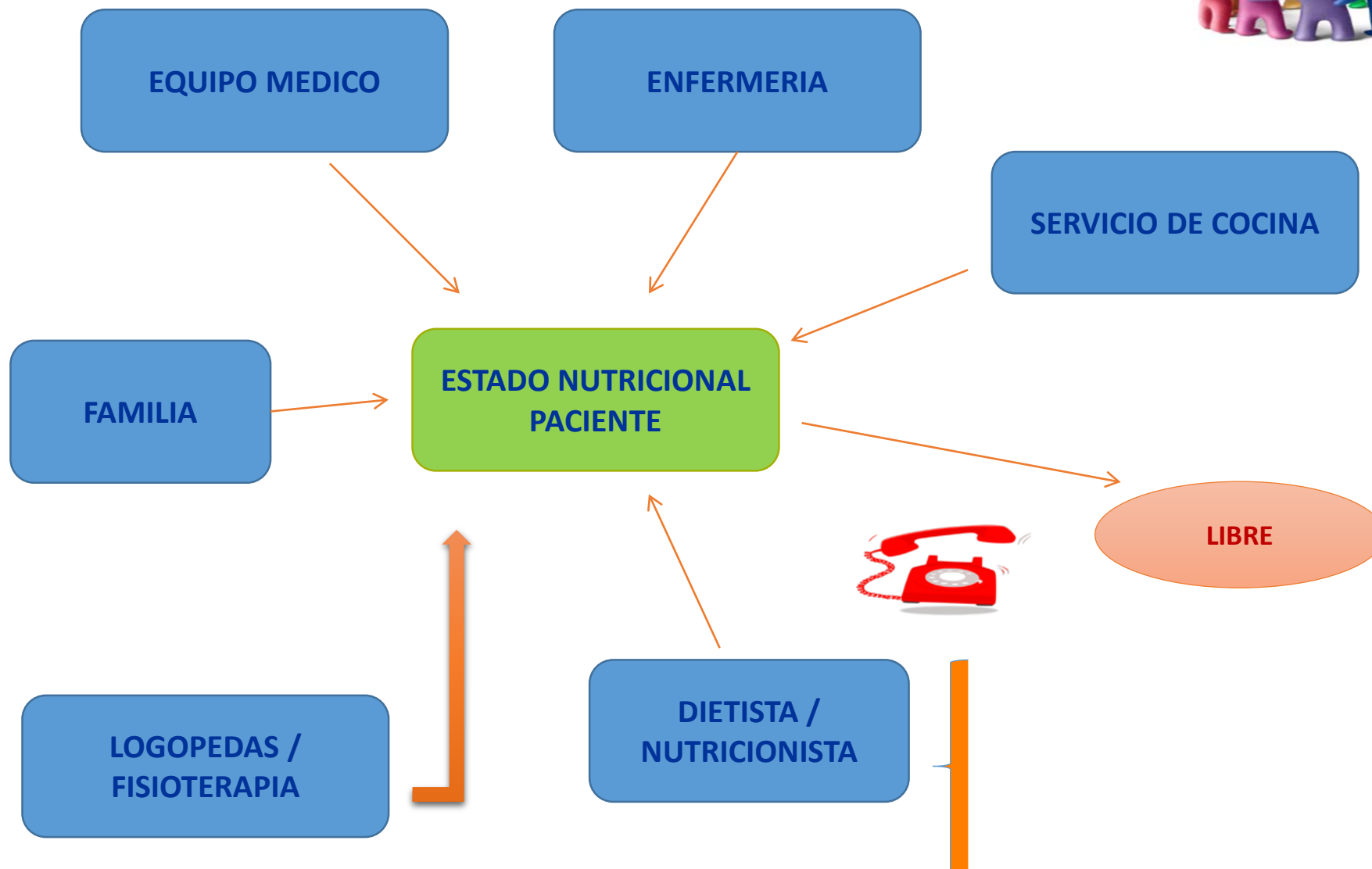
Lo que no vale es seguir pensando que la
colocación de una *sonda de alimentación* es
*necesaria para asegurar una nutrición
apropiada y prevenir la aspiración*



*Retirada o no instauración
de la hidratación y nutrición artificial*



EQUIPO INTERDISCIPLINAR





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

[HOME](#) | [SEARCH](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [PAST ISSUES](#) | [COLLECTIONS](#) | [HELP](#)

Administration for Institution: UNIV ALBERTA | [Sign Out](#) | [Manage Account](#) | [FAQ](#)

SOUNDING BOARD

[◀ Previous](#)

Volume 342:206-210

January 20, 2000

Number 3

[Next ▶](#)

Rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia

Muriel R. Gillick, M.D.

Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review)

Sampson EL, Candy B, Jones L



This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2009, Issue 2

Se revisan 452 estudios

- No se encuentran estudios randomizados
- 7 estudios observacionales de cohortes controlados
 - 3 con metodología prospectiva
- 5 en EEUU, 1 en España y 1 en Israel
- Hospitales de agudos o residenciales
- 1821 pacientes (409 con demencia avanzada)
- En todos edad mayor de 65 años
- Ningún estudio comparó la alimentación enteral con la oral

grupos

A pesar del gran número de pacientes que reciben esta intervención, no hay pruebas suficientes para la efectividad de la alimentación enteral en las personas mayores con demencia avanzada sobre supervivencia, calidad de vida, nutrición y úlceras de decúbito, función y síntomas conductuales o psiquiátricos de la demencia

ambos

tube feeding for older people with advanced dementia
(Review)

Sampson EL, Candy B, Jones L



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Discomfort in Nursing Home Patients With Severe Dementia in Whom Artificial Nutrition and Hydration Is Forgone

H. Roelfse W. Pasman, PhD; Bregje D. Onnesboek-Philipsen, PhD; Didi M. W. Kriegsman, MD, PhD; Marcel E. Ooms, MD, PhD; Miel W. Ribbe, MD, PhD; Gerrit van der Wal, MD, PhD

Arch Intern Med. 2005;165:1729-1735

Conclusions: Forgoing ANH in patients with severe dementia who scarcely or no longer eat or drink seems, in general, not to be associated with high levels of discomfort. The individual differences emphasize the need for constant attention for possible discomfort.

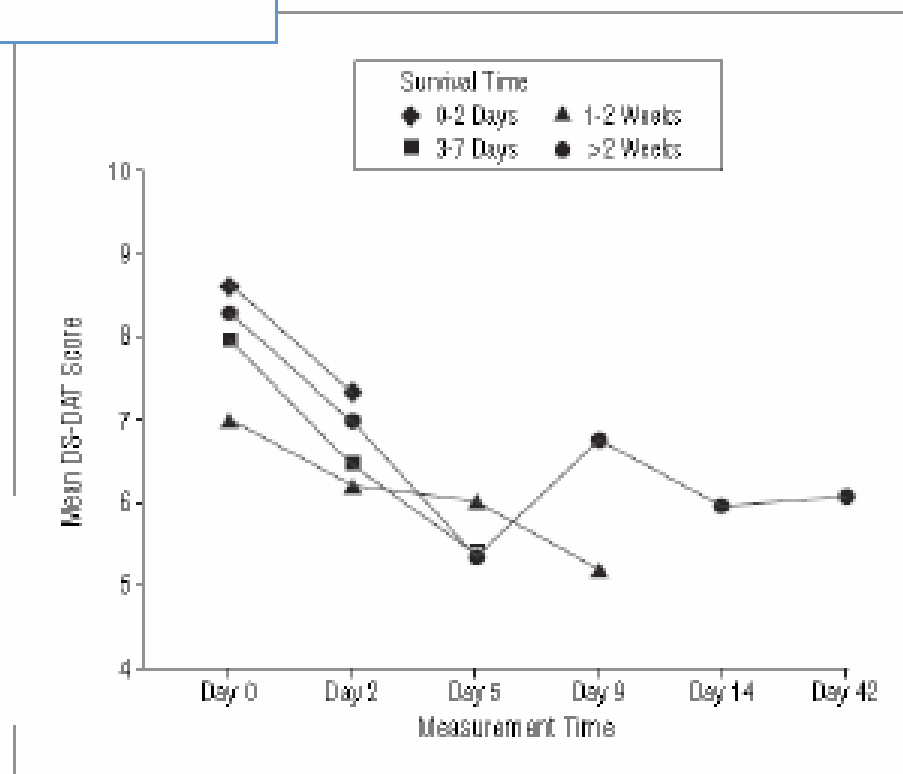


Figure 2. Mean scores on the Discomfort Scale–Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)²⁰ according to survival. The number of patients in each category varies for the different measurement times. Some of the patients in each category died before the last measurement time. The range of numbers of patients in each category (highest–lowest) is as follows: 0–2 days, n=49–11; 3–7 days, n=55–16; 1–2 weeks, n=28–15; and >2 weeks, n=47–29.

La evidencia actual es lo suficientemente fuerte como para desaconsejar el uso de la alimentación artificial de manera prolongada y advertir del perjuicio del uso de las sondas.

Tratamiento fútil

Encarecimiento terapéutico

Planificación avanzada

Valorar riesgo/beneficio

Y sino ponemos una sonda de alimentación.....

.....¿que alternativas tenemos?

“ALIMENTACIÓN DE CONFORT O *HAND FEEDING*”



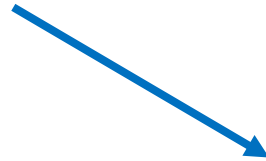
- Ofrecer pequeñas y frecuentes cantidades de alimentos, sorbos de líquidos, o cuidados de la boca.
- Más acorde con el confort, permite la interacción social y evita las complicaciones de la alimentación por sonda.



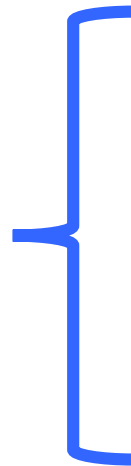
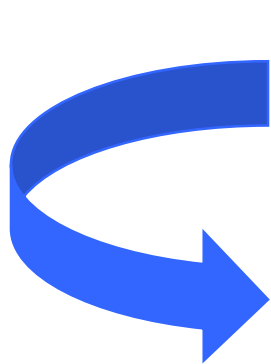
.....Con ello no se puede descartar riesgo de aspiración,



pero se minimiza si la alimentación se detiene cuando el paciente muestra signos de vomitar.



ORDEN DE ALIMENTACIÓN DE CONFORT



- oferta de alimento y líquido mientras que no sea estresante.
- alimentación con el método menos invasivo y potencialmente más satisfactorio.
- proporcionar una continua interacción con el paciente (por ejemplo, cuidados de la boca, conversación, toque terapéutico).



Hidratación



- **Uso de hidratación ev. o subcutánea temporalmente puede ser útil.**
- **El mantener la hidratación puede empeorar el sufrimiento (prolonga la agonía, aumento de secreciones respiratorias, etc.).**
- **En pacientes con capacidad de deglución o tragar, ofrecer pequeñas cantidades de líquidos siempre que sea bien tolerado.**
- **Informar a las familias que la correlación entre la hidratación y el estado de la sed en los pacientes con enfermedades terminales es modesto. Para aliviar los síntomas de boca seca y sensación de sed, proporcionar adecuado cuidado de la boca (limpieza oral) y la lubricación (recomendable cada 2 horas).**

Conclusiones



- Los problemas de alimentación son la complicación clínica más frecuente.
- Las medidas conservadoras que pueden mejorar la ingesta oral incluyen alterar la textura de los alimentos y ofrecer comidas, porciones más pequeñas, comidas favoritas y suplementos nutricionales.

Conclusiones



- Cuando persisten los problemas de alimentación a pesar de las medidas conservadoras, sugerimos la alimentación oral continua en lugar de la alimentación por sonda para obtener soporte nutricional.
- Dado que el comer es la última actividad de la vida diaria que pierden los pacientes con demencia, la dificultad para alimentarlos nos indica que la persona ha entrado en la fase final de la enfermedad.
- Importante, planificación avanzada, valorar riesgo/beneficio.

