

Soporte nutricional en pacientes con demencia avanzada

T. Carro-García

Dirección General de Atención Sanitaria. Hospital Virgen del Valle. Toledo. España.

Sr. Editor:

La imposibilidad para conseguir un aporte nutritivo aceptable es un problema frecuente en pacientes con demencia avanzada, y es un factor de mal pronóstico que provoca un gran impacto emocional en el enfermo y su familia. El soporte nutricional (SN) artificial mediante sondas de acceso al tubo digestivo debe valorarse siempre que su objetivo sea conseguir o mantener el estado de bienestar del paciente, y aunque está claramente indicado cuando el proceso de base es reversible, la duda surge cuando la etiología del proceso no está totalmente conocida, o en enfermedades en fase avanzada e irreversibles, lo que provoca conflictos éticos y legales tanto para el inicio como para su mantenimiento. Uno de los principales problemas que se plantean es si el SN debe considerarse como un cuidado básico y, por tanto, éticamente obligatorio o considerarlo como una medida terapéutica con sus indicaciones y contraindicaciones y sólo requerido en ciertas situaciones. El punto de vista legal más común es que los sistemas de nutrición-hidratación artificial deben ser considerados como una forma de tratamiento médico^{1,2}.

La justificación para el uso de SN en esta situación es la creencia de que puede mejorar la calidad de vida del paciente, prolongar su supervivencia, prevenir los episodios de aspiración, mejorar el estado nutricional, mantener la integridad cutánea y aumentar la capacidad funcional entre otras. Aunque los estudios aleatorizados y controlados son escasos, por la gran dificultad en su diseño y su realización, existe una notable discordancia entre la opinión de los médicos y la bibliografía³. Los estudios han demostrado que la alimentación por tubo no previene la neumonía por aspiración en pacientes con disfagia neurogénica⁴ ni en pacientes con demencia avanzada⁵, ya que no se evita la aspiración de las secreciones orales ni se reduce el riesgo de regurgitación del contenido gástrico. Tampoco se ha demostrado que su uso prolongue la supervivencia en pacientes con deterioro cognitivo grave⁶ ni que prevengan las consecuencias de la malnutrición, que mejore la curación de las úlceras por presión ni la situación funcional^{5,7}. Además, la relación de complicaciones es más elevada: infecciones locales, bacteriemias, gastrointestinales, metabólicas, mecánicas e incluso la muerte^{5,7}.

Existen algunos estudios que demuestran el cambio de opinión sobre la alimentación con tubo si se informa previamente a los pacientes de la necesidad de usar en algunas circunstancias medios de restricción física⁸, y si se les comunica sobre la falta de eficacia de la gastrostomía en pacientes con demencia⁹.

La retirada del SN debe plantearse cuando éste es ineficaz, se produce más perjuicios que beneficios, la enfermedad progresiva de forma inevitable a la muerte y cuando hay que usar dispositivos de restricción física o sedación farmacológica para evitar la autodesintubación. Es importante conocer y trasladar a la familia que si en un determinado momento se decide retirar la nutrición-hidratación artificial, el paciente no fallecerá por esta medida, sino que la enfermedad de base es la que provocará su fallecimiento². Además, los pacientes gravemente enfermos o terminales no experimentan ninguna incomodidad si se le retira el SN ya que la inanición completa se asocia con una situación de euforia y de analgesia, debido al efecto de la secreción de opioides endógenos en el hipotálamo y el plasma, y por los efectos analgésicos de la cetosis². El fallecimiento suele ocurrir entre 3 y 14 días después de su retirada y ocurre de forma tranquila, ya que la deshidratación provoca hipernatremia y aumento de la urea causantes de un estado de confusión, estupor y coma. La deshidratación preterminal puede ser más confortable que la hidratación sistémica, ya que cuando ésta se mantiene en etapas próximas al fallecimiento, es posible que aparezcan aumento del número de secreciones respiratorias, edema pulmonar y periféricos, náuseas, vómitos, diarrea y polaquiuria, que aumentaría el grado de incomodidad^{2,10}.

En resumen, si habiendo valorando previamente las diferentes alternativas a la nutrición artificial, decidimos la utilización de alimentación por tubo, deberíamos tener en cuenta que se trata de una medida terapéutica y, que en la decisión de su implantación, hay que tener en cuenta la opinión del paciente, siempre que fuera posible, o tratar de considerar sus deseos a través de la información obtenida de la familia y/o cuidadores. Además, antes de ponerse en marcha se debe evaluar de forma individualizada analizando los riesgos y los beneficios, así como los re-

sultados esperados, y puede ser recomendable un período de ensayo, con una posterior reevaluación de la situación y valorar su retirada si no se consiguen los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azulay Tapiero A, Hortelano Martínez E. El soporte nutricional en la situación de enfermedad terminal. Dilemas éticos. *An Med Interna*. 2003; 20:434-7.
2. Verdejo Bravo C. Aspectos éticos de la nutrición artificial en pacientes con demencia avanzada. *Revista Electrónica de Geriatría y Gerontología*. 2001;3(1). Disponible en: <http://www.geriatrianet.com>
3. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Barriers to limiting the practice of feeding tube placement in advanced dementia. *J Palliat Med*. 2003;6:885-93.
4. Finucane TE, Bynum JPW. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. *Lancet*. 1996;348:1421-4.
5. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia. *JAMA*. 1999;282:1365-97.
6. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med*. 1997;157:327-32.
7. Haddad RY, Thomas DR. Enteral nutrition and enteral tube feeding. Review of the evidence. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:87-881.
8. O'Brien LA, Grisso JA, Maislin G, et al. Nursing home resident's preferences for life-sustaining treatments. *JAMA*. 1995;274:1775-9.
9. O'Brien LA, Siegert EA, Grisso JA, et al. Tube feeding preferences among nursing home residents. *J Gen Intern Med*. 1997;12:364-71.
10. Hortelano Martínez JE, Azulay Tapiero A, Castillo Blasco M. Decisiones ético-clínicas sobre la alimentación e hidratación artificial mediante sonda en la enfermedad terminal. *Nutr. Hosp.* 2002;17:279-83.