

# Alimentación por sonda en los pacientes con demencia avanzada. ¿Aporta realmente beneficios?

**Roser Solans**

Unidad Geriatria.  
Servicio Medicina  
Interna Hospital  
General Vall  
d'Hebron. Barcelona

El envejecimiento progresivo de la población se ha asociado ineludiblemente a un aumento progresivo del número de pacientes afectados de demencia, que en su evolución final presentan alteraciones de la deglución que dificultan o impiden la alimentación oral. Dichos enfermos suelen ser dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, presentan incontinencia de esfínteres y han perdido la capacidad de relacionarse con sus familiares.

En esta fase terminal de la enfermedad, cuando aparece dificultad importante para la hidratación y la alimentación oral, tanto los familiares de los pacientes como el profesional que los atiende se plantean establecer medidas destinadas a asegurar que la muerte no será consecuencia de la inanición o la deshidratación. Cuando ha de decidirse si se coloca o no una sonda con esta finalidad, aparecen numerosos problemas éticos, morales e incluso religiosos. A menudo, se decide finalmente colocar una sonda con la intención de aliviar al paciente y evitar complicaciones debidas a aspiración de los alimentos. Sin embargo, no existe evidencia de que la alimentación artificial mediante sonda nasogástrica evite la broncoaspiración. Al contrario, la experiencia personal y observaciones puntuales ponen de manifiesto que las sondas favorecen las aspiraciones alimentarias y las infecciones. Por otro lado, si se decide colocar una sonda para alimentación para evitar o tratar las úlceras por presión, éstas no suelen mejorar tanto como cabría esperar, dado que suelen existir otros factores asociados a la demencia avanzada (inmovilidad, incontinencia) que las favorecen. Por tanto, no parece que la nutrición artificial por sonda mejore el confort del paciente ni evite complicaciones que claramente se asocian con mayor morbilidad y mortalidad.

Lo más adecuado para un paciente con demencia avanzada y disfagia orofaríngea que le impide alimentarse correctamente, sería fundamentar en cri-

terios muy restrictivos la decisión de nutrirle por sonda nasogástrica o por gastronomía. Entre dichos criterios deberían considerarse, en primer lugar, las preferencias del propio enfermo en relación a la instrumentalización de su muerte<sup>1</sup>, y la posibilidad real de mejorar su estado funcional, su calidad de vida, evitar broncoaspiraciones o prolongarle la vida.

Desgraciadamente, en la mayoría de los casos las preferencias del propio enfermo no son tenidas en cuenta con el afán de proporcionarle un mayor confort o un menor sufrimiento. Además, no suelen alcanzarse los objetivos previstos y el enfermo presenta aspiraciones alimentarias asociadas a infecciones, deterioro progresivo de su estado general, y debe ser inmovilizado porque intenta repetidamente extraerse aquel "instrumento" que le molesta. No conseguimos prolongar su vida, ni mejorar la calidad de la misma. Por tanto, antes de tomar una decisión u otra, debemos reflexionar en profundidad acerca de los beneficios que le ofreceremos al paciente en la fase final de su enfermedad y los riesgos a que le exponemos. El único camino para alcanzar una decisión que no debamos lamentar posteriormente es, sin duda, la referencia a los estudios existentes en la literatura científica.

Recientemente, se han publicado algunos estudios que ponen de manifiesto que la aplicación de sondas nasogástricas o gastrostomias para alimentación en pacientes afectados de demencia terminal con disfagia orofaríngea, no previene las aspiraciones sino que las favorece y hasta un 50% de pacientes portadores de sonda para alimentación, broncoaspiran<sup>2,3</sup>. Por ello, evitar la aspiración de alimentos no debería ser el único objetivo en el que se fundamente la indicación de alimentación por sonda. Además existen alternativas razonables para asegurar una mínima ingesta adecuada: los espesantes, las medidas higiénico-posturales, los procinéticos.

De un modo similar, algunos estudios han puesto de manifiesto que la alimentación artificial por sonda no previene ni mejora las úlceras por presión<sup>4-6</sup> ni mejora el estado nutricional o la supervivencia. En cuanto a la mejoría del confort del enfermo, la mayoría deben inmovilizarse y algunos deben recibir tratamiento con fármacos sedantes<sup>4-6</sup>.

En cuanto a la mejora de la supervivencia, no existen estudios que demuestren un claro beneficio de la alimentación por sonda respecto a la alimentación oral en pacientes con deterioro cognitivo avanzado<sup>2,5,6</sup>, e incluso podría ser mayor la mortalidad en los pacientes alimentados por sonda, debido a las complicaciones asociadas a su colocación y a infecciones secundarias.

Finucane *et al.*<sup>5</sup>, revisaron recientemente los datos publicados en la literatura médica entre 1966 y 1999, relativos a alimentación por sonda en pacientes con demencia avanzada, con la finalidad de evaluar su utilidad en la prevención de aspiración de alimentos, reducción del riesgo de úlceras por decúbito y mejora del estado funcional del paciente. Tras una extensa revisión de los distintos trabajos publicados no hallaron datos que avalen la utilidad de la nutrición artificial por sonda para evitar la broncoaspiración, la aparición de úlceras por decúbito o prolongar la vida. Los mayores beneficios para el enfermo se obtienen mediante estrategias destinadas a mejorar el estado de las piezas dentales, la posición durante la ingesta, la utilización de espesantes y la supresión de fármacos sedantes que interfieren en la deglución.

El enfermo con demencia avanzada, dependencia absoluta para las actividades básicas de la vida diaria, disfagia importante que dificulta la alimen-

tación, incontinencia de esfínteres y úlceras por presión, debería ser considerado un paciente terminal. En esta situación no deberían indicarse procedimientos cruentos que entrañen una morbilidad elevada y no comporten claramente una mejora de la calidad de vida o confort del enfermo. La negación a la ingesta de agua y alimentos se asocia al mismo acto de morir, y la muerte debe ser dignificada. Corresponde a los profesionales que atienden a los pacientes con demencia avanzada reflexionar acerca de la eficacia y riesgos de la alimentación artificial por sonda y explicar a los familiares del enfermo el alcance de dicha decisión.

## Bibliografía

1. O'Brien LA, Grisso JA, Maislin G *et al.* Nursing Home resident's preferences for life-sustaining treatments. *JAMA* 1995;274:1775-79.
2. Finucane TE, Bynum JP. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. *Lancet* 1996;348:1421-24.
3. 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.
4. Finucane T. Malnutrition, tube feeding and pressure sores: data are incomplete. *JAGS* 1995;43:447-51.
5. Finucane T, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of evidence. *JAMA* 1999;282:1365-70.
6. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000;342:206-10.