



Paciente con demencia avanzada

Dr. Jesús Mateos del Nozal

Servicio de Geriatría.

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Caso
clínico

9



Índice

01 Introducción

02 Historia clínica

03 Exploración física

04 Pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

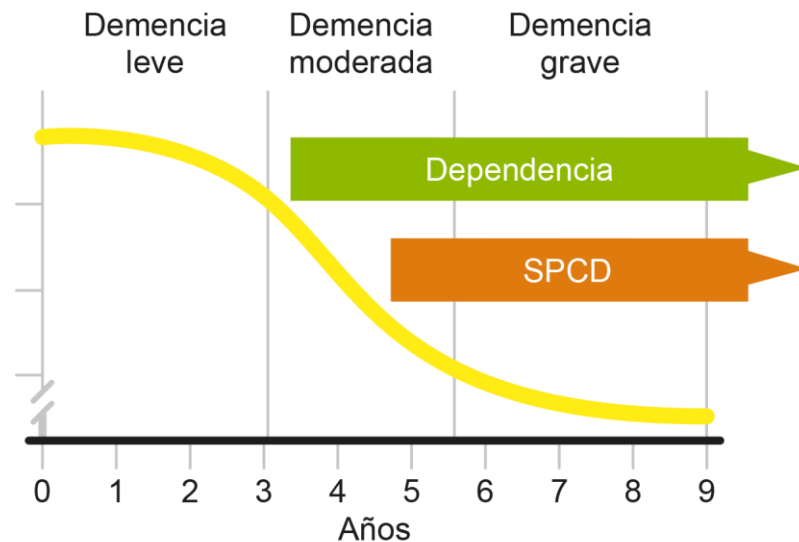
08 Bibliografía



01 Introducción

Definiciones

- ▶ Demencia: deterioro cognitivo multidominio con alteración funcional secundaria no atribuible al delirio u otro trastorno mental.
- ▶ Demencia muy grave (Global Deterioration Scale [GDS] 7): demencia con afectación grave cognitiva y funcional.
- ▶ Criterios de demencia avanzada:
 - ▶ Neumonía.
 - ▶ Fiebre.
 - ▶ Problemas de alimentación.



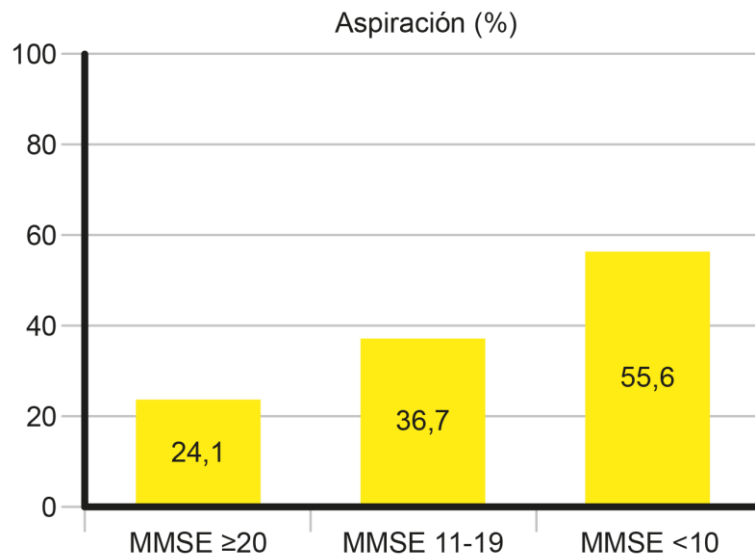
Evolución de la demencia.



Paciente con demencia avanzada

Frecuencias

- ▶ Demencia: 5-61%.
- ▶ Problemas de alimentación en la demencia:
 - ▶ Relación inversa entre el MMSE y la aspiración (Rosler et al.).
 - ▶ Trastornos de alimentación en la demencia avanzada (CASCADE): 85,8%.



Relación entre el MMSE y la aspiración.



02 Historia clínica

Antecedentes personales

- ▶ Insuficiencia cardiaca crónica (ICC) descompensada en 2017, bloqueo de rama derecha del haz de His (BRDHH).
- ▶ Neumonía basal izquierda broncoaspirativa con ingreso hospitalario en 2018.
- ▶ Enfermedad de Alzheimer diagnosticada en el Servicio de Neurología en 2015.
- ▶ Disfagia orofaríngea diagnosticada en 2018.
- ▶ Hipotiroidismo.
- ▶ Estreñimiento.
- ▶ Osteoporosis. Fractura persubtrocantérea izquierda y fractura del sacro en 2018.
- ▶ Carcinoma basocelular y epiteloma malar intervenidos.
- ▶ Faquectomía bilateral.

Tratamiento previo

- ▶ Espesante.
- ▶ Broncodilatadores s.p.
- ▶ Donepezilo 10 mg, 0-0-1.
- ▶ Risperidona 1 mg, 0-0-1.
- ▶ Trazodona 100 mg, 0-0-1/2.
- ▶ Eutirox 75 µg, 1-0-0.
- ▶ Vitamina D cada 3 semanas.
- ▶ Laxante 1-1-0.
- ▶ Paracetamol s.p.

Valoración geriátrica integral (enero de 2020)

- ▶ Funcional: índice de Barthel 0, Evaluación de la Capacidad de Marcha (FAC) 0.
- ▶ Mental: deterioro cognitivo desde al menos 2015. GDS 7. Valoración NRL 2015: MMSE 18/30 y 2019 Pfeiffer 10.
- ▶ Nutricional: dieta de fácil masticación, hiperproteica; peso 68 kg e índice de masa corporal (IMC) de 24.
- ▶ Social: institucionalizado en residencia desde abril de 2013.



Enfermedad actual



▶ **SOLICITUD DE SNO**
(enero de 2020)

- ▶ IMC 32
- ▶ Peso 68 kg
- ▶ No presenta pérdida ponderal



▶ **INGRESOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS**
(febrero y mayo de 2020)



▶ **INGRESO POR HIPERNATREMIA**
(junio de 2020)

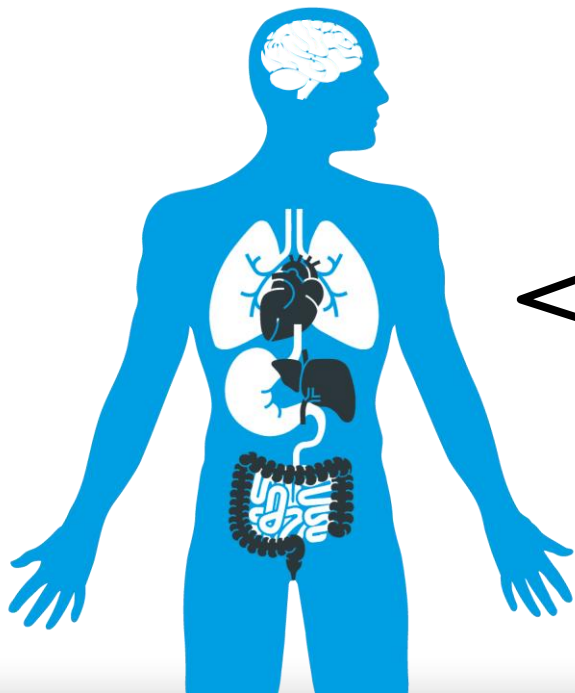


▶ **SOLICITUD DE SNO**
(octubre de 2020)

- ▶ IMC 25,4
- ▶ Peso 53,5 kg
- ▶ ↓19% peso
- ▶ Ingestas <50%



03 Exploración física



Valoración presencial al ingreso en mayo de 2020

- ▶ Presión arterial 90/40 mmHg, frecuencia cardiaca 41 lpm, temperatura 36,2 °C, saturación de oxígeno 97%, 2 L.
- ▶ Regular estado general, hiporreactiva, palidez mucocutánea. Hipoperfusión distal, con disminución del tiempo de rellenado capilar. Habla incomprensible. Mucosas secas.
- ▶ Auscultación cardiopulmonar: rítmica, ruidos apagados, murmullo vesicular con tendencia a la hipoventilación. Abdomen: RHA+, blando, depresible, sin dolor a la palpación profunda. No presenta edema ni signos de trombosis venosa profunda. PP+ simétricos. Úlceras pretibiales distales de estasis venosas.
- ▶ Alerta. Emite menos de 3 palabras. No presenta disnea ni dolor espontáneo, aunque sí un dolor moderado incidental. No sufre vómitos, pero presenta disfagia crónica para líquidos. Se muestra tranquila durante la visita.



04 Pruebas complementarias

- ▶ Analítica (junio de 2020) (alta hospitalaria): glucosa, 58 mmol/L; tasa de filtración 70; urea, 18 mg/dL; Na, 154 mEq/L; K, 3,4 mEq/L; Ca, 8,1 mmol/L; proteína C reactiva, 6 mg/dL; hemoglobina, 11,6 g/dL; volumen corpuscular medio, 96,8 fL; plaquetas, 137.000; leucocitos, 4.210 (N: 2.200), e INR 1,11.
- ▶ Electrocardiograma (mayo de 2020): RS 40-54 lpm, PR normal, BRDHH, inversión de onda T en precordiales, sin alteración del segmento ST.
- ▶ Tomografía computarizada (TC) de tórax (febrero de 2019): sin datos de tromboembolia pulmonar, bronquiectasias en ambos lóbulos inferiores, calcificaciones pleurales bilaterales, escoliosis toracolumbar y cambios degenerativos del esqueleto axial con pérdida de altura de T8, T9 y L2, con discopatía asociada.
- ▶ Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) en 2018: disfagia a líquidos.
- ▶ TC craneal (abril de 2013): atrofia moderada corticosubcortical de predominio temporal y enfermedad de pequeño vaso.



MECV-V.



05 Diagnóstico y tratamiento

Juicios clínicos (octubre de 2020)

- ▶ Demencia. Disfagia neurógena.
- ▶ ICC.
- ▶ Bronquiectasias.

Recomendaciones

- ▶ Dada la pérdida ponderal, a pesar de no presentar un IMC <3 , se indica:
 - ▶ 2 botellas Resource® Dense durante 3 meses, valorando la adaptación de la textura del mismo.
 - ▶ Analítica de control en 3 meses.
 - ▶ Explorar otras causas de la pérdida de peso (mala tolerancia a texturas, trastornos digestivos...).



Cuadro de paciente con demencia.



Paciente con demencia avanzada

Complete list of statements on nutrition in dementia (ESPEN guideline 2015)

1. We recommend screening every person with dementia for malnutrition. In case of positive screening, assessment has to follow. In case of positive assessment, adequate interventions have to follow.
2. We recommend close monitoring and documentation of body weight in every person with dementia.
3. We recommend provision of meals in a pleasant, homelike atmosphere.
4. We recommend provision of adequate food according to individual needs with respect to personal preferences.
5. We recommend to encourage adequate food intake and to provide adequate support.
6. We do not recommend the systematic use of appetite stimulants.
7. We recommend educating caregivers to ensure basic knowledge on nutritional problems related to dementia and possible strategies to intervene.
8. We recommend elimination of potential causes of malnutrition as far as possible.
9. We recommend avoiding dietary restrictions.
- 10 a. We do not recommend the use of omega-3-fatty acid supplements in persons with dementia for correction of cognitive impairment or prevention of further cognitive decline.
- 10b. We do not recommend the use of vitamin B1 supplements in persons with dementia for prevention or correction of cognitive decline when there is no indication of vitamin B1 deficiency.
- 10c. We do not recommend the use of vitamin B6, vitamin B12 and/or folic acid supplements in persons with dementia for prevention or correction of cognitive decline when there is no indication of vitamin B6, vitamin B12 and/or folic acid deficiency.
- 10d. We do not recommend the use of vitamin E supplements in persons with dementia for prevention or correction of cognitive decline.
- 10e. We do not recommend the use of selenium supplements for prevention or correction of cognitive decline.
- 10f. We do not recommend the use of copper supplements for prevention or correction of cognitive decline.
- 10g. We do not recommend the use of vitamin D supplements for prevention or correction of cognitive decline.
11. We recommend the use of ONS to improve nutritional status.
12. We do not recommend the use of ONS in persons with dementia to correct cognitive impairment or prevent further cognitive decline.
13. We do not recommend the systematic use of special medical foods for persons with dementia to correct cognitive impairment or prevent further cognitive decline.
14. We do not recommend any other nutritional product for persons with dementia to correct cognitive impairment or prevent further cognitive decline.
15. We recommend that each decision for or against artificial nutrition and hydration for patients with dementia is made on an individual basis with respect to general prognosis and patients' preferences.
16. We suggest tube feeding for a limited period of time in patients with mild or moderate dementia, to overcome a crisis situation with markedly insufficient oral intake, if low nutritional intake is predominantly caused by a potentially reversible condition.
17. We recommend against the initiation of tube feeding in patients with severe dementia.
18. We suggest parenteral nutrition as an alternative if there is an indication for artificial nutrition, as described in recommendation 16, but tube feeding is contraindicated or not tolerated.
19. We suggest parenteral fluids for a limited period of time in periods of insufficient fluid intake to overcome a crisis situation.
20. We recommend against the use of artificial nutrition (enteral nutrition, parenteral nutrition and parenteral fluids) in the terminal phase of life.



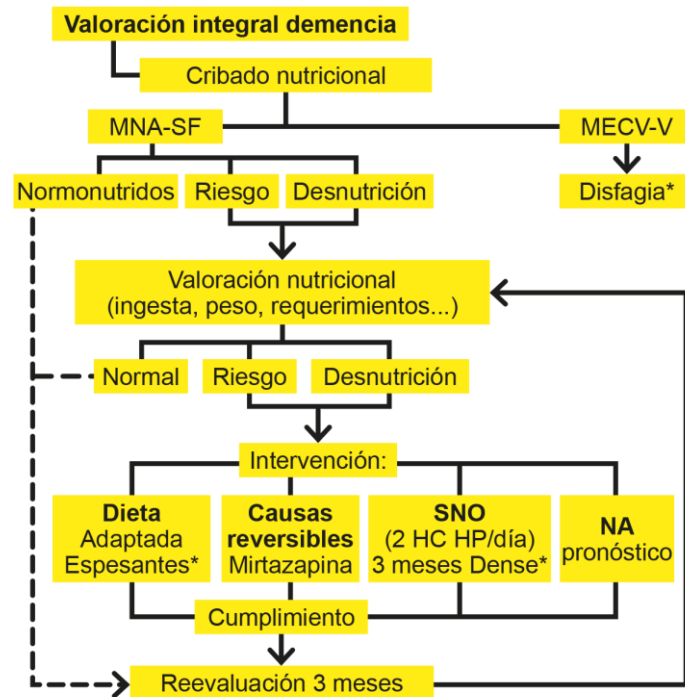
06 Seguimiento y evolución





07 Conclusiones

- ▶ La demencia avanzada se asocia frecuentemente a un trastorno de la alimentación.
- ▶ Se recomiendan los criterios GLIM para realizar el diagnóstico de desnutrición y el MECV-V para la disfagia en este tipo de pacientes.
- ▶ Es preciso realizar una valoración integral del paciente con demencia avanzada, disfagia y desnutrición.
- ▶ El tratamiento debe ser multicomponente, que incluya, al menos, la dieta, el control ponderal, la valoración de causas reversibles y el uso de suplementos nutricionales.
- ▶ No está recomendada la nutrición por SNG o PEG en la demencia avanzada.



Algoritmo de manejo.



08 Bibliografía

- Baijens LWj, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 1.403-1.428.
- Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44: 2-8.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*. 2009; 361(16): 1.529-1.539.
- Morley JE. Defining undernutrition (malnutrition) in older persons. *J Nutr Health Aging*. 2018; 22: 308-310.
- Rexach L. Palliative care in dementia. *Eur Ger Med*. 2012; 3: 131-140.
- Rösler A, Pfeil S, Lessmann H, Höder J, Befahr A, Von Renteln-Kruse W. Dysphagia in dementia: influence of dementia severity and food texture on the prevalence of aspiration and latency to swallow in hospitalized geriatric patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2015; 16(8): 697-701.
- Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr*. 2015; 34: 1.052-1.073.
- Yen-Feng L, TW Hsu, Liang CS, Yeh TC, Chen TY, Chen NC, et al. The efficacy and safety of tube feeding in advanced dementia patients: a systemic review and meta-analysis study. *J Am Med Dir Assoc*. 2021; 22(2): 357-363.

