¿PEG en pacientes con demencia?

Peg in patients with dementia?

Sr. Director:

Hemos leído con atención el artículo de Friginal-Ruiz et al sobre la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), publicado recientemente en su revista[1]. Entre las indicaciones que recogen para la colocación de la PEG aparece la demencia como una de las mismas. Sin embargo, quisiéramos hacer algunas apreciaciones al respecto. La colocación de PEG en pacientes con demencia está en entredicho[2], ya que a pesar de la creencia generalizada de gran parte del personal sanitario sobre los beneficios en esta población, en la literatura científica no hay evidencias convincentes que apoyen esta hipótesis, sobre todo cuando buscamos una traducción de los teóricos beneficios en términos de supervivencia, úlceras por presión, nutrición o incluso neumonía por aspiración. Al igual que sucede en los pacientes con neoplasias malignas[3], el beneficio que aporta la nutrición artificial en dichos pacientes no está claro. Habitualmente olvidamos que hasta la fecha no se han llevado a cabo en pacientes con demencia ensayos clínicos prospectivos y aleatorizados (el mejor grado de evidencia científica disponible), que estudien el impacto en términos de supervivencia, situación funcional o calidad de vida[4]. Aunque la realización de un estudio de dichas características requeriría un profundo análisis ético, sería importante su realización para resolver de forma definitiva la duda sobre la utilidad de la PEG en pacientes con demencia. Los estudios retrospectivos que han tratado de dar respuestas a estas dudas tienen utilidad limitada, puesto que la colocación de la PEG pudo depender de la gravedad de su situación clínica (no comparabilidad entre grupos). En cuanto a la consideración de otros motivos para la colocación de la PEG (calidad de vida, medio para proporcionar hidratación o medicación, alivio del dolor, etc.), parece difícil o imposible medir la calidad de vida en pacientes con demencia[5].

Por tanto, creemos imprescindible individualizar los casos a la hora de proponer la colocación de una PEG a un paciente con demencia: explicar claramente el procedimiento a los familiares, y sobre todo ser muy prudentes a la hora de explicar los potenciales beneficios, ya que la evidencia científica disponible no apoya de forma irrefutable tal medida. Solo de esa forma estaremos planteando de forma neutra las diversas opciones disponibles ante un paciente con demencia, ya que en esos momentos tan difíciles para los familiares del paciente, agobiados por la necesidad de decidir entre varias opciones no fáciles, pueden sentirse aliviados al pensar que la colocación de una PEG solucionará los problemas de su ser querido.

Bibliografía

1. Friginal-Ruiz AB, González-Castillo S, Lucendo AJ. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. Enferm Clin. 2011;21:173–8.
2. Garrow D, Pride P, Moran W, Zapka J, Amella E, Delegge M. Feeding alternatives in patients with dementia: examining the evidence. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:1372–8.
3. Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, James G, Bolton RP, Bardhan KD. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. Am J Gastroenterol. 2000;95:1472–5.
4. Meier DE, Ahronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. Arch Intern Med. 2001;161:594–9.
5. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med. 2000;342:206–10.

Javier Velasco Montes[a,*], Silvia González Díez[b] y Pilar Elena Sinobas[c]

[a] *Hospital Santa Marina, Bilbao, España*
[b] *Centro de Salud de Oyón, Álava, España*
[c] *Centro de Salud Altamira (Puente San Miguel), Cantabria, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: javier_velasco_montes@hotmail.com (J. Velasco Montes).

doi:10.1016/j.enfcli.2011.06.002

Nutrición por PEG en pacientes con demencia: más allá de la evidencia

Peg tube feeding in dementia patients: beyond the evidence

Sr. Director:

Queremos agradecer los comentarios sobre nuestro reciente artículo[1] y las observaciones aportadas sobre la colocación de sondas de gastrostomía (PEG) para la alimentación de pacientes con demencia, que nos brindan la oportunidad de profundizar en algunos aspectos no abordados en nuestro anterior trabajo. Como apuntan los autores de la Carta a la Directora, en los últimos años algunas publicaciones han advertido controversias respecto a los posibles beneficios y la apropiada indicación de la PEG en pacientes con demencia. Una revisión reciente ha situado a la hipoalbuminemia como un factor independiente de mal pronóstico en pacientes con demencia[2], mientras que la colocación de una PEG podría mejorar el estado nutricional de los mismos. Sin embargo, esta ventaja no se traduce necesariamente en mejoría clínica, ya que, como la citada carta apunta, se ha cuestionado que la alimentación por sonda reduzca el riesgo de neumonía por aspiración, favorezca la curación y la prevención de úlceras por presión y el riesgo de otras infecciones[3] en caso de demencia avanzada.

Si bien es cierto que la colocación de este dispositivo en pacientes con cáncer o con deterioro cognitivo significativo podría no aumentar la supervivencia, su empleo tampoco se asocia a un acortamiento de la vida[2].

Las limitaciones para el desarrollo de ensayos clínicos que establezcan de manera objetiva el beneficio absoluto de la nutrición por PEG en pacientes con demencia avanzada no han impedido que la PEG se haya constituido como el método de elección para conseguir una vía de acceso enteral en pacientes incapaces de ingerir alimentos de manera suficiente y segura y con expectativas de vida prolongadas. La falta de beneficios demostrados de la nutrición por PEG en casos de demencia contrasta con la amplia utilización de estos dispositivos en situaciones de incapacidad para la nutrición adecuada por vía oral. Así, en Estados Unidos el 30% de las sondas PEG se colocan en individuos cognitivamente deteriorados[4], cifras similares a las comunicadas en diversos trabajos españoles[5–7]. Las razones de estas prácticas profesionales tal vez deberían buscarse en las características intrínsecas de la nutrición por PEG y en sus ventajas frente a otros métodos de alimentación alternativos en los pacientes con demencia o con problemas por neoplasias o sus tratamientos, que pueden presentan disfagia orofaríngea (obstructiva o por deterioro neuromuscular), o por pérdida de apetito. Ambas situaciones podrán conducir a insatisfacción de las necesidades nutricionales y a rechazo del alimento.

Las alternativas a la alimentación por PEG no parecen mejores opciones: la nutrición parenteral prolongada resulta no fisiológica, de difícil manejo en domicilio, costosa y asocia riesgos adicionales. La sonda nasogástrica (SNG) suele producir más lesiones por presión que la PEG, resulta más molesta para el paciente, y precisa recambios frecuentes[3], sin considerar los efectos estéticos. Finalmente, la mejor alternativa a la PEG sería la alimentación manual en pequeños trozos o bocados: a pesar de introducir modificaciones en las texturas de los alimentos que faciliten su deglución, las calorías ingeridas de este modo por un paciente con anorexia o disfagia suelen ser insuficientes. La toma de alimentos por boca es compatible con el uso de una PEG pero más difícilmente con una SNG. Además, evita la sequedad faríngea y permite el disfrute asociado a la alimentación.

Finalmente, coincidimos con nuestros colegas en la necesidad de individualizar las indicaciones de la PEG, y considerar aspectos multidimensionales antes de plantear su colocación. Y aún informando de forma neutra sobre las diversas opciones disponibles para nutrir a un paciente con demencia y expectativa de vida prolongada, debemos seguir considerando que la PEG podría representar la mejor opción para satisfacer la necesidad biológica y cultural de nutrir adecuadamente a los pacientes con demencia incapaces de ingerir alimentos.

Bibliografía

1. Friginal-Ruiz AB, González-Castillo, Lucendo AJ. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermeria. Enferm Clin. 2011;21: 173–8.
2. Freeman C, Ricevuto A, DeLegge MH. Enteral nutrition in patients with dementia and stroke. Curr Opin Gastroenterol. 2010;26:156–9.
3. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of the evidence. JAMA. 1999;282:1365–70.
4. Delegge MH. Perctaneous endoscopic gastrostomy in the dementia patient: helpful or hindering? Am J Gastroenterol. 2008;103:1018–20.
5. Gómez Senent S, Froilán Torres C, Martín Arranz MD, Martín Chávarri S, Suárez de Parga JM, Segura Cabral JM. Gastrostomía endoscópica percutánea, nuestra experiência. Endocrinol Nutr. 2007;54:343–6.
6. Rodríguez Ortega P, Calañas Continente A, Molina Puertas MJ, Gutiérrez Alcántara C, Benito López P, Lavado Hernández R. Gastrostomía endoscópica percutánea: 7 años de experiencia en nutrición enteral a largo plazo. Nutr Hosp. 2011;26: 399–401.
7. Espinós Pérez JC. Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP): indicaciones clínicas y resultados. Gastroenterol Hepatol. 1999;22:408–14.

Ana Belén Friginal-Ruiz*
y Alfredo J. Lucendo

Sección de Aparato Digestivo, Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, Ciudad Real, España

* Author para correspondencia.
Correo electrónico: anika75@telefonica.net
(A.B. Friginal-Ruiz).

doi:10.1016/j.enfcli.2011.07.004