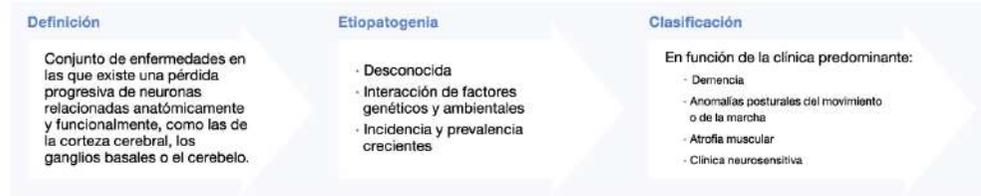
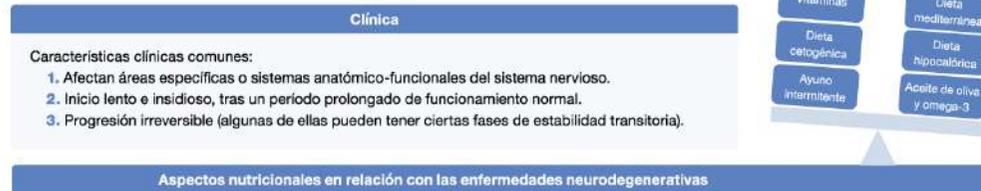


Introducción



Diagnóstico



LA DESNUTRICIÓN COMO FACTOR PRONÓSTICO

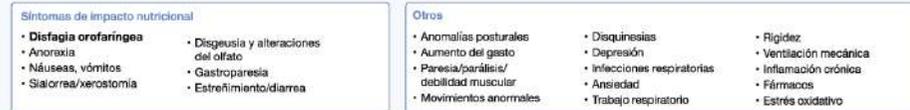
El 100% de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas presentan un alto riesgo de desnutrición. La desnutrición empeora el pronóstico y aumenta la morbimortalidad.

Se recomienda:

- Cribado nutricional al diagnóstico (cualquiera, no existen recomendaciones).
- Repeticiones periódicas durante la evolución de la enfermedad:
 - ELA: cada 3 meses.
 - Enfermedad de Parkinson: al menos anualmente o si existen cambios clínicos.
 - Demencia: cada 3-6 meses en los estadios leves o moderados. No se aconseja en las fases avanzadas.

La desnutrición aparece como consecuencia de la enfermedad neurodegenerativa, pero a su vez acelera su evolución y empeora su pronóstico en un círculo vicioso.

CAUSAS DE DESNUTRICIÓN

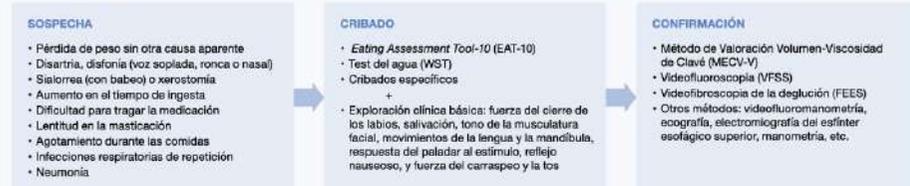


DISFAGIA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Consecuencia de alteraciones en cualquier fase de la deglución, por debilidad muscular, disautonomía, fármacos, movimientos anormales, etc.

Muy prevalente:

- ELA: más del 30% al diagnóstico (característica de su forma bulbar); prácticamente en el 100% cuando progresa.
- Enfermedad de Parkinson: 35% de los pacientes presentan síntomas, pero solo el 10% refieren disfagia espontáneamente. Con métodos de exploración se objetiva en el 80%.
- Demencia: 13-57% (sobre todo en estadios avanzados); hasta el 90% cuando se utilizan pruebas diagnósticas.



El manejo de la disfagia requiere un equipo interdisciplinario (enfermería, dietistas, especialistas de otorrinolaringología, radiología, endocrinología y nutrición, rehabilitación [logopedas], etc.).

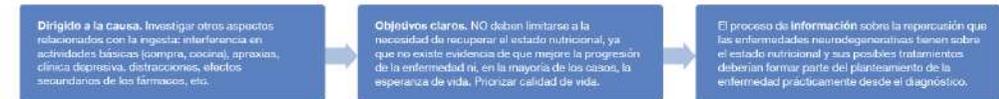
Es imprescindible recordar otros muchos factores que influyen en el proceso de deglución: distracciones durante la ingesta, lugar donde se come, instrumentos, tamaño de las raciones, fluctuaciones en el nivel de conciencia y en la clínica neurológica, fármacos, etc. Resulta útil asistir a una ingesta en la vida real.

Enfoque terapéutico

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

- Similares a los de las personas de su misma edad y sexo con otras patologías crónicas.
- Si no se dispone de calorimetría, calcular con 30-35 kcal/kg y 1-1,5 g/kg/día de proteínas. Con Harris Benedict: problemas de infra y supraestimación.
- Adaptar a situaciones intercurrentes, composición corporal y evolución.
- Situaciones particulares:
 - El trabajo respiratorio puede aumentar el gasto. Sin embargo, la ventilación mecánica no invasiva, parece disminuirlo: inicialmente calcular 25-30 kcal/kg.
 - Las disquinesias del Parkinson, las fasciculaciones de la ELA y los movimientos anormales (p. ej., en la corea de Huntington) pueden incrementar el gasto energético.
 - El encamamiento y la inmovilización reducen el gasto energético en personas con demencia y en fases avanzadas.
 - La hiperactividad en pacientes con demencia y la rigidez en la enfermedad de Parkinson pueden aumentar el gasto calórico.

TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL

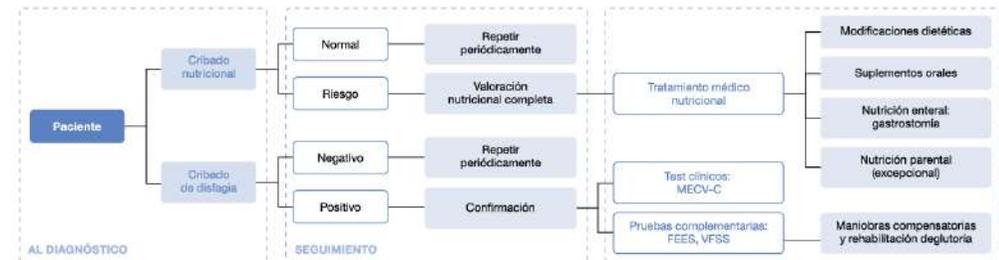


Tratamiento escalonado y adaptado a la enfermedad y a su fase evolutiva:

- Modificaciones dietéticas:** evitar restricciones dietéticas; promover una dieta saludable y equilibrada; no está justificado el uso de suplementos de vitaminas ni minerales, excepto en los casos en los que exista déficit. Adaptar consistencia, tamaño de raciones y horarios. En demencia avanzada: alimentación de confort.
- Suplementos nutricionales:** cuando la dieta no es capaz de cubrir requerimientos. Consiguen mejorar el estado nutricional, pero no la capacidad funcional ni la supervivencia y los resultados en la calidad de vida son heterogéneos.
- Nutrición enteral (NE):** cuando dieta y suplementos no cubran al menos el 50% de los requerimientos.
 - Si se prevé un uso prolongado, plantear la colocación de una gastrostomía: endoscópica o radiológica, sin diferencias reales entre ambas. En la ELA debe plantearse de forma precoz. La gastrostomía radiológica puede hacerse con capacidades vitales inferiores (< 50%).
 - La indicación sobre el mantenimiento de la NE debe revisarse frecuentemente (beneficio/expectativa/riesgo).
 - Debe intentarse evitarse el inicio de NE en un paciente con demencia severa, excepto en alguna situación intercurrente (tratamiento de prueba).
 - No existen evidencias que justifiquen la utilización de fórmulas de NE específicas para la enfermedad neurológica ni deterioro cognitivo.
- Nutrición parenteral (NP):** solo en situaciones intercurrentes en los que esté contraindicado el uso del tubo digestivo, y no como tratamiento de la desnutrición en sí.

La toma de decisiones sobre el tratamiento médico nutricional debe formar parte de un proceso continuo y abierto basado en conversaciones sinceras y realistas con el paciente, sus familiares y los demás miembros del equipo médico. La decisión debe tomarse de forma consensuada con el paciente y sus familiares, estimulando la formulación de directrices avanzadas e instrucciones previas.

TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL



No olvides...

- La desnutrición es muy prevalente en los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, y se asocia a peor pronóstico, calidad de vida y supervivencia.
- Por eso es necesario realizar un cribado de desnutrición en todos los pacientes y repetirlo periódicamente en función de la enfermedad y su progresión.
- La disfagia orofaríngea es la causa más importante de desnutrición. Debe realizarse un cribado de disfagia en el momento del diagnóstico y periódicamente.
- Los requerimientos nutricionales son similares a los de la población de misma edad y sexo, pero es imprescindible ir ajustando los aportes durante el seguimiento.
- El tratamiento médico nutricional debe ser escalonado. La alimentación de confort debe considerarse la primera opción en la demencia avanzada.
- Cuando la dieta oral no consiga satisfacer los requerimientos, pueden asociarse suplementos nutricionales. Cuando no se cubra al menos el 50% de los requerimientos estimados, debe plantearse iniciar una nutrición enteral. La vía de acceso de elección es la gastrostomía, endoscópica o radiológica. La nutrición parenteral debe ser una excepción.
- No existe evidencia que justifique el uso de fórmulas específicas para el deterioro cognitivo o la demencia.
- Durante todo el proceso, pero sobre todo en las fases avanzadas de la enfermedad, debe priorizarse la calidad de vida siguiendo los principios básicos de la bioética. Las instrucciones previas y directrices anticipadas son imprescindibles.