

DISFAGIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA EN LA PERSONA CON DEMENCIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Álvaro Da-Silva-González

MD, PhD

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Burgos. España
ada@ubu.es

Raúl Soto-Cámara

MSN, PhD

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Burgos. España

Jerónimo González-Bernal

PhD

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Burgos. España.

Josefa González-Santos

PhD

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Burgos. España.

Guillermo Da-Silva-Domínguez

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Burgos. España.

*Recepción Artículo: 13 noviembre 2019
Admisión Evaluación: 15 noviembre 2019
Informe Evaluador 1: 20 noviembre 2019
Informe Evaluador 2: 21 noviembre 2019
Aprobación Publicación: 30 noviembre 2019*

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar un protocolo de actuación en la atención a pacientes con demencia avanzada que presenten problemas de alimentación, según la evidencia científica existente. **Método:** Se realizó una revisión sistemática, consultando las bases de datos CUIDEN, EMBASE, MEDLINE, SCIELO, GUIA SALUD y NHS así como de protocolos de Sociedades Científicas y Centros Sanitarios. Se usaron los DeCs y MeSH adecuados al objetivo del estudio. Se seleccionaron los trabajos, publicados en inglés o castellano, desde el año 2000, que en sus resultados valorase la disfagia y los trastornos alimenticios en la persona con demencia, con al menos el resumen disponible. **Resultados:** Se seleccionaron 9 trabajos cuyos resultados permitieron desarrollar un protocolo de actuación en pacientes con demencia avanzada y problemas de alimentación. En el protocolo obtenido, toda intervención en estos pacientes debería fundamentarse en la previa realización de una valoración geriátrica integral y de una valoración nutricional. **Conclusión:** La implantación de un protocolo de actuación en la disfagia y trastornos de la conducta alimenticia en la persona con demencia avanzada mejora su situación clínica y nutricional.

Palabras clave: demencia; problemas alimentarios; disfagia; algoritmo; protocolo.

ABSTRACT

Dysphagia and disorders of food conduct in person with dementia: acting protocol. Objective:

To develop a protocol in the care of patients with advanced dementia and feed problems, according to the scientific evidence. **Method:** A systematic review was carried out, consulting CUIDEN, EMBASE, MEDLINE, SCIELO, HEALTH GUIDE and NHS databases as well as protocols of Scientific Societies and Health Centers. The DeCs and MeSH terms related to the objective of the study were used. Studies published in English or Spanish were selected, since 2000, which assessed dysphagia and eating disorders in the person with dementia, with at least the summary available. **Results:** Nine studies were selected, whose results allowed to develop an action protocol in patients with advanced dementia and feed problems. In the protocol obtained, any intervention in this type of patients should be based on the previous comprehensive geriatric and nutritional assessment. **Conclusion:** The implementation of the dysphagia and eating disorders protocol in patients with advanced dementia improves their clinical and nutritional status.

Keywords: dementia; feed problems; dysphagia; algorithm; protocol.

INTRODUCCIÓN

La deglución es una función básica y un proceso neuromuscular muy complejo, en el que intervienen más de 50 pares de músculos y 5 pares craneales (V, VII, IX, X, XII)¹

La disfagia se define como la percepción de dificultad para el transporte de los alimentos desde la boca hasta el estómago². La deglución consta de cuatro fases: fase oral preparatoria, fase oral de transporte, fase faríngea y fase esofágica. La alteración de la fase oral y/o faríngea se denomina disfagia orofaríngea; la disfagia esofágica puede estar causada por trastornos del cuerpo esofágico o sus esfínteres.

La prevalencia de la disfagia se sitúa en un hospital de agudos en torno al 13-14%, ascendiendo hasta el 40-50% en residencias geriátricas³. En el caso concreto de las enfermedades neurológicas, se sitúa entre el 25-50% en las demencias⁴, siendo del 30-80% en el Parkinson⁵, o del 43-80% en el caso de accidente vascular cerebral⁶.

Existen una serie de circunstancias que favorecen la disfagia y, por tanto, el riesgo de broncoaspiración, como son el uso de medicación con efecto sedante que disminuye la coordinación del reflejo deglutorio, la xerostomía, la pérdida de piezas dentarias ó la mala higiene oral, situaciones tan frecuentes en el mayor que se han postulado como un gran síndrome geriátrico⁷.

La Enfermedad de Alzheimer es el modelo de la demencia cortical. La disfagia es consecuencia de la afectación del neocórtex y del sistema límbico, al deteriorando la conducta alimentaria voluntaria y estereotipada del paciente⁴.

La severidad de la demencia se ve acompañada de la desestructuración de la conducta alimentaria, junto con la pérdida funcional y cognitiva, afectando clínicamente al 45-50% de las diversas etiologías de las demencias severas. Las consecuencias más importantes son la pérdida ponderal, la deshidratación, la desnutrición y la broncoaspiración, siendo la neumonía aspirativa la principal causa de muerte en éstos pacientes^{4,8}.

Lo más frecuente es que los pacientes con demencia, en los estadios más avanzados se encuentren institucionalizados. La disfagia supone un problema complejo, en el que es necesario valorar sus causas, la comorbilidad del paciente geriátrico, el estado funcional, cognitivo, nutricional (dentro de la Valoración Geriátrica Integral) y sus complicaciones, entre ellas las cuestiones éticas del final de la vida.

Todo ello implica una sensibilización y conocimiento más en profundidad del problema, la formación del personal de atención directa, la relación con la familia y la toma de decisiones entre variables tan dispares como la evidencia científica o las creencias personales de las familias o los cuidadores profesionales⁷.

ANTECEDENTES

El uso de la alimentación enteral es frecuente en los pacientes con demencia avanzada con una ingesta insuficiente.

En el caso de los pacientes con demencia avanzada, ésta alimentación enteral es un tema emotivo; sigue habiendo conflictos de valor entre los cuidadores, el público en general, las familias y los profesionales sobre los mayores débiles y “muertos de hambre” con demencia avanzada⁹.

A pesar del número de pacientes a los que se les coloca una sonda, no hay evidencias suficientes que demuestren la efectividad de la alimentación enteral en personas con demencia avanzada sobre el tiempo de supervivencia, calidad de vida, nutrición y úlceras por presión, funcionalidad y síntomas psicológicos y conductuales de la demencia⁹.

Es probable que una situación de descenso en la ingesta derive en la colocación de una sonda de alimentación a pesar de que haya evidencias de que tal intervención puede no ser eficaz ni beneficiosa. El problema se agrava en función de los marcos éticos y legales dentro incluso del mismo país, así como de otros factores como el ámbito público o privado, creencias religiosas, edad, sexo, grupo étnico, que pueden hacer variar el curso de la demencia, las intervenciones o la toma de decisiones¹⁰.

La demencia es un síndrome neurodegenerativo rodeado de incertidumbre en el diagnóstico y a menudo no es percibida como una enfermedad terminal aunque existan pruebas evidentes de lo contrario¹¹. Las pruebas de otras enfermedades terminales indican que el rechazo de alimentos y agua no es doloroso¹².

La falta de comprensión y capacidad para tomar decisiones autónomas son sellos distintivos de la demencia grave, siendo los pacientes inevitablemente incapaces de dar un consentimiento informado para estos procedimientos.

En éste hecho destaca la función potencial de una planificación anticipada de la atención y la toma de decisiones para maximizar la administración de una atención apropiada y de alta calidad a los pacientes individuales dentro de ese grupo tan vulnerable.

Una encuesta realizada en 2003 a 195 médicos de atención a pacientes con demencia avanzada mostró que en su mayoría pensaban que la Gastrotomía Endoscópica Percutánea (PEG) reducía el riesgo de neumonía (76%), prolongaba la supervivencia (61%) y mejoraba la nutrición (93%), revelando un desacuerdo importante con la literatura publicada¹³, por consiguiente las elevadas expectativas de la familia con respecto a la PEG podían ser debidas en parte a que la información médica recibida era defectuosa¹⁴.

Respecto a la hidratación y la nutrición al final de la vida, no hay consenso médico o legal, ni directrices éticas universalmente aceptadas. Cada sociedad y cada individuo generan respuestas coherentes con su cultura y sus valores¹⁵. La nutrición es un cuidado en nuestra sociedad, la nutrición artificial es considerada por la mayoría de profesionales un tratamiento que requiere un consentimiento informado¹⁵.

Sería deseable una formación mayor en los profesionales sanitarios sobre el tema para dar una información lo más clara y exhaustiva posible a las familias, incluso antes de la presentación del problema de alimentación para que la toma de decisiones sea lo más cercana a los deseos del paciente, intentando conseguir el mayor consenso posible entre familia y profesionales. Es de gran ayuda la cumplimentación del documento de voluntades anticipadas¹³.

La disfagia orofaríngea persistente es un predictor de muerte inminente atribuible a una afectación cerebral que se vincula a la atrofia cortical y subcortical secundario a la demencia¹⁶

OBJETIVO

Desarrollar un protocolo de actuación en la atención a pacientes con demencia avanzada que presentan problemas de alimentación, según la evidencia científica existente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, consultando bases de datos de referencias bibliográficas de revistas primarias (CUIDEN, EMBASE, MEDLINE y SCIELO), de guías de práctica clínica (GUIA SALUD, NHS) y de protocolos de Sociedades Científicas y Centros Sanitarios, entre enero y marzo de 2019.

Se utilizaron como palabras clave los DeCs y MeSH adecuados al objetivo del estudio, adaptados a cada base de datos y combinados mediante operadores booleanos, junto con términos libres, alguno de ellos truncados, con la finalidad de incluir todas las posibles terminaciones.

Se seleccionó todo trabajo, independientemente de su diseño metodológico, publicado en inglés o castellano, desde el año 2000, que en sus resultados valorase la disfagia y los trastornos alimenticios en la persona con demencia, con al menos el resumen disponible. La selección de estudios y la evaluación de la calidad metodológica se realizaron por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias por consenso y en caso de no lograrlo mediante la participación de un tercer evaluador

RESULTADOS

Se identificaron 39 trabajos, que tras la lectura del título/resumen, se descartaron 20 al no relacionarse con el objetivo del estudio ó estar duplicados. Tras la lectura crítica del texto completo, 9 obtuvieron una puntuación mínima en los criterios de validez metodológica establecidos

A continuación, se expone sintetizada la información más relevante en relación al objetivo planteado:

La demencia evoluciona hacia una afectación global en lo cognitivo y en las funciones básicas. Cuando aparece, en función de los conocimientos del cuidador familiar o profesional para detectarlo, se debe poner en conocimiento del médico el problema relacionado con la alimentación.

El primer paso es la Valoración Geriátrica Integral, realizando las valoraciones clínica, cognitiva, funcional y social con el objetivo de establecer los diagnósticos clínicos, determinar los síndromes geriátricos que presenta, explorar el soporte familiar y/o de los cuidadores profesionales (sus opiniones, conocimientos, creencias, conflictos, etc.) y elaborar un plan de cuidados.

Dentro de la valoración clínica es necesario considerar un proceso agudo intercurrente que justifique el problema de alimentación, como infecciones (respiratoria, infección del tracto urinario, tejidos blandos), deshidratación, problemas mecánicos de la deglución (aftas, odontalgias, periodontitis, amigdalitis, mucositis, cuerpos extraños, etc), dolor, ictus o disfgias funcionales, que requieran un tratamiento específico.

Otra valoración imprescindible sería la Valoración Nutricional, para lo que se hace necesario realizar una buena historia clínica, con una anamnesis en la que se recojan todos los aspectos del proceso, así como las preferencias, costumbres y horarios habituales en cuanto a la alimentación.

En la exploración física se hará hincapié en la antropometría: peso, talla, IMC, pliegue tricipital, circunferencia de brazo y de pierna. Es de gran ayuda el uso de la escala Mini-Nutritional Assesment (MNA) para la valoración inicial y posterior evolución. La analítica de sangre en la que se incluye hematimetría, glucosa, urea, ácido úrico, creatinina, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, iones, transferrina, ayudará a objetivar la situación nutricional.

Una vez valorado el problema de alimentación se hace necesario saber si el paciente se encuentra en situación de una demencia terminal, para lo cual se deberá seguir la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias¹⁷.

El primer problema es que la demencia terminal es un estadio difícil de identificar, por ser un proceso degenerativo progresivo y crónico y no hay un momento concreto en el tiempo para poderlo determinar. Se podría definir como un "estado clínico de no retorno".

Las características de la **demencia terminal** se agrupan en función de:

- Criterios Cognitivos:

Estadio GDS 7. La fase avanzada se corresponde a los estadios 6 y 7 de las escalas GDS¹⁸ y FAST¹⁹ y el 3 del CDR²⁰. Con una severa incapacidad para hablar (reducida a 6 palabras: 7a, reducida a una palabra: 7b, inca-

pacidad para caminar: 7c, incapacidad para sentarse: 7d, incapacidad para sonreír: 7e, incapacidad para sujetar la cabeza: 7f)¹⁷.

Deterioro Cognitivo grave: Puntuación inferior a 6 en el MMSE.

- Criterios Clínicos:

Comorbilidad múltiple con síntomas graves sin posibilidad objetiva de beneficiarse de un tratamiento específico, como neumonía por broncoaspiración severa o recurrente, disnea, infecciones del tracto urinario superior, sepsis, úlceras por presión en estadios 3-4, dolor, trastorno alimentario severo o fiebre recurrente después varios ciclos de antibióticos¹⁷.

Dificultad grave en la ingesta o rechazo de alimento, ya sea por disfagia o por rechazo, con una pérdida de peso >10% durante los 6 meses previos o una albúmina sérica <2-5 mg/dl. Esta cifra de albumina puede servir de ayuda como un indicador pronóstico, pero no debería utilizarse de forma aislada¹⁷.

Pronóstico vital relativamente corto, dependiente de la edad y comorbilidad (inferior a seis meses)^{16,17}

- Criterios Sociales:

Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo profesional que le atiende, relacionado en parte con la proximidad de la muerte^{16,17}.

*Para poder establecer un diagnóstico de demencia terminal debe cumplirse el criterio uno de los cognitivos y los tres clínicos.

Ante una demencia terminal es necesario considerar que no hay evidencias clínicas concluyentes⁹ de que mejore la supervivencia utilizando nutrición enteral por sonda naso-gástrica (o naso-entérica) o gastrotomía. Se debe informar a la familia^{21,22}, consultar si existe un documento de instrucciones previas, historia de valores personales y consensuar con la familia para ser sometido a cuidados paliativos, siendo necesario individualizar cada situación y jugarla con las creencias, actitudes y valores del paciente y familia.

Es importante que todas las decisiones sean consensuadas entre los miembros del equipo de cuidados y que exista implicación de los familiares cuidadores, la familia es el soporte operativo y efectivo del paciente²³. Desde el punto de vista legal, la hidratación parenteral es opcional, siendo aconsejable razonar el proceso de toma de decisiones en la historia clínica²⁴.

La hidratación por vía oral es un cuidado; por vía parenteral quizá no sea sólo un cuidado ya que si se intenta ajustar la composición hidroelectrolítica es también un tratamiento¹⁵.

Si **no cumple criterios de demencia terminal** de deben implementar **estrategias** para mejorar la alimentación oral⁷, que consistirán en²⁶:

- Identificación precoz. Observación directa de aumento del tiempo para la ingesta, dificultad en el manejo de secreciones, tiempo de preparación del bolo aumentado, varios intentos de deglución, voz húmeda, atragantamientos, tos.

- Hoja de registro de ingestas: Anotación de todas las ingestas de las 24 horas, recogido en forma de la cantidad total en volumen (ej.: Yogur: 100 ml, Vaso: 200 ml, bol: 300 ml, plato soper: 300 ml)

- Test volumen-viscosidad: administración de bolos en volumen creciente y viscosidad néctar, miel o pudín comprobando la tolerancia con cambios de voz, tos o atragantamiento. La prueba se completa con el control de la saturación de oxígeno en sangre periférica. Requiere entrenamiento y tiene una sensibilidad diagnóstica para las alteraciones de seguridad y eficacia del 88,1 y el 89,8% respectivamente⁷.

- Modificaciones ambientales y posturales, en especial el tiempo dedicado a la comida, ambiente del comedor (exento de ruidos, luz natural suficiente y evitar gritos y conversaciones estresantes), la interacción adecuada del personal con el paciente²⁵.

- Postura correcta en sedestación, con la cabeza en ligera flexión.

- Modo de administrar la alimentación: ritmo, comprobación de preferencia y tolerancia al alimento, conversación adecuada al contexto.

- Modificaciones de la dieta. Comprobar qué textura, dulce o salado es mejor tolerado, también la hora de la comida principal.

DISFAGIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA EN LA PERSONA CON DEMENCIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

- Dieta triturada. Cambio a otra forma de presentación
- Hidratación (Administración de gelatina saborizada o temperatura diferente)
- Festividades (Variación en la presentación y dieta)

Tras la comprobación de la mejoría de la alimentación con las adaptaciones de la dieta se realiza un seguimiento con registros de ingesta y de peso. Si no se observa mejoría es necesario consensuar con la familia consultando su historia de valores y la del paciente y si existe un documento de voluntades anticipadas.

A continuación se propone la colocación de una Sonda Naso-Gástrica (o Naso-Entérica) o una Gastrotomía Endoscópica Percutánea (PEG). En el caso de la Sonda Naso-Gástrica si se procede a la colocación debe programarse a continuación la Gastrotomía dentro del plazo de dos o tres semanas, ya que habitualmente conlleva para su mantenimiento el uso de restricciones físicas (contención de las manos).

Si se opta por la Gastrotomía debe seguirse el **“Protocolo PEG”**:

- Debe tener el paciente una situación clínica estable.
- Se solicita a los servicios de Radiología Intervencionista o Digestivo y a continuación al de Anestesia con hojas de Interconsulta de uso habitual.

- Si existen dudas por parte del Servicio de Anestesia, Radiología o Digestivo se consulta en primer lugar al profesional que realizó la petición, ya que es la persona que ha realizado la valoración, diagnóstico y solicitado el procedimiento y conocer mejor el estado del paciente. Si existen dudas la decisión final se toma de forma conjunta y de común acuerdo por todos los profesionales implicados en la decisión.

- Se solicita el consentimiento informado a la familia y se intenta el consenso familiar.

- Para el preoperatorio:

Análisis de sangre (hematimetría, coagulación, proteínas, glucosa, creatinina, iones).

Electrocardiograma.

Radiografía de tórax.

Antes de ingresar hay que retirar la antiagregación una semana antes y revertir la anticoagulación, sustituyendo por Heparina de Bajo Peso Molecular si es necesario.

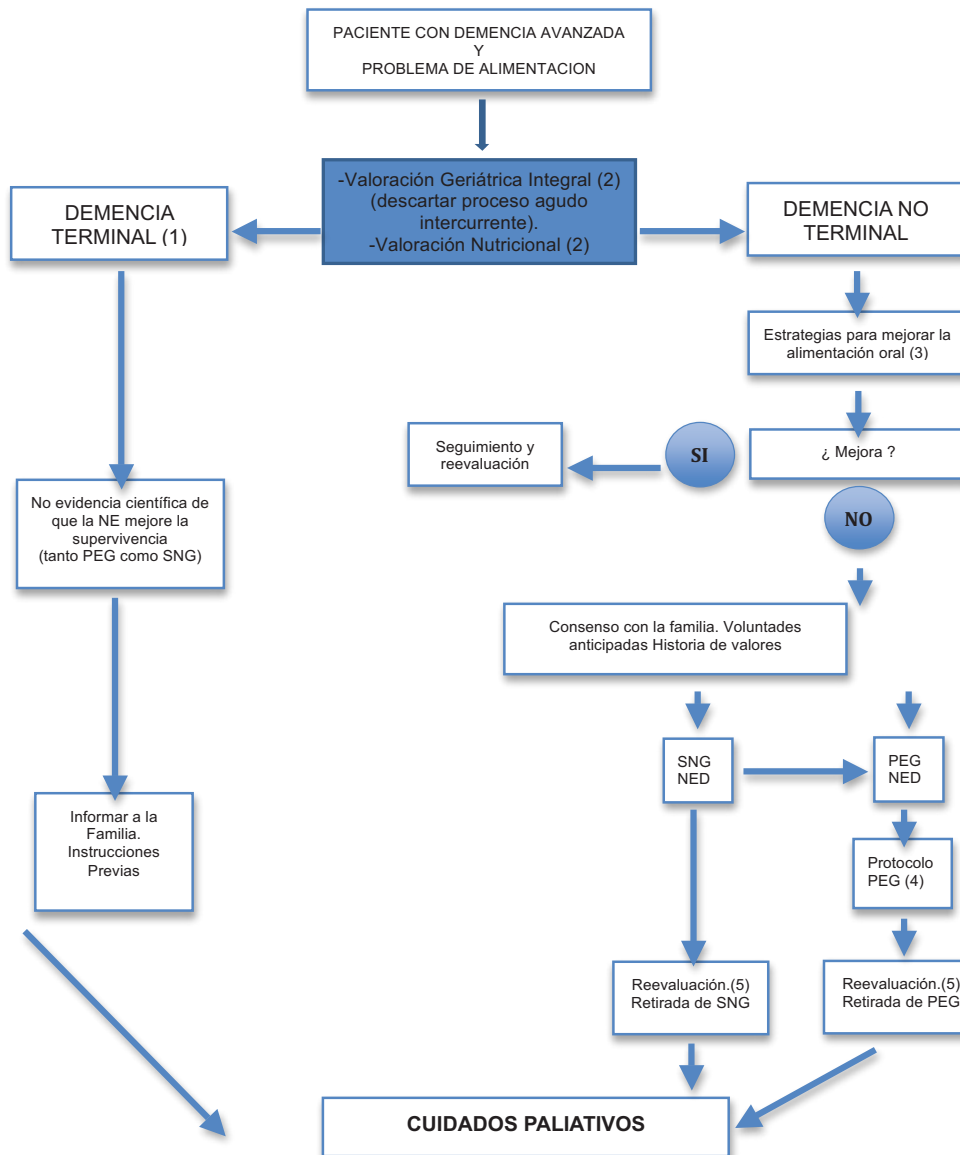
Tras la colocación de la Sonda Naso-Gástrica, Naso-Entérica o PEG es necesario una reevaluación por su Médico siempre que haya algún cambio significativo en la evolución, situación clínica o en la indicación del procedimiento para la alimentación enteral, siendo valorado por parte del Médico la retirada de la sonda^{17,21,22}, buscando nuevamente el consenso con la familia y continuar con los cuidados paliativos.

En una reciente revisión del tema se han encontrado evidencias de que se incrementan las neumonías por broncoaspiración en pacientes portadores de Sonda Naso-Gástrica, Naso-Entérica o PEG, respecto a los pacientes que se les alimenta por vía oral adaptando la dieta²⁷, teniendo mayor riesgo de muerte si se asocian Úlceras por Presión en el grupo de las sondas. No hay diferencia en ambos grupos en cuanto al número de ingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La implantación de un protocolo de actuación en la disfagia y trastornos de la conducta alimenticia en la persona con demencia mejora su situación clínica y nutricional, como así lo demuestran los resultados preliminares de un estudio realizado en la Residencia de Ancianos de Fuentes Blancas, dependiente de la Diputación Provincial de Burgos, donde no se ha registrado ningún caso en el que se haya precisado la utilización de sondas o PEG.

Anexo: protocolo-algoritmo de manejo del paciente con demencia avanzada y problemas de alimentación



La decisión debe tomarse tras la valoración individualizada del paciente. Debe amparar elementos de flexibilidad ya que lo que se pretende es el mayor beneficio para el paciente, ya que se trata de una enfermedad en la que es difícil hacer pronósticos a medio plazo. Debe ser individualizada, tras un alto grado de reflexión, con información a la familia y si es posible consensuada con la misma*.

DISFAGIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA EN LA PERSONA CON DEMENCIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

(1). Criterios de Demencia Terminal **

La fase terminal de la demencia es difícil de identificar al ser un proceso degenerativo progresivo y crónico. Podría definirse por las siguientes características:

- Criterios cognitivos

1. Estadio GDS 7 (Severa incapacidad para las ABVD, incapacidad para hablar o comunicarse con sentido y para reconocer a los cuidadores).

2. Deterioro cognitivo grave (puntuación inferior a 6 en el MMSE o deterioro cognitivo que impide su realización).

- Criterios clínicos

1. Comorbilidad múltiple con síntomas graves y refractarios sin posibilidad de beneficiarse del tratamiento específico (neumonía por aspiración, disnea, infecciones del tracto urinario superior, sepsis, úlceras por presión estadio 3-4, dolor, trastorno alimentario grave, fiebre recurrente después de antibióticos).

2. Dificultad grave en la ingesta o rechazo de alimento, ya sea por disfagia o por rechazo, con una pérdida de peso >10% durante los 6 meses previos o una albúmina sérica < 2-5 mg/dl. Esta cifra de albumina puede servir de ayuda como un indicador pronóstico, pero no debería utilizarse de forma aislada.

3. Pronóstico vital relativamente corto, dependiente de la edad y comorbilidad (inferior a seis meses)

- Criterios sociales:

1. Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo profesional que le atiende, relacionado en parte con la proximidad de la muerte.

***Para establecer el diagnóstico deben cumplirse al menos: el criterio cognitivo nº 1 y los tres criterios clínicos**

(2). **Valoración Geriátrica Integral:** Clínica, funcional, cognitivo y social.

Valoración Nutricional: MNA, Historia, exploración física, antropometría y datos analíticos.

(3). **Estrategias para mejorar la alimentación en demencias avanzadas con disfagia***.**

- Identificación precoz. Test volumen-viscosidad.

- Modificaciones ambientales o posturales.

- Modificaciones de la dieta.

(4). **Protocolo PEG.**

- Situación clínica estable.

- Solicitud a los servicios de Radiología I. o Digestivo y Anestesia con hoja de Interconsulta

- **Ante dudas por parte de anestesia, radiología o digestivo se consultará primeramente al profesional que ha realizado la petición. La decisión final se tomará de forma conjunta con los profesionales implicados en la decisión.**

- Consentimiento informado y consenso familiar.

- Preoperatorio:

- Analítica de sangre (hematimetría, coagulación, proteínas, glucosa, creatinina, iones)

- Electrocardiograma.

- Radiografía de Tórax.

- Antes de ingresar hay que retirar la antiagregación una semana antes y revertir la anticoagulación, sustituyendo por Heparina de Bajo Peso Molecular si es necesario

(5) **Reevaluación** de la SNG o PEG por su Médico responsable coincidiendo con cambios significativos en la situación clínica, cognitiva o funcional o según indicaciones previas del paciente .

NED: Nutrición Enteral Domiciliaria

SNG: Sonda Naso-Gástrica

PEG: Gastrotomía Endoscópica Percutánea

MNA: Mini Nutritional Assessment

MMSE: Mini-Mental State Examination

BIBLIOGRAFÍA

- *Arriola E. El paciente con demencia en fase terminal. Cuidado y apoyo a la familia
- **Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- ***Gomez-Busto F, et al. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; Francesc Formiga. M. et al. ¿Qué hacer y qué no a lo largo del proceso demencial? *Diálogo y ayuda. Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(S2):2-8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleecx D. La deglución normal y patológica. En: *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución.* 2004
- Bernabeu M. Anatomía y fisiología de la deglución normal. En: *disfagia Neurógena: Evaluación y tratamiento.* Barcelona, España: Fundación instituto Guttmann, Institut Universitari UAB. 2002
- Loggeman JA. Dysphagia: evaluation and treatment. *Folia Phoniatr Logop.* 1995;47(3):140-164.
- Chouinard, J. Dysphagia in alzheimer disease: A Review. *J Nutr Health Aging.* 2000;4(4):214-217.
- Pfeifer RF. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson s disease. *Lancet Neurol.* 2003;2(2):107-16.
- Perry L, Leve CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia.* 2001;16(1):7-18.
- Gómez-Busto F, Andía V, Ruiz-de-Alegría L. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(S2):29-36.
- Gómez-Busto F, Atares B, Moreno V. Correlación clínico-patológica de los diagnósticos de muerte en una residencia mixta. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36(S2):31-34.
- Elizabeth L, Sampson, Bridget, Candy, Louise, Jones. Alimentación enteral para pacientes mayores con demencia avanzada (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009. Número 3.* Oxford: Update. Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD007209. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Thune-Boyle ICV, Sampson EL, Jones L, King M, Tookman A, Lee D. Challenges to improving end of life care of people with advenced dementia in the UK. *Dementia.* 2010;9(2):259-284.
- Meier DE, Ahonheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS, High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: Lack of benefit of tube feeding. *Archives of Internal Medicine.* 2001;161:594-59
- Mc Cann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminality ill patients. The appropriate use of nutrition and hydratation. *JAMA.* 1994;272:1271-5
- Gisbert A. Aspectos éticos de la alimentación e hidratación en pacientes con deterioro cognitivo severo. *Med Pal.* 2009;2:100-110.
- Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Haxley D, Sachs GA. Barriers to limiting the practice of feeding tube placement in advenced dementia. *J Palliat Med.* 2003;6:885-93
- Martin JC. Nutrición e hidratación al final de la vida. *Endocrinol Nutr.* 2004; 51(4):197-201.
- Arriola E. El paciente con demencia en fase terminal. Cuidado personal y apoyo a la familia. En: www.paliativos-sinfronteras.com/upload/publica/paliacion-demencia-arriola.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con Enfermedad e Alzheimer y otras Demencias. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia d informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):661-3

DISFAGIA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA EN LA PERSONA CON DEMENCIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

- Sclan SG, Reisberg B. Functional assesment stating (FAST) in Alzheimer s disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr*. 1992;4(1):55-69
- Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43(11):2412-4
- Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI). Documento de ayuda a la toma de decisiones en el manejo de pacientes con demencia avanzada. 2008. ISBN: 84-96378-41-4
- Duaso Magaña E, Cuafra L, Capo M, Llonch M, Loutfi S et al. ¿Qué hacer y qué no hacer a lo largo del proceso demencial? Diálogo y ayuda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S2):15-21
- Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S2):2-8
- Olmos Navarro P, Rochina Puchades A, Sanchis Bayarri Bernal. Hidratación en el contexto de sedación paliativa en agonía: una perspectiva multidimensional. *Med Pal*. 2007;15:238-46
- Arnella EJ. Factors influencing the proportion of food consumed by nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:879-85
- Clavé P. Métodos para diagnosticar y valorar la eficacia del tratamiento. En: Taller de disfagia: de la evidencia clínica a la cocina dietética. Murcia: XIX Congreso Nacional de la SEMPE; Novartis 2003. P. 11-12.
- Cintra MT, de Rezende NA, de Moraes E, Cunha LC, de Gama Torres HO. A comparison of survival, pneumonia and hospitalization in patiens with advanced dementia and dysphagia receiving either oral or enteral nutrition. *J Nutr Health Aging*. 2014;10:894-9