

**CURSO DE POSGRADO EN
SOPORTE NUTRICIONAL**

**“CUIDADOS NUTRICIONALES
EN PACIENTES CON
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
INSTITUCIONALIZADOS”**

LICENCIADA EN NUTRICION

ADRIANA BASGALL

ABRIL 2005

RESUMEN

Introducción: La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central cual es la responsable del 70% de las demencias en las personas ancianas.

Este tipo de patología constituye un gran problema en salud pública ya que el envejecimiento es un fenómeno mundial. Día a día son más las personas que llegan a las instituciones geriátricas con esta enfermedad.

Los organismos de salud, las instituciones y muchos de los profesionales que trabajan en geriatría aún no han tomado conciencia del impacto que tiene este tipo de demencia en el estado nutricional y en la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: Establecer puntos claves en el cuidado nutricional de pacientes con Demencia Tipo Alzheimer que residen en la institución geriátrica San Antonio de la ciudad de Rosario, 2005.

Metodología: Fue realizado un estudio transversal en el período de marzo a abril del 2005. La investigación incluyó a 10 pacientes, 7 mujeres y 3 hombres, entre 75 y 85 años de edad que residen en la institución geriátrica San Antonio de la ciudad de Rosario. Para la clasificación del estado nutricional fueron utilizados:

- 1) IMC (Índice de Masa Corporal) con la clasificación propuesta por las guías del National Institute Health, 1998, que considera:

Malnutrición: valores: < a 18,5.

Normal: valores: 18,5 – 24,9.

Sobrepeso: valores : 25 – 29,9.

Obesidad: valores > 30.

Obesidad Extrema: valores > 40.

*Extraído del Curso de posgrado en Soporte Nutricional - Lic. Karin Nau y Lic. Gabriela Cánepa.

2) Valores de Laboratorio:

Proteínas totales: V.N. : > 6,1 g/dl.

Albumina: V.N. : 3,5-5,0 g/dl.*

Linfocitos: V.N. : > 1500/ mm³.*

*Extraído del Curso de posgrado en Soporte Nutricional - Lic. Karin Nau y Lic. Gabriela Cánepa.

Resultados: De los 10 pacientes evaluados 5 presentaron malnutrición (IMC < 18,5) , 4 presentaron IMC normal (entre 18,5 y 24,9) y 1 presentó sobrepeso (IMC de 27).

En cuanto a los valores de laboratorio 6 pacientes (de los cuales 5 tenían malnutrición y 1 normopeso) presentaron valores de proteínas totales y de albúmina por debajo de 6,1 y de 3,5 g/dl respectivamente. Con respecto a los linfocitos 3 pacientes (2 con malnutrición y 1 con normopeso) presentaron valores menores a 1500/mm³ y 1 presentó menos de 900 mm³ lo cual refleja severa malnutrición (12)

En cuanto a la conducta alimentaría que fue evaluada mediante la Escala de Blandford, y todos los pacientes presentaron algún trastorno de la misma. Siendo más frecuentes los trastornos en la atención (en el ítems: abandona la mesa durante la comida) , los componentes selectivos (en el ítems: come solo purés) y la disfagia orofaríngea (en el ítems ahogo o broncoaspiración).

Por último, con respecto a la asistencia alimentaría 4 pacientes (todos ellos con malnutrición) requerían la misma y los 6 restantes solo requerían supervisión a la hora de la comida.

Conclusión: La malnutrición es frecuente en los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer institucionalizados, y esto se agrava si requieren asistencia en la alimentación, por lo cual fue necesario establecer puntos claves en el cuidado nutricional de los mismos.

Las Instituciones Geriátricas y el equipo de salud que trabaja en ellas no está capacitado ni especializado en este tipo de patología.

Se requerirá de más investigaciones y de nuevas políticas sanitarias destinadas a preparar a este tipo de instituciones y a su personal para atender la demanda de institucionalización de estos pacientes y poder ofrecerles calidad de vida.

<u>INDICE</u>	Página
1- Introducción.	6
2- Historia y Actualidad de la Enfermedad.	7
3- Epidemiología.	8
4- Definición y Características de la Enfermedad.	9
5- Etiología y Factores de Riesgo.	11
6- Diagnóstico.	14
7- Síntomas y Signos.	14
8- Desarrollo de la enfermedad y sus implicancias nutricionales.	16
9- Tratamiento:	
9.1 Farmacológico.	17
9.2 No Farmacológico.	
9.2.1 Psicoestimulación, Terapia Ocupacional y Musicoterapia.	18
9.2.2 Tratamiento Nutricional.	18
10- Puntos clave para el cuidado nutricional.	23
11-Complicaciones Nutricionales del Paciente con Demencia Tipo Alzheimer.	25
12- Nutrición Artificial. Medidas Extraordinarias de Nutrición e Hidratación.	26
13- Institucionalización del Paciente con Demencia tipo Alzheimer.	27
14- Objetivos.	28
15- Materiales y Métodos.	28
16- Población del Estudio.	29
17- Métodos.	29
18- Resultados.	30
19- Discusión.	31
20- Conclusión.	31
21- Referencias Bibliográficas.	32
22- Agradecimientos.	34
23- Anexos.	35

1- INTRODUCCIÓN

La Demencia Tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso Central que representa el 70 % de las demencias en los ancianos. Esta constituye un gran problema en Salud Pública ya que el envejecimiento poblacional trae como consecuencia un número cada vez mayor de personas que la padecen.

En nuestro país aún no existen datos confiables acerca de cuántas son las personas con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer.

Esta ausencia de datos nacionales es el resultado de una falta de concientización en los organismos de salud de las dimensiones que adquiere esta enfermedad día a día, año a año.

Se requieren instituciones, profesionales y personal altamente capacitado en este tipo de patología para lograr un abordaje interdisciplinario y global destinado a mejorar la calidad de vida del residente.

La Demencia Tipo Alzheimer puede afectar tarde o temprano al estado nutricional del paciente y esto es más frecuente si el paciente reside en instituciones geriátricas.

Según la bibliografía consultada y los resultados del trabajo de campo realizado en la Institución Geriátrica San Antonio de la ciudad de Rosario en la cual trabajo, la desnutrición puede afectar al 50% de los pacientes con Demencia tipo Alzheimer, mientras que el 50% restante le corresponde a pacientes con normo o sobrepeso (40% con normopeso y 10% con sobrepeso). Es por ello que surge la necesidad de conocer los cambios físicos y conductuales que se producen en el paciente con Demencia Tipo Alzheimer para saber como influyen en su estado nutricional y luego establecer claramente cuales son los puntos claves en el cuidado nutricional de los mismos.

Nota: Este concepto de "Demencia Tipo Alzheimer" en este trabajo se debe a que el diagnóstico preciso y /o definitivo se realiza solo mediante autopsia.

2-HISTORIA Y ACTUALIDAD DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad de Alzheimer tiene su nombre gracias a neurocientífico alemán llamado Alois Alzheimer que estudió el caso de una mujer llamada Auguste D. de 51 años la cual tenía trastornos en el lenguaje, problemas de memoria y alteraciones en la conducta. La enfermedad fue avanzando rápidamente y los síntomas fueron haciéndose cada vez mas patentes. Después de 5 años la paciente estaba completamente demenciada y con incontinencia urinaria y fecal. Luego aparecieron úlceras de decúbito en sacro y cadera y estaba muy débil. El 8 de Abril de ese año muere por una doble pulmonía y su cerebro fue donado por la familia para autopsia. Es allí cuando Alzheimer lo comienza a estudiar con mucha dedicación. (1)

El describe que el cerebro de Auguste D. estaba atrófico, pesaba menos, tenía profundos surcos, estrechas circunvoluciones y pequeños lóbulos.

En el mismo año Golgi obtiene el premio novel por su descubrimiento de las técnicas de impregnación argéntica para estudiar el sistema nervioso, lo que le permitía a Alzheimer estudiar microscópicamente el cerebro de Auguste D..

Fue así como él pudo comprobar que dentro del 25-35 % de las neuronas aparecían cambios importantes en el citoesqueleto. Eran los ovillos neurofibrilares. Igualmente apreció que las neuronas de la corteza habían desaparecido muy abundantemente y que fuera de las mismas, se veían muchos focos de aspecto de granos de mijo dando la impresión de que se había producido el depósito de una sustancia peculiar en la corteza cerebral. Eran las placas neuríticas o amiloides. Alzheimer concluyó que estas lesiones (ovillos, placas y muerte neuronal) eran características de “una enfermedad peculiar y grave de la corteza cerebral”.(1)

En la etapa moderna, que se inicia en 1960 y continúa con brío en nuestros días, con avances tecnológicos y clínicos sumados a la presión de una población envejecida, originan un interés explosivo y un progreso incesante en España, de esta enfermedad.(1)

A finales de la década del 70 dentro de la sociedad de EEUU, país donde se inicia la revolución médica, biológica y sociocultural de la enfermedad de Alzheimer , esta alcanza proporciones casi míticas (1) afectando a millones de personas y constituye un problema grave de salud pública que ha conducido a un gasto sustancial de los recursos públicos y privados en la búsqueda de sus causas y soluciones a la amenaza que significa para la identidad humana y forma de afrontar los problemas que crea a la familia del enfermo y en la comunidad.

Esa gran conciencia pública de la enfermedad existente también en España y el resto de Europa es relativamente reciente.

Hoy prácticamente todo el mundo sabe que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cualitativa y cuantitativamente diferente al envejecimiento “normal”, aún cuando el paso de los años constituye el factor de riesgo más importante de padecerlo.(1)

La inminente crisis del sistema de asistencia sanitaria relacionada con el envejecimiento de la población (en el aumento de la esperanza o expectativa de vida) obliga a reconsiderar las prioridades en la distribución de los recursos.(1)

De esta manera se está investigando sobre estrategias para alterar el curso degenerativo de la enfermedad y para identificar objetivos de proceso en el descubrimiento de tratamientos específicos.(1)

Se calcula en el 2050, (en EEUU) más de 14 millones de personas (hoy son 4 millones), pueden padecer esta enfermedad y requerir asistencia médica, servicios de apoyo y hospitalización. (1) Según datos españoles en el 2020 más de 600.000 españoles padecerán la Enfermedad tipo Alzheimer.()

3-EPIDEMIOLOGIA

Los datos estadísticos que ofrecen los estudios epidemiológicos sobre envejecimiento y demencia presentan un panorama inquietante.

El bajo índice de natalidad, la mejora de las condiciones sanitarias como sociales y, como consecuencia, el aumento de la esperanza de vida han hecho que el número de personas en edades superior a los 65 años sea cada vez mayor, y son precisamente éstas las más vulnerables a padecer demencia.

En la actualidad se sabe que la enfermedad de Alzheimer en los países occidentales, representa entre el 50 y 60 % de todos los casos de demencia, o entre el 50-70 % según otros autores. (2)

Su prevalencia media se estima en un 5-6 % por encima de los 65 años y en más del 20 % pasados los 80.(2)

En nuestro país aún no disponemos de datos estadísticos confiables que nos muestren la magnitud del problema y el número de pacientes con Demencia tipo Alzheimer, pero se cree que estos no serán muy diferentes a los de España y EEUU ya que el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial.

4-DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central y constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años.(1), (2), (3), (6).

En ella se produce una degeneración del tejido cerebral con pérdida de neuronas en forma masiva, una disminución de la respuesta frente a los neurotransmisores y con una reducción de los niveles de éstos (déficit de acetilcolina).

En el cerebro afectado aparecen dos estructuras:

- 1- Acúmulos en forma de placas (depósitos extracelulares formado por el péptido β amiloide AB)
- 2- Ovillos neurofibrilares que son depósitos intracelulares de una proteína asociada a los microtúbulos llamada proteína tau (τ) en forma modificada.(1)

Esta al agregarse en la enfermedad de Alzheimer produce un decrecimiento en su unión a microtúbulos y una posible desestabilización de éstos.

Todo esto trae como consecuencia un crecimiento de las cavidades que existen en el interior del cerebro (ventrículos) y un adelgazamiento y pérdida de la consistencia de la corteza cerebral por muerte neuronal.(1)

Así, mientras la presencia de placas seniles aumenta con la edad del paciente, el grado de demencia se correlaciona fundamentalmente con la muerte de neuronas en localizaciones específicas y con el número de ovillos neurofibrilares (1) el cual afecta de modo progresivo al sistema nervioso central, llegando a la pérdida neuronal y atrofia del Hipocampo que es la zona primordialmente afectada en la enfermedad de Alzheimer. También se detectó una disminución del riego sanguíneo cerebral, una disminución de la utilización de la glucosa y la presencia de componentes de la respuesta inflamatoria.

Todos estos cambios en el tejido cerebral ocasionan alteraciones cognitivas en el paciente que se evidencia en el lenguaje, coordinación motora, condiciones perceptivas neuronales, capacidad de abstracción, raciocinio, cálculo y memoria del mismo.(1)

Desde el punto de vista nutricional se dice que en general hasta un 50 % de los pacientes con Enfermedad Alzheimer padecen deficiencias alimentarias, por lo que realmente la mitad de ellos muestran un peso normal o excesivo y que estas deficiencias alimentarias son más frecuentes en los pacientes institucionalizados que en los que permanecen en sus domicilios.(2). La desnutrición y la deshidratación, problemas comunes en pacientes con demencia pueden aumentar la confusión y el estrés, provocar muchos problemas físicos y reducir la capacidad de enfrentar la enfermedad. (6)

En fases avanzadas de la enfermedad Alzheimer el paciente puede perder peso, con pérdida de masa muscular y masa ósea (con disminución de la talla) la cual es consecuencia del deterioro intelectual global, de la hiperactividad y de la anorexia, por la falta ó disminución del sentido del gusto y olfato , como así también, como un efecto adverso de la medicación que recibe. No es infrecuente que estos pacientes se olviden que si se alimentaron o no, que

coman cualquier cosa, que coman la comida de otra persona, que se nieguen a alimentarse o tragar, que escupan la comida, o que presenten incoordinación motora para llevarse los alimentos a la boca.

Todas estas alteraciones en el estado nutricional del paciente lo hacen más susceptible a infecciones (pulmonía, neumonía, escaras) por una disminución en la capacidad de defensa de su sistema inmunológico.

5-ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Las causas de la enfermedad Alzheimer no están del todo claras, se han estudiado múltiples factores de riesgo como:

- 1- Edad: Para muchos autores (1,2,4,6,7) constituye el factor de riesgo más importante ya que el envejecimiento cerebral supone la acumulación de lesiones o la activación de ciertos genes destructores. La persona de 65 a 74 años tiene una posibilidad en veinticinco de padecer la enfermedad y a los 85 años la posibilidad de padecerla es de uno por cada dos. (4). También en los ancianos hay variaciones en los mecanismos de regulación del calcio lo cual afecta a la actividad de las células neuronales. Los estudios de acumulación del péptido β amiloide muestran que ésta puede provocar la entrada de cantidades excesivas de calcio en las neuronas. El calcio que por lo general se obtiene de los alimentos, ayuda en la transmisión de impulsos de los mensajes entre las células pero un exceso de éste puede llevar a la muerte celular. (6)
- 2- Factores genéticos: Se considera que la historia familiar de la enfermedad Alzheimer puede constituir un importante factor de riesgo, afirmándose que hasta un 75 % de los casos puede ser de tipo familiar por existir una autosoma dominante que llega a afectar el 50 % de los sujetos que alcanzan edades avanzadas.
- 3- Sexo: La enfermedad Alzheimer es más frecuente en mujeres quizás por su mayor longevidad.(2)

- 4- Raza: aparentemente sería mayor en individuos de raza negra (2), pero se necesitan más estudios al respecto.
- 5- Estudios y Educación: Diversos estudios llevados a cabo en China, EEUU y Europa , indican que un bajo nivel educativo supone un factor de riesgo de padecer enfermedad Alzheimer, mientras que un nivel elevado confiere cierta protección.
- 6- Traumatismos craneales: Estudios han demostrado que un 30 % de los traumatizados mostraban depósitos del amiloide.
- 7- Intoxicaciones ambientales: Se ha propuesto al aluminio como factor de riesgo ya que se encontró en los cerebros de algunos pacientes con la enfermedad. Las fuentes dietéticas del aluminio son: aditivos alimentarios, té y agua, pero todavía faltan estudios al respecto.(2)
- 8- Enfermedades vasculares: Pacientes que han padecido infartos y arteriopatía coronaria con lesiones vasculares cerebrales serían más susceptibles de padecer la enfermedad. La Hiperhomocisteinemia es un factor de riesgo coronario por lo cual también se la ha vinculado con la enfermedad. Es importante el aporte dietético de vitaminas B6, B12 y ácido fólico ya que actúan como cofactores de enzimas que intervienen en la reconversión de la homocisteína.
- 9- Tabaquismo: También fue considerado en un momento factor de riesgo, pero se necesitan más estudios al respecto ya que hay gran controversia.(2)
- 10- Dislipemias: Las personas que consumen en su dieta grandes cantidades de grasa y colesterol tienen notablemente aumentado el riesgo de padecer esta enfermedad, ya que aumenta el tamaño y el número de las placas neuríticas (1). Evidentemente subyace aquí toda la bondad de la dieta mediterránea variada (ver anexo 4) y con el aceite de oliva en sus preparaciones como protectora frente a la enfermedad (1).
- 11- Malnutrición, Subalimentación y Deficiencias Vitamínicas y minerales: (vitaminas E, ácido fólico, vitaminas B12, niacina, tiamina y selenio)

La bibliografía consultada dice que se han realizado estudios con individuos que han pasado por un período prolongado de inanición, con alimentación subsecuente normal, y que han desarrollado más tarde demencia. (3) Además dietas ricas en hidratos de carbono y pobres en proteínas puede conducir a una disminución de la atención y a una menor alerta en las personas ancianas. La carnitina que se deriva de los aminoácidos lisina y metionina puede ser eficaz para retardar el deterioro mental de la enfermedad de Alzheimer. (Berry,1994).

El Dr Diez Mori, (Médico Psiquiatra integrante del equipo ALMA, Asociación para los Enfermos de Alzheimer y Director Médico del Instituto Geriátrico con Apoyo Psiquiátrico San Antonio de la ciudad de Rosario) hace mención en una de las entrevistas realizadas para este trabajo, que hay estudios que incluyen a los niños con problemas de subalimentación como posibles candidatos de padecer la enfermedad de Alzheimer, pero en ésta como en otras áreas se continúa estudiando.

En cuanto a las vitaminas las que cobran especial importancia en el tratamiento y prevención de esta enfermedad son: 1) La vitamina E, que prevendría el estrés oxidativo que se produce en las membranas de las células nerviosas del paciente con Alzheimer. 2) La vitamina B12, que participa en el funcionamiento de las células nerviosas.

3) El ácido fólico, que participa en la formación y maduración de los glóbulos rojos y blancos (los glóbulos rojos llevan el oxígeno a las células nerviosas y un déficit en esta vitamina daría como resultado la muerte neuronal).

Por último el Selenio que actúa como antioxidante.

También se han propuestos otros factores de riesgo como enfermedad tiroidea, diabetes, alcoholemia, estrés, etc. (3)

6- DIAGNOSTICO

Lo ideal sería hacer el diagnóstico lo más precoz posible, de esta manera se podría enlentecer el progreso de la enfermedad y el paciente podría tener una leve mejoría. Además es importante que sea detalladamente evaluado mediante:

- a) Entrevista con examen físico (haciendo énfasis en el sistema inmunológico).
- b) Exámenes de laboratorio (orina y sangre) para detectar entre otras cosas alteraciones en la función tiroidea, deficiencias vitamínicas por ejemplo vitamina B12.
- c) Entrevista con familiar cercano o cuidador.
- d) Exámenes complementarios (hoy en día casi de rutina) como son las neuroimágenes.
- e) Evaluación del estado cognitivo mediante el test de Folstein o Minimental, el cual es una parte muy importante del diagnóstico que permite establecer de modo ordenado y con gran confiabilidad el proceso de deterioro y cuanto menor sea el puntaje obtenido, mayor será el deterioro cognitivo (ver anexo).

7- SINTOMAS y SIGNOS

Agnosia: Es la dificultad para reconocer objetos mediante la vista y el tacto.

Apraxia: Es la alteración de realizar determinados movimientos u actos motores y dificultades en la construcción.

Afasia: Es la dificultad en el lenguaje y la comprensión del mismo.

Y sintomatología sobre añadida como:

Trastornos del sueño y del ritmo sueño-vigilia: lo cual influye en la alimentación ya que el paciente se encuentra muchas veces dormido al momento de alimentarse.

Trastornos en la alimentación y nutrición:

- a- Pérdida de la independencia para alimentarse (que suele estar asociada con un aumento de la mortalidad) (Siebens y cols,1986) (2).
- b- Dificultades para alimentarse (por alteraciones en la memoria, incapacidad emocional, ideas delirantes).(2)
- c- En fases tardías de la enfermedad Alzheimer el paciente puede tener problemas para reconocer los alimentos, la situación de los cubiertos, dificultades para masticar, tragar.(2)
- d- Dificultades para comunicarse (lo cual harán necesaria una mayor sensibilidad por parte de los cuidadores para poder interpretar sus necesidades alimentarias).(2)
- e- Disminución de la producción salival en la glándula submandibular con complicaciones orales.(2)
- f- Medicación psicotropa que disminuye la producción salival.(2)
- g- Trastornos en las percepciones olfativa y gustativa (la disminución en el sentido del gusto y del olfato influyen negativamente en el apetito).(2)
- h- Deficiencias alimentarias en general (más frecuente en pacientes institucionalizados)(2)
- i- Deficiencia de tiamina con impacto en la función cognitiva.
- j- Pérdida de peso producida por hiperactividad o por infecciones recurrentes.

8- DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD Y SUS IMPLICANCIAS NUTRICIONALES

Aunque puede existir variabilidad entre los distintos pacientes la enfermedad de Alzheimer se puede dividir en 3 etapas:

Etapa Inicial: Que se caracteriza por pérdida de memoria reciente, incapacidad para retener nueva información y problemas de juicio. Aquí es probable que se produzcan dificultades para comprar, preparar y almacenar alimentos, o también olvidarse de comer o comer la misma comida dos veces.

Los pacientes con esta enfermedad tienen dificultades para reconocer y detectar olores, lo cual se manifiesta como una especial predilección por los alimentos dulces y salados. (4)

Etapa Intermedia: Hay un aumento de la agitación e hiperactividad, las necesidades energéticas aumentan y el paciente pierde peso. En esta etapa estos pacientes pueden necesitar ayuda para alimentarse. (3)

Se ha demostrado que el movimiento constante exige un aumento calórico adicional de 1600 Kcal./día en comparación con pacientes sedentarios.

Etapa Final: En esta etapa el paciente puede ser incapaz de tragar y requerir alimentación por sonda. Algunos pacientes pueden negarse a abrir la boca, mientras que otros pueden convertirse en comedores compulsivos o tratar de ingerir objetos incomedibles.

Aquí el enfermo puede tener disfagia y entonces requerir mucho tiempo para comer.

9- TRATAMIENTO

La enfermedad de Alzheimer es incurable, la ciencia investiga continuamente sobre esta enfermedad y en los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos que pueden ser: farmacológicos y no farmacológicos.

9.1 - FARMACOLOGICOS:

- ✓ Inhibidores de la acetilcolinesterasa: estos fármacos inhiben la enzima que destruye la acetilcolina que es uno de los principales neurotransmisores cerebrales aumentando la misma en la transmisión nerviosa.

Estos son: Donepecilo, Metrifonato, Rivastigmina y Galantamina. Estos medicamentos pueden afectar directa o indirectamente el estado nutricional:

- Donepecilo : provoca vómitos , diarrea , náuseas, anorexia.
- Metrifonato: provoca diarrea, dolor abdominal.
- Rivastigmina: provoca náuseas, vómitos, anorexia.
- Galantamina : provoca náuseas, vómitos, anorexia, diarrea y pérdida de peso.(1)

- ✓ Antiinflamatorios no esteroides y estrógenos: que jugarían un papel neuroprotector pero aún está en estudio.

- ✓ Antirradicales libres: en el cerebro con enfermedad de Alzheimer existe un importante estrés oxidativo derivado del depósito amiloide patología τ , excitotoxicidad endógena, inflamación crónica y formación de radicales libres. Esto ha llevado a buscar tratamientos antioxidantes o radicales libres. Hay estudios que demuestran que tanto la selegilina como la vitamina E o ambas de manera combinada retrasan en forma significativa el momento de ingreso en residencia de los enfermos , y la

pérdida su capacidad de realizar las actividades cotidianas e incluso la muerte.(1,2,3,9). El Ginko Biloba: es un extracto de hojas que se empleaba en la farmacopea china debido a que contiene flavonoides y antioxidantes que protegen contra el estrés oxidativo. De todos modos se continúan realizando estudios sobre esta especie botánica y sus efectos terapéuticos sobre la enfermedad de Alzheimer.(1,7).

9.2 - NO FARMACOLOGICO:

Este incluye el tratamiento a través de:

9.2-1 PSICOESTIMULACIÓN, TERAPIA OCUPACIONAL Y MUSICOTERAPIA: estos tienen por objetivo producir en el paciente: cambios conductuales, y establecer una rutina ordenada, evitar el aislamiento, promover el estímulo cognitivo y la contención afectiva, (9) para sostener las capacidades remanentes el mayor tiempo posible.

A continuación incluyo el tratamiento nutricional para que junto con los tratamientos anteriormente descriptos podamos mejorar la calidad de vida del paciente.

9.2.2 - TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Conforme progresa la enfermedad tipo Alzheimer, no son infrecuentes las dificultades de alimentación del paciente, lo cual añade otro tipo de riesgo al proceso patológico. En general, según las recomendaciones de la Alzheimer's Association NSW (Australia, 1996), estas dificultades pueden manifestarse en las siguientes situaciones:

- 1- Comprar alimentos (se trata de decidir qué comprar haciendo las elecciones adecuadas)
- 2- Guisar (preparar el fuego, preparar alimentos, reconocer y utilizar utensilios adecuados)

3- Comer adecuadamente.(2)

En la siguiente tabla se exponen los principales problemas de alimentación del paciente con enfermedad tipo Alzheimer y sus posibles soluciones.(Por Rafaél Gonzales Mas en su libro “Enfermedad de Alzheimer” Clínica, Tratamiento y Rehabilitación)(2)

Problemas alimentarios en la enfermedad de Alzheimer

PROBLEMAS	SOLUCIONES
Trastornos del apetito. Apetito insaciable, exceso de alimentación.	Hacer 5 o 6 pequeñas comidas al día, utilizar alimentos de bajo contenido calórico, distraer al paciente con otras actividades como paseos, esconder alimentos.
Anorexia	Suministrar un vaso de jugo o vino para estimular el apetito, ofrecer helados, aumentar el ejercicio, ofrecer principalmente un alimento antes de cambiar su sabor o textura, ofrecer la comida principal utilizando los momentos del día en que el paciente se siente mejor (generalmente al mediodía), ofrecer comida casera y familiar. <u>Nota:</u> Aquí otros autores aconsejan hacer que el paciente huela aceite de limón o menta antes de la comida ya que esto puede estimular el apetito.(6)

Trastornos de la comprensión Alteración de los patrones del sueño confundiendo los tiempos de la comida	Ofrecer la comida en tiempos concretos.
Olvidarse de comer	Ofrecer comida y recordar cuál es el tiempo adecuado para hacerlo
Olvidar que ya haya comido y solicitar comida de nuevo	Dar pequeñas cantidades de alimento entre las comidas.
Olvidar el empleo de cubiertos	Orientar al paciente para su empleo Ofrecer alimentos que se comen con las manos.
Confusión si existen demasiadas ofertas.	Simplificar la mesa (por ejemplo solo un plato, un tenedor o cuchara, no utilizar manteles coloreados o con dibujos complejos) <u>Nota:</u> Aquí Ronald Petersen en su guía de la Clínica Mayo recomienda usar por ejemplo un mantel individual color azul y un plato blanco para las comidas oscuras.
Tarea demasiado complicada	Simplificar la comida, estimular verbalmente y demostrar cómo hacer los movimientos, usar alimentos que se ingieren manualmente.
Problemas con la manipulación de la comida y cubiertos Incapacidad para iniciar la comida.	Utilizar taza mejor que platos, utilizar vajilla pequeña, dar comida que se ingiera con las manos Estimular verbalmente, ofrecer una pequeña cantidad de alimento en la boca, poner el cubierto en sus manos. Instruir verbalmente paso a paso.

Dificultades bucales: Boca seca Problemas dentales Problemas de masticación	Humedecer la comida con salsas. Valorarlos y corregirlos. Efectuar ligera presión en labios o mejillas. Estimular verbalmente (ordenar "traga"), hacer demostraciones de masticación, ofrecer pequeñas cantidades de alimento, una a una.
Dificultades conductuales: Agitación que impide sentarse el tiempo suficiente para comer.	Ofrecer alimento a menudo y en pequeñas cantidades, ofrecer comida que pueda ingerirse con la mano, valorar las causas de la agitación y posible medicación.
Sentimiento de ser obligado a ir de deprisa.	Dar el tiempo necesario, esperar un momento y luego continuar.
Ideas delirantes de ser envenenado	Tranquilizar, estudio psiquiátrico para determinar la causa del delirio.
Esconder la comida por miedo o confusión.	Vigilar las ocultaciones.
Depresión con pérdida del apetito	Suministrar tratamiento médico
Dificultades del entorno: Distracción por ruidos ambientales	Comer en lugar tranquilo, sin distracción. Intentar poner música suave de fondo.
Olores que causan pérdida de apetito	Evitar la producción de olores, sobre todo en el área del comer. Guisar con especias apetitosas.
Dificultades de deglución: Dificultades para tragar	Recordarle que trague cada bocado Golpear ligeramente la garganta Controlar la boca para ver si la comida

	ha sido deglutida, no dar alimentos que sean difíciles de tragar, ofrecer pequeñas cantidades, humedecer los alimentos.
Atragantarse con líquidos	Ofrecer líquidos espesos. Solicitar exploración médica
Atragantarse con sólidos	Suministrar alimentos cocinados blandos (huevos revueltos, conserva de frutas, gelatina, puré de papas, flanes). Solicitar exploración médica.

Dentro de los alimentos aconsejados figuran las frutas y verduras que poseen una alta proporción de nutrientes antioxidantes los cuales facilitan la inhibición de los radicales libres (hidróxidos y peróxidos) y son beneficiosas tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico.(2)

Entre los antioxidantes más activos se encuentran las vitaminas A, C, E, glutamatos, ácidos fenólicos y flavonoides de frutas y verduras, así como diversos minerales como el selenio. La capacidad antioxidante de los alimentos se valora con el empleo de las unidades ORAC (Oxigen Radical Absorbance Capacity). El hecho que las frutas y verduras aconsejadas se encuentran altamente coloreadas (rojo, púrpura, naranja, verde oscuro) se debe a que los antioxidantes están más concentrados en los pigmentos que producen estos colores (Alzheimer Newsroom, 29 nov, 1.999; Wang y cols. , 1.996). Entre las frutas frescas el índice más alto de actividad de ORAC la muestran las frambuesas, seguida por las fresas, ciruelas, naranjas, uvas, kiwis, bananas, manzanas, tomates, peras y melones.(ver tabla)(2)

De las verduras el ajo se encuentra en primer lugar antioxidante, seguido por las espinacas, coles de bruselas, brotes de alfalfa, brócoli, remolachas, pimiento rojo, cebollas, maíz, papas, lechuga y pepinos.(2)

Los té verde y negro poseen alto poder antioxidante, pero en presencia del cobre actúa como prooxidante.(2)

Ragnes cof y cols (1996) estudiaron el efecto de la música sobre la alimentación en enfermos dementes. Dichos efectos se estudiaron mediante mediciones psicológicas y valoración del peso de los alimentos ingeridos. Los resultados mostraron un manifiesto aumento de la ingesta durante la estimulación musical, especialmente en los postres.(2)

Los enfermos manifestaron durante los espacios musicales una clara disminución de la irritabilidad, miedo y depresión.(2) Es por eso que es muy importante trabajar con un plantel de profesionales completo y capacitado.

TABLA: Equivalencias de algunos alimentos en unidades de ORAC/g de producto fresco.

PRODUCTO FRESCO 1 g	UNIDADES ORAC
Frambuesas, fresas, ajos	20
Espinacas	13
Coles de Bruselas	10
Ciruelas, brotes de alfalfa, brócoli	9
Naranja, uva, remolacha, pimiento rojo	7
Kiwi	6
Cebolla, coliflor judía	4
Papa	3
Banana, manzana, tomate	2
Pera, melón	1

Extraído del libro de Rafael Gonzales Mas "Enfermedad de Alzheimer" Clínica, Tratamiento y Rehabilitación.

10- PUNTOS CLAVES DEL CUIDADO NUTRICIONAL

a) Con el paciente:

- 1) Valoración de las necesidades nutricionales (según edad, sexo, actividad, estado nutricional, injuria, enfermedades agudas o crónicas, etc.

- 2) Valoración el comportamiento alimentario: realizando la Escala de Blandford, (ver anexo) que incluye trastornos pasivos y activos que presenta el paciente al momento de alimentarse.
- 3) Planificación de un plan de comidas e hidratación según:
 - ✓ Requerimientos nutricionales.
 - ✓ Preferencias alimentarias (que pueden ser preguntadas al paciente, familiar o cuidador).
 - ✓ Consistencia y temperatura de la dieta (que va a depender del estado del paciente, de su dentición, etc.).
 - ✓ Horarios, frecuencia y volumen de las comidas e hidratación.
 - ✓ Condimentación.
 - ✓ Suplementación con productos nutroterápicos.
 - ✓ Alimentación por vía de excepción.
- 4) Monitoreo y evaluación del estado Nutricional: el cual de ser frecuente e incluir estado de hidratación, peso, talla, pliegues, valores de laboratorio, etc.).
- 5) Ajuste del plan según requerimientos especiales: por ejemplo en presencia de una escara, infecciones, etc. .

b) Con el personal que asiste al paciente:

Capacitación al personal sobre:

1) *Características de la dieta*: en este punto es importante hacer hincapié en que a la hora de la comida se debe establecer un ambiente de calma, con demostraciones de afecto y contención hacia el enfermo. En Inglaterra se realizó un estudio en el cual se empleó un robot para alimentar a un grupo de pacientes y el otro grupo continuó siendo alimentado por personas y se comprobó que aquellos que eran alimentados por el robot comían menos y que el contacto humano, con palabras, gestos, etc. era muy importante.

2) *preparado de la mesa*: (por ejemplo con platos y vasos irrompibles, con una mesa sencilla sin elementos que lo distraigan)

3) *tiempos destinados a la alimentación y cómo se debe alimentar al paciente*: se deben ofrecer los alimentos lentamente, esperar un momento y luego volver a ofrecerle. Hablarle al paciente para que mastique y trague y mostrarle como debe hacerlo.

4) *Riesgos durante el acto de alimentarlo y prevención de los mismos*: (por ejemplo broncoaspiración).

c) Con el equipo interdisciplinario:

Es importante la coordinación y la comunicación de todas las actividades con el equipo inter y multidisciplinario el cual deberá estar especializado en enfermedad de Alzheimer como por ejemplo:

- 1- *resultados del monitoreo del estado de sus capacidades físicas y cognitivas relacionadas con la alimentación* (ver anexo Índice de Kats e Índice de Barthel).(10)
- 2- *Resultados del monitoreo del estado nutricional*: Peso, Índice de Masa Corporal, valores de laboratorio, etc.
- 3- *Cambios o ajustes en la medicación o en la dieta.*
- 4- *Patologías agudas, etc.*

11- COMPLICACIONES NUTRICIONALES DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

La malnutrición y la pérdida de peso ocurre generalmente en los estadios últimos de la enfermedad de Alzheimer y se asocia a elevados riesgos de

infección. Esto se origina por indiferencia a la comida, dependencia ajena para alimentarse y aumento de los requerimientos energéticos. Por ello se deben seleccionar adecuadamente los alimentos y su preparación dándole al paciente el tiempo suficiente para que realice sus comidas.(2) También puede producirse deshidratación y fecaloma por lo cual deben tenerse en cuenta al elaborar el plan.(1)

12- NUTRICION ARTIFICIAL . MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE NUTRICION E HIDRATACION

Muchos enfermos con enfermedad de Alzheimer suelen mantener la capacidad de deglutir en estadios avanzados de su enfermedad y pueden ser alimentados con ayuda de sus cuidadores que les llevan la comida a la boca. Sin embargo en fases terminales el enfermo rechaza abrir la boca o pierde su capacidad de deglutir la comida. En estos casos se plantea la necesidad de recurrir a alimentar mediante una sonda nasogástrica o una gastrostomía y, en última instancia se puede recurrir a la alimentación intravenosa.(1)

Hay mucha controversia en este tema, porque hay quienes están de acuerdo en alimentar por vías de excepción a estos pacientes y de superar los obstáculos que se van presentando a medida de que la enfermedad avanza, y otros consideran que al ser una enfermedad terminal lo único que se lograría es retrasar la evolución natural de la enfermedad que es la muerte.

De todos modos los distintos autores consultados sostienen que la decisión depende del entorno cultural.

Según la experiencia de los profesionales que trabajan conmigo en las instituciones geriátricas, los pacientes cada vez viven más tiempo y muchas veces la alimentación por vía de excepción se usa para alimentarlos temporalmente cuando por ejemplo no quieren ingerir, cuando se alimentan pero no alcanza para cubrir sus necesidades, después de una cirugía, etc. (para

que su estado nutricional no se deteriore) y luego cuando vuelve a alimentarse por boca, se retira la sonda.

De todos modos la decisión y la selección del tipo de alimentación deberá ser minuciosamente evaluada por todo el equipo de profesionales y para cada paciente en particular.

13- INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

En Estados Unidos el número de unidades de cuidados de Alzheimer existentes en los asilos ha aumentado enormemente en los últimos años. Hace poco, los residentes con enfermedad de Alzheimer eran mal recibidos en estas instituciones, pero hoy en día son un importante objetivo de mercado. Se ha observado el mismo fenómeno en Europa. Hoy la mayoría de los asilos nuevos que proporcionan asistencia a este tipo de pacientes planifican desde el principio una unidad de Alzheimer especialmente diseñada.(1)

En la Argentina las Instituciones Geriátricas no están formadas para recibir a este tipo de pacientes e incluso no se ha tomado la suficiente conciencia de la magnitud de esta problemática.

Se necesita personal especialmente seleccionado, entrenado, cuantificado y cualificado para atender al paciente con Alzheimer. El equipo profesional debe estar formado por Médicos Clínicos, Médicos Psiquiatras, Enfermeros Profesionales, Licenciados en Nutrición, Licenciados en Terapia Ocupacional, Asistentes Sociales, kinesiólogos y Musicoterapeutas. Dentro del personal también son importantes los Auxiliares de Enfermería capacitados para alimentar y atender a estos pacientes.

14- OJETIVOS

Objetivo General:

Establecer puntos claves en el cuidado nutricional de pacientes con Demencia Tipo Alzheimer que residen en la institución geriátrica San Antonio de la ciudad de Rosario, 2005.

Objetivos Específicos:

1- Evaluar el estado nutricional de los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer que residen en la institución geriátrica San Antonio de la ciudad de Rosario, 2005.

2- Detectar alteraciones en la conducta alimentaría de pacientes con Demencia Tipo Alzheimer que residen en la institución geriátrica San Antonio de la ciudad de Rosario, 2005.

3- Determinar cuáles son los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer que requieren asistencia en la alimentación.

4- Capacitar al personal sobre los puntos claves en el cuidado nutricional de los pacientes con Demencia tipo Alzheimer institucionalizados.

15- MATERIALES Y METODOS:

Fue un estudio transversal que incluyó datos primarios y secundarios que correspondieron a: evaluación antropométrica (mediante el IMC) , valores de laboratorio (proteínas totales, albúmina y linfocitos), detección de la presencia de trastornos en la alimentación, mediante la Escala de Blandford y necesidad

de asistencia de la alimentación (lo cual fue respondida por el personal que atiende al paciente en ambos turnos).

16-POBLACION DEL ESTUDIO

El estudio incluyó a pacientes, mujeres y hombres, que tenían entre 75 y 85 años de edad que residen en la institución geriátrica San Antonio de la Ciudad de Rosario.

En la muestra debieron incluirse solo aquellos pacientes que podían ser pesados (ya sea independientemente o con ayuda del personal de enfermería el cual debía pesarse junto con el paciente y luego se descontaba el peso del enfermero/a) aquellos que estuvieran de acuerdo en pesarse y aquellos que no estuvieran excitados al momento de la valoración.

Así la población estudiada fue de 10 pacientes y la recolección de datos se realizó en el período de marzo a abril del 2005.

Durante este período se valoró es estado nutricional de los pacientes mediante el IMC y valores de laboratorio, se detectaron trastornos en la alimentación de los mismos y la necesidad de asistencia a la hora de alimentarse para luego poder establecer puntos claves en el cuidado nutricional y transmitirlos mediante la capacitación al personal que los atiende o asiste para mejorar la calidad de vida de estos pacientes .

17- METODOS:

Para valorar el estado nutricional de los pacientes se utilizó el Índice de Masa Corporal (con la clasificación de las guías del National Institutes Health, 1998): Se pesó a los pacientes en una balanza de plataforma con una precisión de 100 gr., y se los midió con una cinta métrica.

La detección de trastornos en la alimentación se realizó mediante la Escala de Blandford, la cual fue contestada por el personal de enfermería de ambos turnos al igual que la necesidad de la asistencia en la alimentación.

18- RESULTADOS

De los 10 pacientes evaluados 5 presentaron malnutrición (IMC < 18,5) , 4 presentaron IMC normal (entre 18,5 y 24,9) y 1 presentó sobrepeso (IMC de 27).

En cuanto a los valores de laboratorio 6 pacientes (de los cuales 5 tenían malnutrición y 1 normopeso) presentaron valores de proteínas totales y de albúmina por debajo de 6,1 y de 3,5 g/dl respectivamente. Con respecto a los linfocitos 3 pacientes (2 con malnutrición y 1 con normopeso) presentaron valores menores a 1500/mm³ y 1 presentó menos de 900 mm³ lo cual refleja severa malnutrición (12)

En cuanto a la conducta alimentaría que fue evaluada mediante la Escala de Blandford, y todos los pacientes presentaron algún trastorno de la misma. Siendo más frecuentes los trastornos en la atención (en el ítems: abandona la mesa durante la comida) , los componentes selectivos (en el ítems: come solo purés) y la disfagia orofaríngea (en el ítems ahogo o broncoaspiración).

Por último, con respecto a la asistencia alimentaría 4 pacientes (todos ellos con malnutrición) requerían la misma y los 6 restantes solo requerían supervisión a la hora de la comida.

19-DISCUSSION

Existe consenso entre la bibliografía consultada y el trabajo de campo en que la Enfermedad de Alzheimer afecta el estado nutricional.

La institucionalización y asistencia inadecuada en la alimentación, como consecuencia de la falta de capacitación y especialización del personal, son factores de riesgo nutricional.

La diferencia radica en la ausencia de políticas sanitarias nacionales como consecuencia de la falta de concientización e investigación con datos estadísticos serios que den una idea real de esta problemática. Las Instituciones Geriátricas Argentinas no están preparadas para atender esta demanda en constante aumento y para brindar al paciente una atención especializada que le asegure calidad de vida.

20- CONCLUSION

La malnutrición es frecuente en los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer institucionalizados, y esto se agrava si requieren asistencia en la alimentación, por lo cual fue necesario establecer puntos claves en el cuidado nutricional de los mismos.

Las Instituciones Geriátricas y el equipo de salud que trabaja en ellas no está capacitado ni especializado en este tipo de patología.

Se requerirá de más investigaciones y de nuevas políticas sanitarias destinadas a preparar a este tipo de instituciones y a su personal para atender la demanda de institucionalización de estos pacientes y poder ofrecerles calidad de vida.

Es importante además que a nivel de las políticas sanitarias se trabaje en la prevención de la enfermedad en las generaciones futuras.

Está científicamente demostrado que la alimentación rica en vegetales y pobre en grasas y colesterol pueden proteger frente a la enfermedad de Alzheimer .

21- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) José Manuel Martínez Lage, Zaven S. Khachaturian, "Alzheimer XXI, Ciencia y Sociedad", 2.001.
- 2) Rafael González Mas, "Enfermedad de Alzheimer": Clínica, Tratamiento y Rehabilitación, 2.000.
- 3) Juan Carlos Araujo Lasprilla, Sara Fernández Guinea, Alfredo Ardilla, "Las Demencias": Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamientos, 2.003.
- 4) Schlenker, Eleanor D., "Nutrición en el Envejecimiento" 2ª edición, 1.994.
- 5) Larousse "Dietética y Nutrición", 2.001.
- 6) Ronald Petersen, M.D.; Ph.D. "Guía de la Clínica Mayo" Sobre la Enfermedad de Alzheimer, 2.002.
- 7) Farreras, Rozman, "Medicina Interna" Vol 1 13ª edición, 1.995.
- 8) E.N. Longo, E.T. Navarro, "Tècnica Dietoterápica", 1.994.
- 9) Moizeszowicz, Julio, "Psicofarmacología, Psicodinámica IV, actualizaciones, 2.002.
- 10) Pilar Durante Molina, Pilar Pedro Tarrés, "Terapia Ocupacional en Geriatría", principios y práctica, 1.998.

- 11) Karin Nau, Gabriela Cánepa, “Curso de Posgrado en Soporte Nutricional”, 2004.
- 12) Diez Mori, Gustavo, Médico Psiquiatra, Integrante del grupo ALMA “Asociación para los enfermos de Alzheimer y Director Médico del Instituto Geriátrico con Apoyo Psiquiátrico San Antonio de la ciudad de Rosario.
- 13) Carrasco, Manuel Martín, Zugasti Lamión José Luis “Tratamiento psicofarmacológico y conductuales de la demencia” Bit, Boletín de Información Farmacoterapéutica, Vol 10 N° 1, Marzo, 2002.

22- AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a dos excelentes personas y compañeros que me ayudaron a hacer posible la presentación de este trabajo. Ellos dedicaron su tiempo para brindarme sus conocimientos y sus experiencias vividas a lo largo de sus importantes y destacadas carreras profesionales: Dr Gustavo Diez Mori (Psiquiatra) y Lic. Maria Elena Vásquez (Lic. en Terapia Ocupacional). Y en segundo lugar quiero agradecer a la Sra. Liliana Cáceres (Enfermera Profesional) que me ha ayudado en la valoración nutricional de los pacientes seleccionados en el trabajo de campo.

Muchas gracias por sus valiosos aportes,

Adriana Basgall.

23- ANEXOS

Anexo N° 1: Minimental o test de Folstein: (puntaje total: 30 puntos por cada ítem correcto. 27-30 = Normal, 24-26 = Deterioro Dudoso, < 24 = Deterioro Cognitivo.

1) **ORIENTACIÓN** (espacial y temporal)

- 1- Qué fecha es hoy ?
- 2- Qué año ?
- 3- Qué mes ?
- 4- Qué día de la semana es hoy ?
- 5- En qué estación del Año estamos ?
- 6- En qué lugar estamos ?
- 7- En qué calle estamos ?
- 8- En qué piso estamos ?
- 9- En qué ciudad estamos ?
- 10- En qué país ?

2) **RECUERDO INMEDIATO**

Decir clara y lentamente las tres palabras PELOTA - BANDERA – ARBOL, pedir que las repita y que las retenga para evocarlas más tarde.

- 11. Pelota
- 12. Bandera
- 13. Arbol

3) ATENCION Y CALCULO

Solicitar que comience con 100 y descontando 7 cada vez (a las restas)

14. 93 (100-7=)

15. 86 (40-4=)

16. 79 (20-2 =)

17. 72 (10-1 =)

10- ESCRITURA (Expresión y Lenguaje)

29. Pedir al paciente que escriba un pensamiento cualquiera.....

11- COPIA DE LA FIGURA (Praxias constructivas)

30. Deben estar presentes al menos 5 ángulos y la intersección.

(No importa rotación ni temblor).....

FRASE:

TOTAL:

Anexo N^o2: Escala de Blandford: Trastornos en el Comportamiento Alimentario.(14)

Dispraxia-Transtorno de la atención (necesita ser incitado, engatusado y/o guiado)

1. Hay que entretenerlo para que coma.
2. Mezcla y juega con la comida antes de comérsela.
3. Habla continuamente durante la comida y no come.
4. Abandona la mesa durante la comida.
5. Come cosas no comestibles.
6. Utiliza las manos en lugar de los cubiertos.

Comportamientos de oposición

1. Pone las manos delante de la boca.
2. Rechaza la comida o a quien se la dá.
3. Agarra, golpea o muerde a quien intenta darle de comer.
4. Mueve la cabeza cuando se le quiere dar de comer.
5. Escupe o tira la comida.
6. Intenta hacer desaparecer la comida (la tira al WC...).

Componentes selectivos (exigen cambio de régimen)

1. Solo come la comida troceada.
2. Solo come purés.
3. Acepta esencialmente líquidos.
4. Solo acepta líquidos.
5. Solo come lo que le gusta.

Apraxia bucal de la alimentación

1. No abre la boca espontáneamente cuando se le presenta la comida.
2. Solo abre la boca si se le guía.
3. Aprieta los labios, impidiendo la entrada de la comida.
4. Cierra la boca, aprieta los dientes y los labios.
5. Acepta la comida y después la escupe.
6. Acepta la comida, pero no la traga.
7. La comida le resbala dela boca.
8. Realiza continuos movimientos con la boca y la lengua que impiden la deglución.

Disfagia faringoesofágica

1. Atragantamientos, sofoco, ahogo.
2. Tos.
3. Voz ronca.

Extraído de Bit, Boletín de información farmacoterapéutica vol. 10 N^o 1, Marzo 2002 por Carrasco Manuel, Zugasti, José luis.

Anexo N° 4: Indice de Barthel:

T.O EN SALUD MENTAL / ESCALA DE BARTHEL	
RESIDENTE <input type="text"/>	GERIÁTRICO:
FECHA DE INGRESO:	FECHA:

• **COMER:**

(10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

(5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

• **LAVARSE (BAÑARSE):**

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

• **VESTIRSE:**

(5) (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda. Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

• **ARREGLARSE:**

(5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

• **DEPOSICIÓN:**

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

- **MICCIÓN** (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
(0) Incontinente.

- **USAR EL RETRETE:**

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
(0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

- **TRASLADO AL SILLON/CAMA:**

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
(10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
(5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

- **DEAMBULACION:**

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
(0) Dependiente.

- **SUBIR / BAJAR ESCALERAS:**

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

Extraído de "Terapia Ocupacional en Geriatría", principios y práctica, por Pilar Durante Molina y Pilar Pedro Tarrés, 1.998.

Anexo 4: Las características generales de la dieta mediterránea son:

- b) Está compuesta por frutas frescas, verduras y hortalizas, frutos secos, bastante pescado frente a un consumo no muy elevado de carnes, cereales , pan, pasta y arroz, legumbres secas, aceitunas y pequeñas cantidades de productos lácteos.
- c) Los alimentos suelen estar preparados o aliñados con aceite de oliva.
- d) Según los casos pueden ser aromatizados con ajo, pimienta, canela, comino, romero, tomillo, laurel y orégano.
- e) Con frecuencia estas comidas se acompañan con cantidades moderadas de vino.(5)

Las características nutricionales de la dieta mediterránea son:

- a. Elevado contenido en vitaminas y minerales (frutas y verduras frescas).
- b. Elevado contenido en fibra (verduras, hortalizas, legumbres y frutas).
- c. Elevado contenido en hidratos de carbono complejos (legumbres, patatas, arroz, pasta, pan).
- d. Bajo contenido en grasas de origen animal.
- e. Elevado contenido de grasas de origen vegetal (frutos secos y aceite de oliva).
- f. Adecuada cantidad de proteínas de buena calidad (carnes, pescados, huevos, legumbres y frutos secos). (5)