

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON DETERIORO COGNITIVO (a)

NOURISHING BEHAVIOR IN INSTITUTIONALIZED GREATER ADULTS WITH COGNITIVE DISORDER

CORREA MÓNICA P.(*), DI MARCO ROMINA (**), OTERO ROCÍO M. (***)

(*) Lic. Nutrición - Auditor Nac. De Industrias Alimentarias

Hogar Geriátrico Paz y Bien Santa Teresita- Hogar Duch Coronado Mar de Ajó.

Docente UNLA extensión La Costa.

Capacitador (Res.Min 837/01) RM0105 p/dictado Cursos manipulación Alimentos. Min.Salud Pcia Bs. As.

Posgrado Actualización Nutrición y Diabetes – Eprocad. Univ. Bs. As. Cátedra de Nutrición – Htal-Clínicas.

Curso de posgrado Actualización de Soporte Nutricional en Patologías Digestivas. Hospital Nacional Dr. A Posadas.

Integrante LALCEC representación Pdo de la Costa y Gral. Lavalle.

(**) Lic. Nutrición

Hogar San Agustín Salud . Miramar

Docente Universitaria - Educadora y Formadora de Cuidadores / Asistentes Geriátricos.

Formación de posgrado en Trabajo Interdisciplinario Gerontológico. Facultad de Psicología. UNMDP

Educadora en Diabetes. Centro B.A.Houssay/ CENEXA. UNLP.

Miembro de la Asociación de Geriatria y Gerontología de Mar del Plata.

(***) Lic. Nutrición

Hogar Casa de Oración – Hogar Pinos de Anchorena. Mar del Plata.

Posgrado Obesidad. Universidad Favaloro

Curso Nutrición en gastroenterología – Htal. Italiano

Técnica en Antropometría. ISAK.

(a) Este trabajo fue distinguido con el premio Dr. Ángel Papeschi - 1er premio categoría psicogeriatría, otorgado por la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología, en el marco de XI Congreso Argentino de Geriatria y Gerontología, luego de haber sido presentado en la Asociación Médica Argentina (AMA) en el mes de Septiembre de 2007.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El deterioro cognitivo (DC) es la alteración más frecuente en los ancianos y aumenta con la edad, suele ocasionar cambios alimentarios que los convierten en un grupo de riesgo nutricional. Es importante valorar periódicamente el estado de nutrición y el comportamiento alimentario, para esto existen escalas, como la escala de Blandford que mediante ítems muy sencillos permite identificar 5 estadios: aversión a alimentarse solo, dispraxia/agnosia, comportamiento selectivo, disfagias orofaríngea y faringoesofágica.

OBJETIVO: Evaluar conducta alimentaria en adultos institucionalizados con DC.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo, transversal. Incluidos 5 geriátricos de Mar del Plata, Miramar y Sta. Teresita. *Datos:* Test Blandford, Sexo, Edad, Tipo DC, Consistencia alimento, Grado de dependencia. *Excluidos:* residentes s/DC. Estadísticos: chi², t Student p/muestras independientes, comparación proporciones. Significación p<0.05. Intervalo de confianza 95%.

RESULTADOS: La población total fue de 191 residentes, 119 mujeres (MJ) (62,3%) y 72 hombres (HM) (37,7%), con DC hubo 41 adultos, 27 MJ (65,8%) y 14 HM (34,2%). La media de edades de 82,4±5,4 años, sin diferencias entre MJ y HM ni entre localidades. La prevalencia de DC en MJ fue 22,7% y en HM 19,4% sin significación estadística. La muestra fue dividida en <80 y ≥80 años y se observó un patrón de distribución de DC diferente según edad, la enfermedad de Alzheimer fue preponderante en ≥80 años (p<0.01) y el daño cognitivo mínimo en <80 años. La evaluación Blandford indicó: 51% (n=21) en etapa 2, 39% (n=16) en etapa 3, 7,3% (n=3) en etapa 4 y 2,4% (n=1) en etapa 5. El tipo de alimentación que estaban recibiendo fue: semisólida-procesada 73,2% (n=30) y normal el 26,8% (n=11).

Del análisis del grado de dependencia en alimentarse se obtuvo: necesitan ayuda el 70,7% (n=29), totalmente dependiente el 19,5% (n=8) e independiente el 9,8% (n=4).

CONCLUSIONES: En este trabajo la mayoría de los adultos cursa estadio 2 de Blandford, con inatención, dispraxia, agnosia, se alimenta solo con estímulos verbales, presenta dificultad emplear cubiertos correctamente, la consistencia del alimento es semisólida con un alto grado de dependencia hacia los cuidadores al momento de la comida. La escala de Blandford es una herramienta diagnóstica de fácil aplicación que permite evaluar el grado de alteración alimentaria en adultos con DC y es de utilidad a la hora de adaptar el plan alimentario. También es ventajosa a la hora de orientar y educar a cuidadores y familiares acerca de las técnicas correctas que deben practicarse a la hora de alimentar a estos adultos.

Palabras clave: Ancianos, Deterioro cognitivo, Nutrición, Escala Blandford, Geriátricos.

SUMMARY

INTRODUCTION: Cognitive disorder (DC) is the most frequent alteration in the aged and increases with the time, usually causes nourishing changes that turn them a group of nutritional risk. It is important periodically to value the state of nutrition and the nourishing behavior, for this exist scales, like the scale of Blandford, that by means of very simple items allows to identify 5 stages: aversion to feed itself single, dyspraxia / ignorance, oropharyngeal and pharyngoesophageal selective behavior dysphagias.

OBJECTIVE: To evaluate nourishing conduct in institutionalized adults with DC.

MATERIAL AND METHOD: Descriptive, cross-sectional study. Including 5 geriatric homes ones of Mar del Plata, Miramar and Santa Teresita. Data: Blandford test, Sex, Age, class DC, food consistency, Degree of dependency. Excluded: residents without DC. Statistical: chi², t Student, comparison proportions. Meaning $p < 0.05$. Confidence interval: 95%.

RESULTS: The total population was of 191 residents, 119 women (MJ) (62.3%) and 72 men (HM) (37.7%), there were 41 adults, 27 MJ (65.8%) and 14 HM (34.2%) with DC. The average of ages was $82,4 \pm 5,4$ years, without differences between MJ and HM nor between localities. The prevalence of DC in MJ was 22.7% and in HM was 19.4%, without statistical meaning. The sample was divided in < 80 and ≥ 80 years and was observed a different distribution pattern of DC according to age, the disease of Alzheimer was preponderant in ≥ 80 years ($p < 0,01$) and the minimum cognitive damage in < 80 años. The Blandford evaluation indicated: 51% ($n=21$) in stage 2, 39% ($n=16$) in stage 3, 7.3% ($n=3$) in stage 4 and 2.4% ($n=1$) in stage 5. The type of feeding that was receiving was: semisolid-processing 73.2% ($n=30$) and normal 26.8% ($n=11$). From the analysis of the degree of dependency in feeding itself it was obtained: they need aid 70.7% ($n=29$), totally dependency 19.5% ($n=8$) and independent 9.8% ($n=4$).

CONCLUSIONS: In this work most of the adults it attends stage 2 of Blandford, with lack of attention, feeds only with verbal inducement, difficulty to use places setting, consistency of the food Semisolid with a high degree of dependency towards the caretakers at the time of the food. The scale of Blandford is good for diagnoses, with easy application that allows to evaluate the degree of nourishing alteration in adults with DC and is of utility at the time of adapting the plan nourishing, also is advantageous at the time of orienting and educating to caretakers about the correct techniques that must practice at the time of feeding these adults.

Key words: Ancients, Cognitive disorder, Nutrition, Blandford Scale, Geriatric.

Introducción Deterioro Cognitivo

“El deterioro cognitivo es definido como la pérdida o alteración de las funciones mentales superiores, tales como la memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, cálculo y conducta, que interfieren con la actividad e interacción social de la persona afectada.”⁽¹⁾

Si bien, los cambios de la memoria que se relacionan con la edad son propios de un envejecimiento normal, cuando ocurren deterioros profundos, un cierto porcentaje de estos pacientes pueden derivar en un proceso de demencia. Este *deterioro cognitivo leve*⁽²⁾ va acompañado por desorientación, dificultad en el lenguaje y en la adquisición de nueva información, aun-

que en general las funciones cognitivas esenciales suelen estar preservadas, el anciano manifiesta quejas subjetivas acerca de su memoria, problemas con el razonamiento lógico y dificultad para realizar tareas complejas.

En la demencia, en cambio, acontece una pérdida progresiva de la función cerebral; no es considerada una enfermedad en si misma, sino un grupo de padecimientos que involucra problemas de memoria, comportamiento, aprendizaje y comunicación. En general, la mayoría de las demencias se presentan en personas mayores de 60 años y su riesgo se incrementa a medida que ocurre el envejecimiento. El deterioro cognitivo y la demencia son conceptos similares, diferenciándo-

se sólo por el grado de la alteración y su principal factor de riesgo es la edad del individuo.⁽³⁾

Para Osvaldo Fustinioni (2004), las demencias más frecuentes son la Enfermedad de Alzheimer y sus variantes (50%), la Enfermedad Cerebrovascular (20%) y la Enfermedad de Parkinson (10%). Estas suelen cursar con síntomas diversos como: deterioro de la memoria en el corto y en el largo plazo, desorientación temporal espacial, alteración de la conducta laboral y social, afasia (alteraciones en la comprensión y expresión del lenguaje), agnosia (falla en el reconocimiento o identificación de objetos), apraxia (incapacidad para realizar actividades motoras) y dificultades en la capacidad de abstracción.

Según el DSM – IV⁽⁴⁾ las demencias se clasifican dependiendo de la zona afectada del cerebro y su asociación con otras patologías. Cuando el daño afecta principalmente a la corteza cerebral, estamos frente a una demencia de tipo *cortical*, pudiendo causar fallas en la memoria, en el lenguaje, el pensamiento o la conducta social. En cambio, cuando el daño se encuentra por debajo de la corteza cerebral, estamos en presencia de una demencia *subcortical*, los cambios involucran al movimiento, la memoria y el área emocional.

Demencia Senil

En la Demencia Senil ocurre la pérdida de la función cerebral debido a pequeños accidentes cerebrovasculares que se van generando a medida que avanza el envejecimiento.

El DSM-III lo define como un síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y a largo plazo, asociado con trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores y modificaciones de la personalidad. La edad de comienzo suele ser posterior a los 65 años, y puede ser *leve ó grave* según el grado de dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD). Se evidencia deterioro de la memoria a corto plazo (incapacidad para recordar el nombre de objetos al cabo de cinco minutos) y a largo plazo (incapacidad para recordar información que le era conocida en el pasado). También debe incluir al menos uno de las siguientes alteraciones: deterioro del pensamiento abstracto (dificultad para definir conceptos, semejanzas, significado de términos, etc.), deterioro de la capacidad de juicio (incapacidad de resolver problemas relacionados con la vida diaria, laboral, social, incapacidad de planificar, etc.), afasia, apraxia, agnosia, dificultades constructivas y modificaciones de la personalidad.

Los síntomas que suelen acompañar este padecimiento son: trastornos del aprendizaje, desorientación, convulsiones, contracturas musculares, alteraciones de los reflejos, temblor, incoordinación motora, dificultad para caminar, comer, higienizarse, vestirse, realizar

las tareas del hogar y en general de la vida diaria, con episodios maniaco-depresivos, violencia, apatía, vagabundeo, trastornos del sueño, lenguaje obsceno, alucinaciones, ideación delirante, robos, paranoia, trastornos del juicio, conductas paradójicas, trastornos sexuales, inadaptación social, alteraciones visuales, gustativas, auditivas y olfativas.

Para Pablo Bagnati⁽⁵⁾, las demencias pueden ser organizadas en cuatro grupos: en un estadio transicional entre las capacidades cognitivas normales y una clara enfermedad de Alzheimer ocurre un *Daño Cognitivo mínimo (DCM)*, con dificultades de memoria que son reconocidas por los propios mayores o por otros y que pueden ser detectados por test sensibles de memoria. La *Demencia vascular (DV)*, en cambio, tiene un curso más rápido que el de la enfermedad de Alzheimer y puede coexistir con ella, siendo una demencia de tipo mixto y de aparición muy común. La *Demencia del lóbulo frontal o enfermedad de Pick (EP)* es muy poco frecuente, siendo responsable solo del 5% de las demencias, se observa en pacientes con demencia fronto-temporal, aquí el comportamiento alimentario está alterado y hay pérdida de la conciencia social. Por último, la *Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL)* posee aspectos de la enfermedad de Alzheimer asociados a elementos de enfermedad de Parkinson, con alucinaciones visuales.

Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer o demencia primaria, es un trastorno degenerativo y progresivo que afecta los tejidos cerebrales, produciendo un estado de incapacidad.⁽⁶⁾ Se caracteriza por la pérdida del tejido neuronal y de los entramados neurofibrilares presentes en el hipotálamo y en la corteza cerebral, zonas responsables de la memoria y capacidad intelectual.

Se constituye como una de las formas de demencia más comunes que afecta a gran parte de la población mayor de 60 años.⁽⁷⁾

En su progreso, la Enfermedad de Alzheimer evoluciona en cuatro estadios, de leve a severa y los pacientes comienzan a requerir ayuda en actividades complicadas como cálculos, asistencia para sus actividades de la vida diaria, seguimiento en la preparación de alimentos (por ejemplo medidas de seguridad en la cocina), no reconocen a sus familias o amigos, o confunden a las personas.⁽¹⁶⁾ También pueden presentar trastornos de la deglución y pueden coexistir depresión, apatía, ansiedad y delirio.

Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que, se estima, afecta al 1% de la población mayor de 50 años, siendo la media de edad de comienzo entre los 60 y 65 años.

La EP tiene como sustrato fisiopatológico alteraciones en la dopamina por afectación de las neuronas de la sustancia nigra. Estas neuronas son las responsables de modular, por diferentes vías, el tálamo y su conexión con la corteza cerebral. Para que se manifieste clínicamente la EP, se requiere una pérdida mayor al 80% de las neuronas dopaminérgicas.⁽⁸⁾

En la evolución de la EP, entre un 40% y un 70% de los pacientes desarrollarán demencia. La *demencia parkinson*, es aquella que comienza antes de los dos años del diagnóstico. Si esta se desarrolla antes o entre los dos años del diagnóstico de EP, cumple criterios para *demencia con cuerpos de Lewy*. Estos dos tipos de demencia tienen patrones neuropatológicos, clínicos y evolutivos similares, pero se diferencian de la Enfermedad de Alzheimer debido a que se asocia con trastornos visuales, mayores alteraciones de la esfera de la atención, y menor compromiso de la memoria.⁽⁹⁾

Aspectos Nutricionales

La alimentación y la nutrición son aspectos básicos que deben ser conservados y, para lograrlo, es necesario efectuar modificaciones al plan alimentario dependiendo del estado evolutivo de la enfermedad. Por este motivo, es importante valorar periódicamente el estado nutricional del adulto mayor con el objetivo de evitar la desnutrición.

Otro de los aspectos a controlar y que no debe ser dejado de lado en los pacientes con deterioro cognitivo es el comportamiento alimentario, debido a que el paciente con demencia puede llegar a rechazar e inclusive sentir aversión por la comida, independientemente de sus características organolépticas y de presentación, al igual que en las apraxias tempranas, en las que hay dificultad para el uso de cubiertos, y en las agnosias, en las que los enfermos están impedidos de reconocer y diferenciar los alimentos de otras sustancias o cosas no alimenticias.

También, es un hecho frecuente que, en estadios avanzados de la enfermedad, los adultos pierdan peso^{(10) (11) (12)}, muchas veces independientemente del valor calórico de la dieta, como consecuencia de lesiones subcorticales hipotalámicas que pueden afectar los centros reguladores del apetito y los procesos metabólicos que regulan el peso y la composición corporal.⁽¹³⁾ Algunos pacientes pueden negarse a abrir la boca, mientras que otros pueden convertirse en comedores compulsivos o tratar de ingerir objetos no comestibles.

Con relación a los fármacos utilizados en el tratamiento de las demencias, es importante saber que, algunos de ellos pueden afectar directa ó indirectamente el estado nutricional, como los inhibidores de la colinesterasa utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Estos fármacos inhiben la enzima que

destruye la acetilcolina que es uno de los principales neurotransmisores cerebrales, favoreciendo de esta forma la transmisión nerviosa. Por ejemplo: el donepencilo puede provocar vómitos, diarrea, náuseas, anorexia, pérdida de peso y depresión. La rivastigmina, que también se usa para tratar la Demencia por cuerpos de Lewy, puede causar náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso. La galantamina puede provocar náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, dispepsia, somnolencia y pérdida de peso.

Cabe recordar que la levodopa, utilizada en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, se absorbe en el intestino, por lo que debe ingerirse siempre separada de las comidas, entre 30 y 45 minutos antes; también es importante tener en cuenta su incompatibilidad con las proteínas de los alimentos, puesto que utilizan la misma vía de absorción a nivel intestinal que el fármaco.⁽¹⁴⁾ La vida plasmática de la levodopa es entre 60 y 90 minutos. Una vez transcurrido ese tiempo, la mayor parte de la levodopa que no ha conseguido atravesar la barrera hemato-encefálica (BHE) es destruida y eliminada. Además cabe recordar que las comidas grasas retardan el vaciado gástrico, motivo por el cual la levodopa permanecerá más tiempo en el estómago y será destruida. El segundo punto importante a considerar es el cumplimiento de una dieta baja en proteínas⁽¹⁵⁾ en aquellos periodos del día que se desee obtener una buena movilidad, es decir durante el día; y aumentar la ingesta de proteínas por la noche, a expensas de tener una peor movilidad nocturna, siempre que no interfiera con la calidad del sueño.

Los pacientes que deambulan y están en movimiento constante requieren un incremento calórico adicional en comparación con los pacientes sedentarios. La consistencia del alimento además va a requerir modificaciones dependiendo de la capacidad masticatoria y deglutoria del paciente en cada caso y, en los estadios en que los enfermos son incapaces de masticar y de deglutir, la opción será la alimentación enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía.

El comportamiento alimentario y la manera en que el anciano se relaciona con el alimento, deben ser evaluadas periódicamente para evitar desviaciones. En la práctica diaria, se puede utilizar la *Escala de Blandford*^{(10) (12)}, que permite evaluar la conducta a través de una serie de ítems muy sencillos que solo requieren de la observación del encuestador y no requieren de la participación del paciente. Aunque no incluye una puntuación, esta escala permite identificar 5 estadios evolutivos: aversión a alimentarse solo, dispraxia general ó agnosia, comportamiento selectivo, disfagia orofaríngea y disfagia faringoesofágica. Si bien no es una escala predictiva, es útil para realizar el diagnóstico.

Este trabajo pretende valorar el comportamiento anó-

malo durante la ingesta de alimentos en pacientes con deterioro cognitivo, utilizando la Escala de Blandford como herramienta diagnóstica del estadio evolutivo. Este conocimiento permitirá adaptar la asistencia alimentaria institucional a la capacidad funcional de estos pacientes, como también, instruir al personal y familiares acerca de los signos de alarma y de los cambios que deban ser implementados en cada etapa de la enfermedad.

Objetivo general

Evaluar la conducta alimentaria en pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo mediante la Escala de Blandford.

Objetivos específicos

Determinar la utilidad de la escala utilizada en este estudio en la prescripción dietética del adulto de edad avanzada.

Determinar la relación entre el comportamiento alimentario y el tipo de alimentación brindada.

Establecer la distribución del DC en la población marco de este estudio, tomando como punto de corte la edad de 80 años.

Delimitar la distribución porcentual de las características relacionadas con el DC y la consistencia de la dieta según el estadio de Blandford.

Material y Métodos

Estudio de carácter descriptivo de corte transversal. Fueron evaluadas las conductas alimentarias de adultos mayores con distintos grados de deterioro cognitivo (DC) de 5 hogares geriátricos de las Ciudades de Mar del Plata, Miramar y Santa Teresita, durante los meses de Junio y Julio de 2007. La herramienta utilizada para la evaluación fue la "Escala Aversive Feeding Behaviors inventory de Blandford", la que fue completada por profesionales nutricionistas mediante la observación del residente al momento de la comida principal. La valoración permitió dividir a los participantes en 5 estadios evolutivos.

Los tipos de demencia fueron clasificados utilizando la referencia de P. Bagnati en: Daño cognitivo mínimo (DCM), Demencia vascular (DV), Demencia del lóbulo frontal ó Enfermedad de Pick (EP), Demencia por cuerpos de Lewy (DCL), Enfermedad de Alzheimer (EA), por ser considerada la más actualizada, según los especialistas consultados.

El diagnóstico del tipo de demencia fue extraído de la historia clínica del paciente, y fue efectuado en cada caso por médicos psiquiatras, neurólogos ó clínicos.

Otros datos recabados fueron: sexo, edad, consistencia del alimento y nivel de dependencia; se clasificaron de la siguiente manera:

Consistencia del alimento:

•*Normal*, alimentos de consistencia sólida y semisólida indistintamente, que se consumen con tenedor, cuchillo y cuchara.

•*Procesada*, alimentos de consistencia semisólida únicamente, que se consumen con cuchara.

Nivel de Dependencia para alimentarse:

•*Independiente*, cuando el paciente fue capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable.

•*Necesita ayuda*, cuando el enfermo requirió ayuda para cortar la carne ó el pan, untar, etcétera, pero fue capaz de comer solo.

•*Dependiente*, cuando el paciente necesitó ser alimentado por otra persona.

Fueron excluidos todos los residentes sin deterioro cognitivo.

Los datos recogidos se almacenaron en una hoja de cálculo y luego se procesaron con Epidat 3.0. Se tomó nivel de significación $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%. Los estadísticos utilizados fueron χ^2 , T de Student para muestras independientes y comparación de proporciones.

Resultados

La población total de residentes de las 5 Instituciones geriátricas que participaron en el estudio fue de 191 adultos mayores, 119 mujeres (62,3%) y 72 hombres (37,7%).

La media de edad fue $82,4 \pm 5,4$ años, sin diferencias estadísticas significativas entre mujeres y hombres ni diferencias entre las localidades.

Se encontró deterioro cognitivo en 41 residentes (21,5%), 27 mujeres (65,8%) y 14 hombres (34,2%). Utilizando la clasificación de Bagnati, los participantes fueron divididos en 5 grupos, según el daño cognitivo que presentaban, resultando 8 residentes (19,5%) con DCM, 14 adultos (34,1%) con DV y 19 residentes (46,3%) con EA. No se encontraron pacientes con EP ni con DCL. En la comparación de las proporciones de los residentes con deterioro cognitivo en las 3 localidades (*valor p*: NS), no se hallaron diferencias significativas, ni tampoco hubo significación estadística en la comparación de proporciones entre los residentes con EA de Mar del Plata, Santa Teresita y Miramar, indicando que la cantidad de ancianos con esta enfermedad fue proporcional en los tres grupos.

Con el propósito de determinar si la prevalencia de DC en el sexo femenino fue mayor que en el masculino, se analizó la muestra agrupada por sexo y presencia ó ausencia de daño cognitivo (TABLA 1). Los resultados determinan que la prevalencia en las mujeres fue del 22,7%, mientras que en los hombres fue del 19,4%. Estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

TABLA 1
Residentes agrupados por sexo y presencia ó ausencia de deterioro cognitivo

	CON DETERIORO COGNITIVO		SIN DETERIORO COGNITIVO		χ^2	p
	n	%	n	%		
Mujeres	27	65.8	92	61.3	0,28	NS
Varones	14	34.2	58	38.7		
Totales	41		150			

Considerando los 80 años como punto de corte para vejez frágil y su relación con el DC, se dividió la muestra en 2 grupos: menores de 80 años y adultos con edad mayor o igual a 80 años. Los resultados se observan en la TABLA 2, junto con la significación estadística Chi2, mediante la cual es posible inferir que existe un

patrón de distribución del daño cognitivo diferente según el grupo de edad; de hecho la EA resultó más frecuente en los adultos con edades iguales o superiores a 80 años ($p < 0,01$), mientras que los individuos más jóvenes presentaban una mayor proporción de daño cognitivo mínimo.

TABLA 2
Distribución del Daño Cognitivo por rango de edades- Incluidos ambos sexos

TIPO DE DETERIORO COGNITIVO	<80 años		≥80 años		Totales
	Cant	%	Cant	%	
(DCM)	6	40	2	7,7	8
(DV)	7	46,7	7	26,9	14
(EA)	2	13,3	17 (*)	65,4	19
Totales	15		26		41

(*) $p < 0,01$

DCM: Daño cognitivo mínimo

DV: Demencia vascular

EA: Enfermedad Alzheimer

Con relación a los datos obtenidos mediante la aplicación de la escala de Blandford para clasificar el Estadio evolutivo de la alteración alimentaria, se observó que el 58,5% (n=24) de los residentes con DC cursaba el Estadio 2 con dispraxia general y/o agnosia secundaria a la confusión y a la falta de atención por el déficit cognitivo global. El 31,7% (n=13) cursaba el Estadio 3 con un comportamiento selectivo; en este estadio es posible, mediante cambios cualitativos en la dieta conseguir que el paciente se alimente. El 7,3% (n=3) se encontraba en el Estadio 4, con disfagia orofaríngea, y presentaba incoordinación muscular oral ante las fases bucal y faríngea de la deglución, por lo que la dependencia del paciente era prácticamente total hacia el cuidador en relación al acto de comer. Por último, el 2,4% (n=1) se hallaba en el Estadio 5 con disfagia faringoesofágica, atragantamiento y riesgo de aspiración; esta es la manifestación final de los trastornos de la alimentación y, en este punto, las técnicas de intervención no son válidas y se plantean diferentes alternativas como la nutrición enteral.

Al evaluar la consistencia del alimento y su relación con el estadio de Blandford, se observó que solo el 45,8% (n=11) de quienes cursaban el estadio 2 recibían dieta normal; el resto de los pacientes consumía

dieta procesada. En la población total con DC, el tipo de alimentación que recibían los enfermos en el momento de la toma de muestras fue de consistencia semisólida y procesada para el 73,2% (n=30) y dieta general con consistencia normal en el 26,8% (n=11) restante de casos. En el GRÁFICO 1 se puede observar la relación entre la consistencia del alimento y el estadio evolutivo en la Escala de Blandford, y en la TABLA 3, la distribución porcentual de características relacionadas con el Daño Cognitivo y la consistencia de la dieta según el Estadio en la Escala de Blandford.

Respecto del grado de dependencia observado, se advirtió que el 70,7% (n=29) necesitaba ayuda para alimentarse, el 19,5% (n=8) era totalmente dependiente de un cuidador que lo asistiera en la alimentación y solo el 9,8% (n=4) podía alimentarse de manera independiente sin ayuda y en un tiempo razonable. Comparando las proporciones de los residentes que necesitaron ayuda en la alimentación, no se obtuvieron diferencias ni significación estadística entre las poblaciones de Mar del Plata y Santa Teresita. Sin embargo, al comparar estas proporciones con la población de Miramar, se obtiene una diferencia significativa de proporciones ($p < 0,03$). Estos datos indican que la proporción de residentes que necesitaron ayuda

para alimentarse es distinta en el hogar de Miramar. La distribución por nivel de dependencia y consistencia del alimento quedó conformada como se muestra

en la TABLA 4, y en el GRÁFICO 2 se puede distinguir como aumenta el requerimiento de dietas procesadas a medida que se profundiza el deterioro.

TABLA 3

Distribución porcentual de características relacionadas con el Daño Cognitivo y la consistencia de la dieta según el estadio en la Escala de Blandford

Tipo de Daño Cognitivo	Estadios Escala Blandford									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DCM	--	--	7	29.2	1	7.7	--	--	--	--
DV	--	--	9	37.5	5	38.5	1	33.3	--	--
EA	--	--	8	33.3	7	53.8	2	66.6	1	100
Consistencia dieta										
Semisólida (procesada)	--	--	13	54.2	13	100	3	100	1	100
Normal	--	--	11	45.8	--	--	--	--	--	--

DCM: Daño cognitivo mínimo

DV: Demencia vascular

EA: Enfermedad Alzheimer

GRÁFICO 1

Porcentajes totales de dietas agrupadas por consistencia y su relación con el estadio de alteración alimentaria según Escala de Blandford.

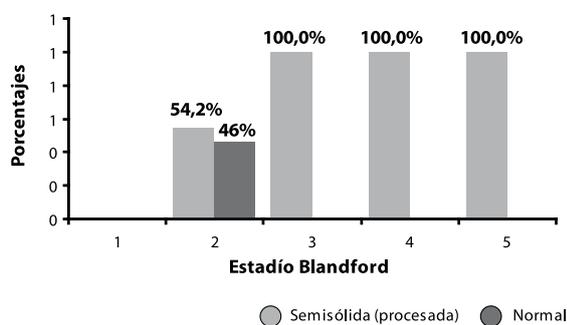


GRÁFICO 2

Porcentajes totales de dietas agrupadas por consistencia y su relación con el tipo de deterioro cognitivo

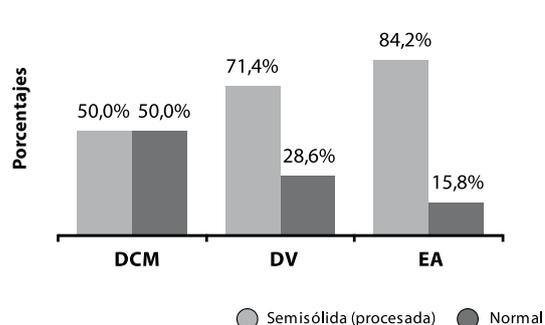


TABLA 4

Distribución porcentual de características relacionadas con el Daño Cognitivo y la consistencia de la dieta según el grado de dependencia en la alimentación

Tipo de Daño Cognitivo	Grado de dependencia					
	IND		NA		DEP	
	n	%	n	%	n	%
DCM	4	100	4	13.8	--	--
DV	--	--	12	41.4	2	25.0
EA	--	--	13	44.8	6	75.0
Consistencia dieta						
Semisólida (procesada)	--	--	23	79.3	7	87.6
Normal	4	100	6	20.7	1	12.5

DCM: Daño cognitivo mínimo

DV: Demencia vascular

EA: Enfermedad Alzheimer

IND: independiente

NA: Necesita ayuda

DEP: Dependiente

Discusión y Conclusiones

La población de adultos mayores con deterioro cognitivo está en permanente crecimiento conforme aumenta la expectativa de vida. Resulta entonces importante, no perder de vista lo que sucede con la alimentación de este grupo poblacional, entendiendo que se trata un grupo de riesgo nutricional. El daño cognitivo, según nuestros resultados, no parece ser patrimonio de uno u otro sexo. Sin embargo, no ocurre lo mismo con la edad, ya que el paso del tiempo incrementa el deterioro y la fragilidad del anciano. En nuestro trabajo, el DCM parece estar ligado a los adultos menores de 80 años, mientras que la EA está presente en un número importante de los mayores de 80 años. Con relación al método utilizado para la evaluación de la conducta alimentaria, observamos que la mayoría de los participantes cursaba por el estadio 2 en la escala; esto significa que es llamativa la inatención, dispraxia general y agnosia, el paciente se alimenta solo gracias a estímulos verbales, no puede emplear los cubiertos correctamente, juega con la comida y no la come, puede ingerir alimentos no comestibles como pañales, servilletas, etcétera. Y, en algunos casos, ignora o no puede reconocer la comida, lo cual no significa que el paciente no sienta hambre, sino que no puede coordinar el acto de comer. Debido a esta sintomatología, muchos de estos enfermos suelen quedar insatisfechos o hambrientos, debido a que estos signos propios del daño cognitivo pueden pasar inadvertidos para los cuidadores, quienes dejan de alimentar a los pacientes pensando que éstos han alcanzado la saciedad. Es a partir de este momento, entonces, cuando comienza a desencadenarse la cascada de la desnutrición.

Otro aspecto importante que hallamos se relaciona con la consistencia del alimento. La mayoría de los evaluados consumía una alimentación procesada, si bien en todas las residencias incluidas existe un profesional nutricionista que supervisa la alimentación, habría que preguntarse qué sucede con el valor nutricional de estas dietas en aquellas residencias en las que el personal de cocina decide qué clase de alimentos procesar.

Otro porcentaje elevado se obtuvo en el grado de dependencia para alimentarse, el 70,7% de los ancianos necesita algún tipo de ayuda para cortar, pinchar, llevar utensilios a la boca, servirse, etcétera. Y un 19,5% es totalmente dependiente de un cuidador para alimentarse. Aquí nuevamente, es importante resaltar la importancia de la dedicación y atención de las personas que asisten al anciano en su alimentación, atendiendo las necesidades y colaborando activamente en el acto de comer.

Por último, vemos que, a medida que se profundiza el daño cognitivo, van haciéndose cada vez más manifiestas las dificultades en los procesos de alimentación, el alimento precisa un cambio de consistencia, lo cual

indica que, inevitablemente, los ancianos con DC requerirán alimentos procesados y dependerán de la ayuda de cuidadores al momento de la comida.

Conclusión final

Según nuestro estudio los resultados obtenidos reflejan que: La escala de Blandford es una herramienta diagnóstica de fácil aplicación que permite evaluar el grado de alteración alimentaria en adultos con deterioro cognitivo, y resulta de utilidad a la hora de adaptar el plan alimentario. También es ventajoso su uso en favor de orientar y educar a los cuidadores y familiares acerca de las técnicas correctas que se deben emplear a la hora de alimentarlos, adaptando las necesidades de actuación según el estadio evolutivo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Escala *Aversive Feeding behaviors inventory* de BLANDFORD**Comportamiento resistente (reflejos defensivos)**

1. Gira la cabeza ante una cuchara
2. Coloca las manos delante de la boca para impedir la ingesta
3. Empuja la comida o a la persona que trata de alimentarle
4. Araña, golpea ó muerde a la persona que le alimenta
5. Tira la comida

Dispraxia general/Agnosia (Déficit cognitivo global, confusión, inatención)

6. Se alimenta solamente gracias a estímulos verbales
7. Emplea los dedos en lugar de cubiertos
- 7.a Incapaz de emplear cubiertos
8. Mezcla y juega con la comida pero no la come
9. Habla o vocaliza continuamente en lugar de comer
10. Ingiere alimentos no comestibles (pañales, servilletas, etc.)
11. Vagabundeo continuo a la hora de comer
- 11.a Ignora o no puede reconocer la comida

Comportamiento selectivo (requiere cambios cualitativos en la dieta)

12. Si no se le facilitan comidas determinadas ó aditivos, no come.
13. Tras facilitarle la comida que pide, la prueba, pero luego la rechaza
14. No come con suficiente variedad
15. Come pequeñas cantidades y después no quiere continuar.
16. Prefiere comidas líquidas (más 50% de la ingesta)
17. Acepta únicamente líquidos

Disfagia oro faríngea (incoordinación neuromuscular oral ante la ingesta)

18. No abre la boca a menos que se lo fuerce físicamente
19. Estrecha la abertura de los labios impidiendo la entrada de la comida
20. Cierra la boca y los dientes impidiendo la entrada de la comida
21. Presenta continuos movimientos de boca ó lengua
22. Acepta la comida y luego la expulsa
23. Acepta la comida pero no la traga
24. Acepta la comida pero se le cae porque mantiene abierta la boca.

Disfagia faringoesofágica (entrada de comida en la vía aérea)

25. Tose ó se atraganta con la comida.
26. Voz afónica ó seca.

La valoración de la escala permite identificar 5 estadios evolutivos:

Estadio 1: Aversión a alimentarse solo, el paciente presenta un comportamiento resistente a comer, con reflejos defensivos y rechazando sistemáticamente la comida.

Estadio 2: Dispraxia general y/o agnosia secundaria a la confusión y a la falta de atención por el déficit cognitivo global.

Estadio 3: Comportamiento selectivo, aún se puede mediante cambios cualitativos en la dieta conseguir que el paciente coma.

Estadio 4: Disfagia oro faríngea, existe incoordinación muscular oral ante las fases bucal y faríngea de la deglución. Obliga a una dependencia prácticamente total del paciente hacia el cuidador con relación al acto de comer.

Estadio 5: Disfagia faringoesofágica, existe atragantamiento y riesgo de aspiración, es la manifestación final de los trastornos de la alimentación. En este punto las técnicas de intervención ya no son válidas y se plantean alternativas a la alimentación oral como la nutrición artificial.

Referencias Bibliográficas

- 1- Fustinoni, Osvaldo. Deterioro Cognitivo y Demencia. Cuerpo Médico Forense. Corte Suprema de Justicia de La Nación. Año 1, Nº1, pág. 39-44. Año 2002.
- 2- Iñiguez Martínez Julio. El Deterioro Cognitivo Leve (2): factores predictivos y abordaje terapéutico. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 46. 2006.
- 3- Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology; 56: 1133-42. 2001
- 4- Pierre Pichot. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV. American Psychiatric Association. Ed. Masson. 1995.
- 5- Bagnati, Pablo. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Manual para los familiares y el equipo de salud, Polemos, 2003.
- 6- Robles A et Al. Propuesta de criterios para el Diagnóstico Clínico del Deterioro Cognitivo ligero, la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer. Neurología. 17 (1): 17-32. España. 2002.
- 7- Llibre Rodriguez J y Guerra Hernández M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Med Gen Integr, vol.18, no.4, p.264-269. jul.-ago. 2002.
- 8- Granel Augusto. Enfermedad de Parkinson I. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires. Vol. 8 Número 3: Mayo-Junio 2005.
- 9- Granel, Augusto. Enfermedad de Parkinson II. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires. Vol. 8 Número 4: Julio-Agosto 2005.
- 10- Rubio Herrera, Manual de Alimentación y nutrición en el anciano. Cap. 22 pág. 220-225. Ed Masson. Barcelona 2002.
- 11- Trejo Contreras, Aracelí. Nutrición en la enfermedad de Alzheimer. Arch. Neurocién. (Mex., D.F.) vol. 9, no. 3, pag. 151-158. 2004.
- 12- Gómez C.C, Reuss Fernández J.M. Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos. Novartis Consumer Health. Pág 121-127. Barcelona. 2004.
- 13- Muñoz A.M., Agudelo G. M., Lopera F. J. Diagnóstico del estado nutricional de los pacientes con demencia tipo Alzheimer registrados en el Grupo de Neurociencias, Medellín, 2004. Biomédica, mar. 2006, vol.26, no.1, p.113-125.
- 14- Juri C., Chaná P. Levodopa en la Enfermedad de Parkinson ¿ Qué hemos aprendido ? . Rev. Méd. Chile v.134 n.7 Santiago . 2006.
- 15- Nombela Merchán F et Al. Revisión Terapéutica. Tratamiento Farmacológico de la Enfermedad de Parkinson. Revista de la Soc Madrileña de medicina de Familia y Comunitaria. Nº 1 Vol 4 . 2002.
- 16- Basgall A., Cuidados Nutricionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer Institucionalizados. Curso de Posgrado en soporte nutricional. Abril 2002.

Bibliografía sugerida

- OPS (Organización Panamericana de la Salud). La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, 1994.
- Practice Parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology; 56: 1133-42. 2001.
- Ruiz López & cols. Recomendaciones nutricionales para los ancianos. Depto de nutrición y bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.
- Ávila - Funes. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México Rev. Panam. Salud Pública vol. 19 nº 5. Washington May 2006.
- Marques, A., Rodríguez, J. P. y Camacho, O. L. Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. An. Med. Interna vol. 21, nro. 3 pág. 27-29. Madrid 2004.
- Restrepo M., Morales G. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes de la salud. Rev. Chil. Nutr. V.33 n.3 Santiago. Dic 2006.
- Falque Madrid, Maestre G., Zambrano Y. Deficiencias nutricionales en los adultos y adultos mayores. An Venez Nutr v.18 n.1 Caracas 2005.
- Lisso J. Deterioro Cognitivo Leve. Revista del Hospital privado de Comunidad. Vol. 7 nro. 1. Ene-Jul 2004.
- Botella Trelis J. y Ferrero López M.^a I. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. Nutr. Hosp. vol. 19, no. 3 , páag. 154-159. 2004
- Solís López S & cols. Aspectos Nutricios de la Enfermedad de Alzheimer. Artículo de Revisión. Revista Neurología, neurociología y psiquiatría. 35(3) pág.150-155. México. Jul-Sep 2002.
- González Fragueta M.A et al. Indicadores de estrés oxidativo e inmunológicos en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Arch. Neurocién. Vol 9. nº 1. México 2004.