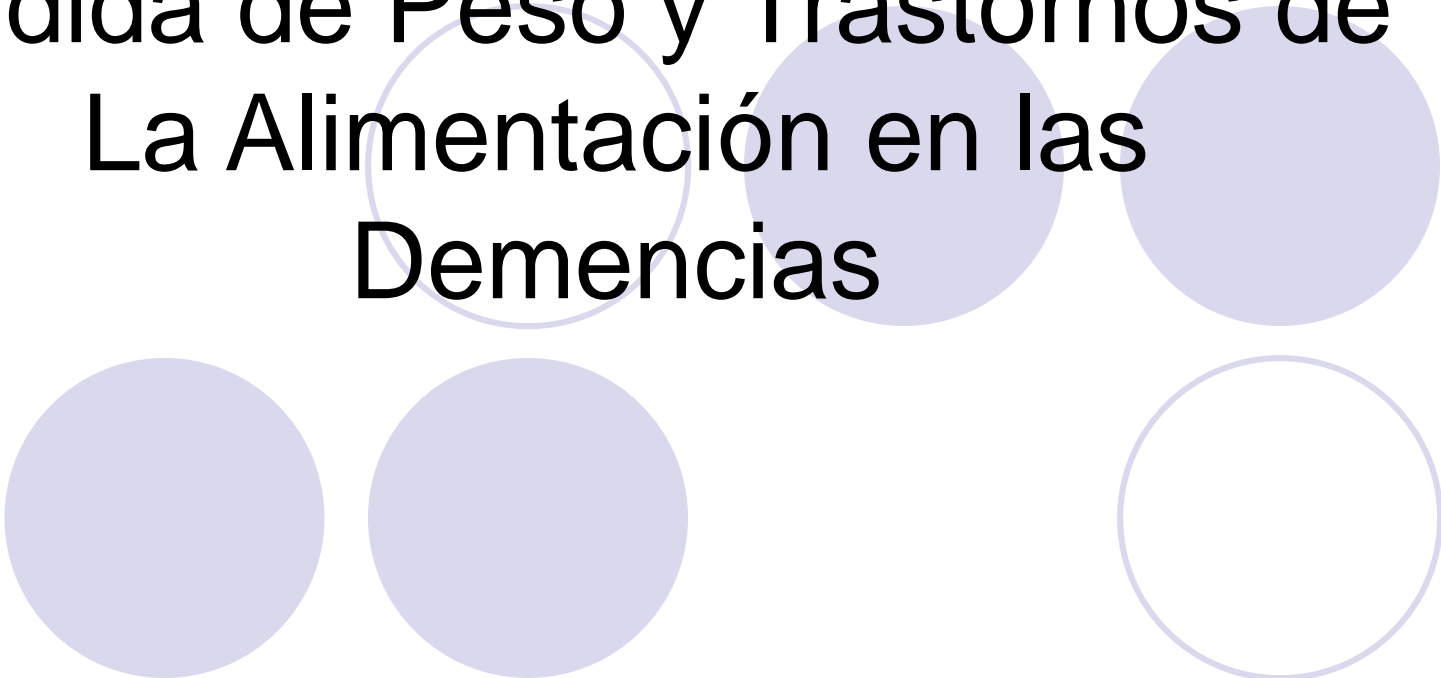


Pérdida de Peso y Trastornos de La Alimentación en las Demencias



X Congreso AIB

Enfermedad de Alzheimer: **‘un compromiso
de todos’**



Continuidad de eventos

- Pérdida de peso envejeciente normal.
- Enfermedad de Alzheimer:
 - Aspectos cognitivos
 - Aspectos afectivos
- Estabilización de peso corporal, ganancia?.
- Progresión de la enfermedad:
 - Desarrollo de conductas adversivas de alimentación → pérdida de peso.



El acto de comer

- Componente voluntario cognitivo.
- Componente voluntario funcional.
- Trés (3) estados mecánicos.
 - Orofaringeo (voluntario).
 - Faringo-esofágico (involuntario).
 - Esofágico.
- Disfagia.

Pérdida de peso en el envejeciente normal

- ↓ en ingesta a lo largo del ciclo de vida.
- 85+, ↓ de peso y masa tisular adiposa → más vulnerable a anorexia severa y a perder peso, si se enferman.
- ↓ en el placer de comer por ↓ en gusto y olfato → la presentación y elección de alimentos juega importante role.
- Envolverlos en la preparación de alimentos.



Pérdida de peso en E.A

Causas

- Descrita por Alois Alzheimer.
- Indicador de desnutrición.
- Causas físicas, iatrogénicas, conductuales, que → disminuía ingesta calórica.
- Atrofia de la corteza mesial temporal.
- Aumento de requerimientos energéticos.
- Aumento de gastos. (RMS).
- Pérdida de 4% en un año es significativo.

Pérdida de peso en E.A.

Etapas tempranas

- En varios estudios, correlación (-) severidad
- Depresión en enfermedad Temprana.
- Marcada ↓ preclínica en el interés por alimentos (anosmia).
- Atrofia de estructuras límbicas (MTC).
- Aumento de gastos.
- Moderada = 4% del peso corporal en 1 año.

Pérdida de peso en E.A.

Etapas avanzadas

- Correlaciona (+) con nivel de sobrecarga del cuidador.
- Nivel de funcionamiento en ADLs. (*)
- Severa = 10% del peso corporal.
 - ↓ De 400 Kcal/ día.
 - Pérdida de autonomía.
 - Tiende a ser rápida.
- Coincide con institucionalización.

Pérdida de peso en patología demencial

- Aumentan la carga de la enfermedad.
- Contribuye a pérdida de independencia.
- Aumenta necesidad de supervisión.
- Úlceras de decúbito, infección sistémica.
- Mortalidad.
- Aumento en usos de recursos de salud.
- Sentimientos de inadecuacidad en el cuidador.

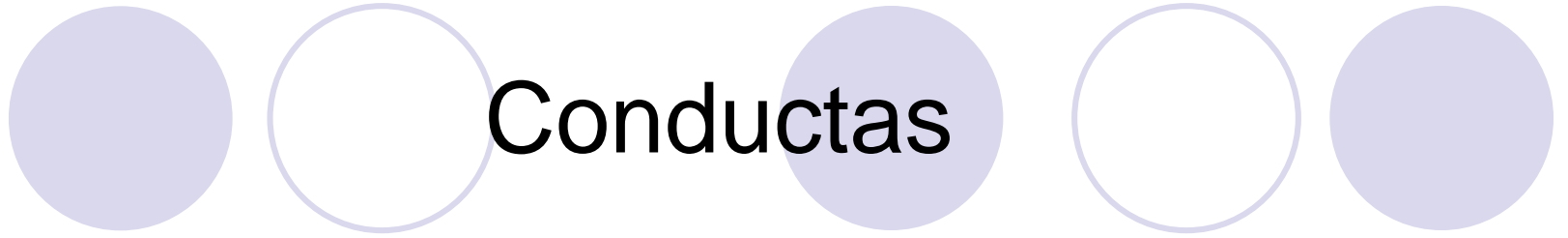
Nutrición y calidad de vida

- Disminución de B12 → alteración M.S.
- Disminución hct → alteración M.S.
- Disminución de Ca + vit.D = aumento en riesgo de fracturas.
- Deficiencia de Zinc = dificultad en cierre de úlceras de decúbito.
- Mayor dependencia + dolor + BPSD = menor calidad de vida, para pcte y cuidador

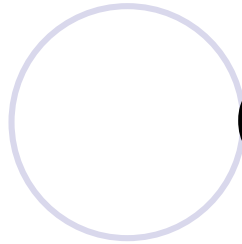
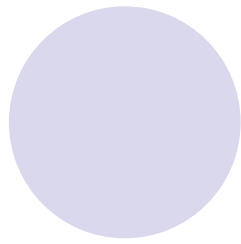


Instituciones

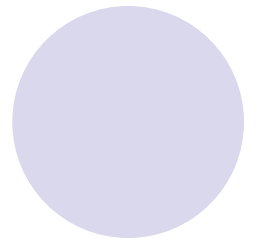
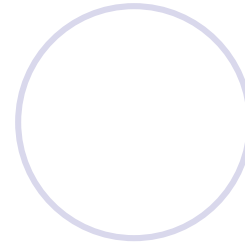
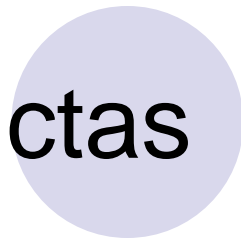
- La comida se ofrece.
- Demencias moderadas ↓ la ingesta calórica
- Demencias severas (alimentados).
Negación
- Términos usados: “Resistencia a comer”
“Rehusa comer”
“Disfagia”
- G. Blanford = “Conductas adversivas”



- Selectivas.
- De resistencia.
- Disfagia orofaringea.



Conductas



ACTIVAS

- Menos deteriorados funcionalmente.
- De resistencia.
- Por lo general agresiva
- No envueltas de manera directa en el acto de comer.

PASIVAS

- Funcionalmente más deteriorados.
- Previenen al sujeto de llevar alimento a la boca.
- Envueltas directamente en el acto de comer



Conductas observadas

- Vocaliza al comer.
- No abre la boca.
- Juega con la comida.
- Empuja la comida.
- Lo acepta: no traga.
- Usa los dedos.
- Cierra fuerte la boca.
- Muerde la cuchara.
- Mov. Como D.T.
- Se ahoga.
- Se le sale de la boca.
- Se va de la mesa.
- Prefiere líquidos.
- Acepta solo líquidos.
- Se pone mano en boca
- Acepta y escupe.
- Tira los alimentos.
- Come no edibles.

Correlacionados de conductas adversivas

- Mayor daño cognitivo.(+).
- Mayor pérdida funcional. (FAST 6-7)(+).
- MMSE= 0-5 → conducta pasiva.(+).
- Tipo de demencia. (-).
- Disfagia orofaríngea. (DTA).



Escala de dependencia.

- Normal.
- Comedor adversivo=Se alimenta:
tiene (1+)conductas adversivas
- Dependencia intermitente.
- Dependiente.

G. Blandford

Disfagia orofaríngea



- Volición.
- Habla.
- Ambulación.
- Continencia de esfínteres.
- Evento pre-terminal. Comunicación flia.
- Destrucción de áreas basales del cerebro.
- Marcador Fisiopatológico?

No aceptación de alimentación oral

- Evento fisiopatológico pre-terminal que indica muerte inminente, sin comorbilidad asociada.
- Poco reconocida por los médicos como evento preterminal.
- Importante. Hidratación artificial, alimentación por tubos?.

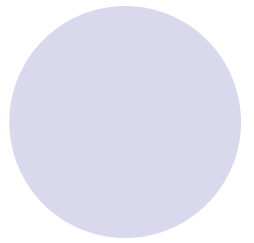
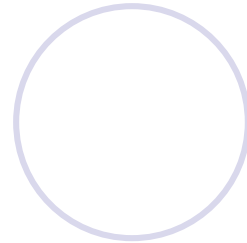
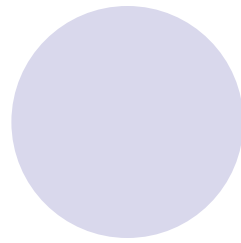
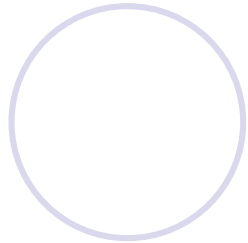
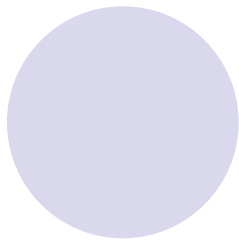


Alimentación “por tubos”

- No previene completamente neumonía por aspiración, nasogástrica o nasofaríngea.
- Aumenta el disconfort.
- Uso de restraints.
- Depriva al paciente de sabor (dulces).
- Depriva de interacción.
- Efectos laterales

Alimentación “por tubos”, en estadíos finales.

- Pacientes cognitivamente intactos.
- Poca hidratación es beneficiosa.
- No mantiene el peso corporal.
- Otras intervenciones.
- Medidas de confort más deseables.





Observaciones

- Las conductas adversivas de alimentación, parecen ser universales.
- Relación a la retrogénesis.
- La cultura influencia las intervenciones.
- La educación y actitud del cuidador, determina el éxito de la intervención.



Abordajes Recomendaciones

- Conducta selectiva → cambios en calidad.
- Conducta de resistencia → no amenazas.
- Dispraxia/ agnosia → claves físicas.



Recomendaciones

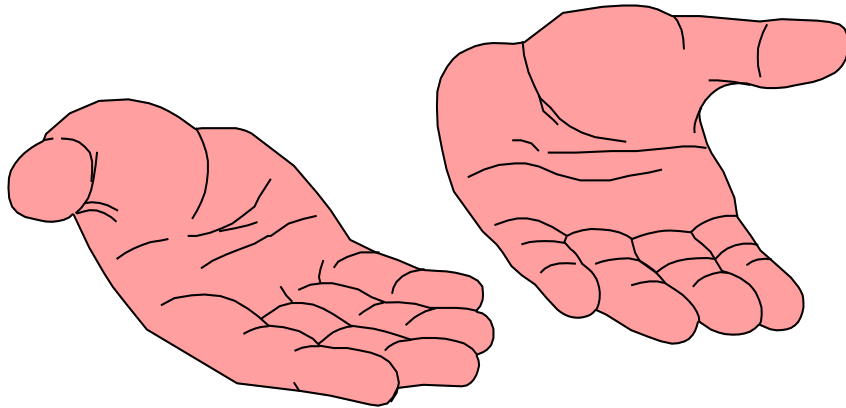
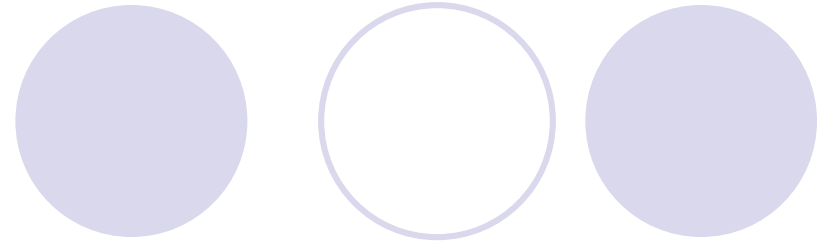
- Monitoreo regular del estado nutricional, desde el diagnóstico.
- Monitoreo mensual del peso.
- Programa de prevención donde se perciba mayor sobrecarga.
- Dirigir recursos al aspecto nutricional.
- Atención nutricional, mejoría del cuadro general y calidad de vida.



Recomendaciones

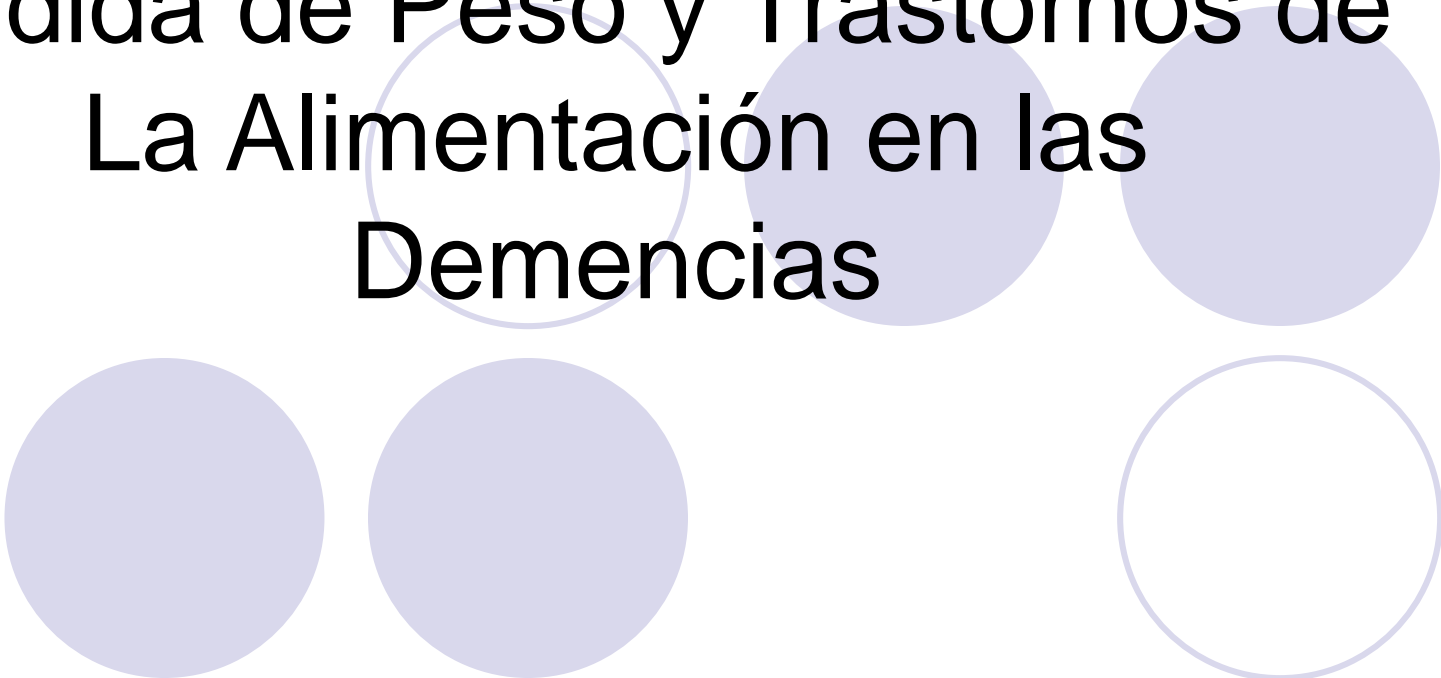
- Buscar signos de saciedad individual.
- No “asumir” la cantidad calórica necesaria.
- El significado de las conductas negativas debe individualizarse.
- Desarrollar estrategias de alimentación para mantener ingesta calórica adecuada.
- Mejorar comunicación y ambiente

Muchas Gracias



Mucha PACIENCIA
y AMOR cuando lo
alimentos, de ello
depende en gran
medida su calidad
de vida.

Pérdida de Peso y Trastornos de La Alimentación en las Demencias



Conferencia Mensual de ADA

26 de Mayo 2008