



Angustias González Rodríguez
M^a Dolores Merino Navarro
Cinta Palomar Gallardo

Profesoras del Departamento de Enfermería de la Universidad de Huelva. Miembros del grupo de Investigación Higia.

Correspondencia:

Angustias González Rodríguez
C/ Abeto nº 6
21120-Aljaraque, Huelva
Tfno.: 959-01 83 10/959-31 90 20
E-mail: angustias.gonzalez@denf.uhu.es

Nutrición y enfermedad de Alzheimer, ¿un dilema posible de conciliar?

Nutrition and Alzheimer's disease, a dilemma possible to conciliate?

Este trabajo ha sido presentado como Comunicación Oral en el II Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontológica y VII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica celebradas los días 14, 15 y 16 de marzo de 2002, en Huelva. Es el resultado de una revisión bibliográfica sobre la problemática de la alimentación y la nutrición de Alzheimer. El objetivo de la revisión se centra en la búsqueda de una evidencia sobre las causas de la marcada desnutrición que padecen los enfermos de Alzheimer y sobre si existe una terapia dietética específica.

RESUMEN

En los últimos veinte años se ha investigado el papel de la alimentación en la etiología de la enfermedad de Alzheimer, así como su incidencia en el pronóstico y la calidad de vida de los enfermos debido a la aparición de un estado de malnutrición. La intervención nutricional tiene como objetivo mantener un estado nutricional óptimo desde un enfoque clínico y educativo (paciente y familia). El trabajo que se presenta es el resultado de un estudio documental sobre la problemática de la alimentación y la nutrición en el Alzheimer. Con la finalidad de mejorar los cuidados nutricionales a través de la búsqueda de una terapia dietética eficaz.

PALABRAS CLAVE

Alimentación, nutrición, dieta, enfermedad de Alzheimer.

SUMMARY

In the last twenty years the role of dietary has been investigated as a possible environmental factor in the etiology of the disease, as well as its effect on the prognosis and patient's quality of life due to undernourishment processes. Nutritional intervention pretends to assure a balanced nutritional status from both clinic and educative perspectives. This work is the result of a documental study about the nutritional complexities in the Alzheimer's disease with the objective of improving nutritional cares through the use of an effective dietary therapy.

KEY WORDS

Dietary, nutrition, diet, Alzheimer's disease.



133 INTRODUCCIÓN

La población española viene experimentando un proceso de envejecimiento progresivo debido a factores tan determinantes como el aumento de la esperanza de vida y el descenso del índice de natalidad, características propias de los regímenes demográficos de países desarrollados. El aumento de la longevidad de la población española ha incrementado, a su vez, el número de pacientes por la enfermedad de Alzheimer. Así, el porcentaje de personas mayores de 65 años, que en 1950 era de un 7,2%, de 14,1% en 1991, es en la actualidad el 17% de los españoles, lo que supone siete millones de personas, a esto hay que añadir 1,3 millones de personas mayores que cuentan con más de 80 años. Desde un punto de vista socio-sanitario todos los temas relacionados con la salud en la edad avanzada son de gran relevancia, lo que ha provocado un aumento en las líneas de investigación en este campo. En especial se ha seguido con gran interés, la enfermedad de Alzheimer (EA), por el grave impacto que provoca tanto a nivel personal como familiar, y porque se observa un incremento en el número de casos a través de diferentes estudios de la prevalencia en todo el mundo. Se puede afirmar que la EA es la causa más frecuente de demencia en la población anciana situando las cifras entre el 50 y el 80% de los casos de demencia. La tasa de prevalencia, en países desarrollados, se sitúa entre los 65 a 69 años en el 1,4%, duplicándose en el resto de los intervalos de edad hasta llegar al 23,6% en el período de 85 en adelante. La *Alzheimer's Disease International* estima que el número de casos por demencia en el mundo se sitúa en 7,4 millones de personas, siendo la proporción de casos de Alzheimer de más de la mitad, al menos 3,7 millones.

En un estudio compartido Del Rey (1) analiza 1.080 historias de Zaragoza y 1.070 de Liverpool llegando a la conclusión de que el 5,5% de la población geriátrica padece una demencia y el 75% de éstas corresponde al tipo Alzheimer. El 4,8% de las personas estudiadas presentan depresiones y el resto, otro tipo de demencias. Según Pascual (2) en España exis-



ten aproximadamente 600.000 casos de EA y dentro de varios años se estima que aumentará considerablemente, considerando que la enfermedad tiene mayor incidencia a partir de los 85 años.

En este sentido un estudio realizado por Regidor y cols. (3) sobre el patrón de mortalidad en España aparece la EA como causa de muerte en el undécimo lugar, siendo las tres primeras: tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, estrechamente relacionadas con los estilos de vida y la alimentación. Existe por tanto una clara relación entre dicha enfermedad y la aparición de un estado de malnutrición asociado a un deterioro de habilidades cognitivas y motoras y la aparición de un complejo conjunto de alteraciones metabólicas inherentes a la enfermedad.

La pérdida de peso constituye un indicador de morbimortalidad de este grupo, ya que sufre un grado de desnutrición más elevado que el resto de las demencias. Es evidente, según los estudios consultados, la importancia que supone una alimentación adecuada en las diferentes fases de la enfermedad para cubrir las necesidades nutricionales. Hay que añadir a todo esto que uno de los problemas más destacados de salud de la población anciana sea la malnutrición. Así, Ramón y Subirá (4) describen que el 4% de la población anciana española sufre malnutrición, situación que aparece tanto en personas que viven en sus hogares como en instituciones, siendo factores asociados a la malnutrición en personas no institucionalizados el sexo, la edad, los ingresos y la vida en soledad. La atención sanitaria, por tanto, tendrá que ir adaptándose a las nuevas necesidades de la población que, cada vez con mayor frecuencia e intensidad, demanda cuidados nutricionales tanto en el proceso fisiológico de envejecimiento, como en el deterioro derivado de patologías de la edad avanzada y demencia senil.

28 **ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

A medida que avanza la EA los problemas para alimentar adecuadamente al paciente van aumentando considerablemente. Según la *Alzheimer's Association NSW* (1996), las primeras dificultades se plantean a la hora del abastecimiento, selección y compra de los alimentos necesarios; seguidamente, es el proceso de preparación de los alimentos (vigilancia del fuego, seguimiento de la receta y elección de utensilios adecuados); y por último están aquellos trastornos alimentarios derivados de la incapacidad para comer. González Mas (5) sostiene que entre los trastornos alimentarios puede darse desde un apetito voraz hasta la anorexia, asimismo, con respecto a los problemas derivados de las dificultades de comprensión, el enfermo puede demandar comida olvidando que ya ha comido, hacer un uso incorrecto de los cubiertos, padecer dificultades conductuales como intranquilidad y agitación que le impide sentarse a comer con tranquilidad, sentir que es obligado a comer deprisa o incluso creer que pueda ser envenenado. Otro de los desórdenes en las conductas alimentarias proviene de las alteraciones sensoriales. En este sentido Murphy (6) afirma que los cambios en el gusto y en el olfato afectan a la percepción de la comida tanto en ancianos como en personas con EA. Así, la disminución de la sensibilidad y de la memoria olfativa tiene una repercusión en la elección de alimentos azucarados o salados. De igual forma, en cuanto a los problemas relacionados con el entorno, cualquier distracción puede alejarles del tema central de la comida. De forma que la actividad de comer representa una tarea muy compleja y el nivel de dependencia irá en aumento de manera inexorable.

En un trabajo de Otsuka (7) se determinaron los factores dietéticos que tienen relación con la enfermedad. Se analizó el consumo de comida y su correspondencia de nutrientes utilizando para ello el cuestionario sobre historia dietética auto administrado (DHQ). A través de un estudio de caso-control (64 enfermos de Alzheimer y 80 personas sanas) se advierte que las conductas dietéticas, previas a la enfermedad, de los pacientes estaban marcadamente desviadas con respec-

to a los sanos. Los EA rechazan el pescado, las verduras verdes y amarillas y consumen más carne que el grupo control. El análisis de ajuste de energía y nutrientes reveló que los enfermos ingerían menos vitamina C, tomaban cantidades significativamente menores de n-3, lo que refleja la disminución en el consumo de pescado, frente a los n-6 que estaban aumentados. Estos hábitos alimentarios comienzan desde la infancia hasta la aparición de la enfermedad. Para comprobar si las funciones cognitivas mejoraban mediante la corrección de omega-6 y omega-3, se prescribió Eicosapentaenoico (EPA, 900 mg/día), un tipo de ácido graso poliinsaturado (PUFA), y se administró un cuestionario para medir funciones cognitivas que mejoraron significativamente con efectos máximos a los tres meses y se mantuvieron durante seis meses decreciendo a partir de ese momento. El autor concluye en primer lugar que dicha enfermedad pudiera relacionarse con el estilo de vida y en segundo que la intervención nutricional es útil para la prevención y terapia de las demencias aunque reconoce algunas limitaciones.

Las fases de la enfermedad determinan el tipo y forma de alimentación. Al comienzo, la desnutrición puede estar relacionada con la dificultad para alimentarse debido a la pérdida de habilidades motrices y al deterioro cognitivo, viéndose más tarde potenciada, entre otros factores, por la dificultad que presentan en la masticación y deglución, los cambios de los gustos individuales, el aumento de la secreción de la hormona inhibidora del apetito, los cambios enzimáticos y el incremento del gasto metabólico basal. Los hábitos alimentarios sufren en general un deterioro progresivo. Todo esto se suele plasmar en una actitud negativa del enfermo hacia la comida, pánico a ingerir alimentos. Según Selmes (8), a medida que la enfermedad progresa, la hora de la comida se hace cada vez más problemática. Las pérdidas intelectuales en la enfermedad de Alzheimer incluyen disminución de la capacidad de la atención, de habilidades relacionadas con la lógica y el juicio, además de la falta de la capacidad de organización y realización de tareas complejas. Los pacientes tienen grandes dificultades para centrar la atención en la tarea de la comida. La pérdida de peso es una caracte-



135 terística asociada a la enfermedad de Alzheimer así, en edad temprana, conlleva una desnutrición más severa que cuando aparece en personas mayores de 75 años. Existe un gran número de causas, alteraciones del apetito, deterioro en las habilidades de autoalimentación, factores relacionados con el metabolismo de vitaminas y minerales, etc. De todas formas no existe aún consenso entre la comunidad científica, llegando a darse contradicciones. Mientras algunos estudios tratan de demostrar que a pesar de un aumento de la ingesta calórica persisten pérdidas de peso inevitables durante la enfermedad, Reynish (9), otras investigaciones plantean la hipótesis de que se puede mantener el peso incrementando el aporte energético en 35 kcal/kg/día, al menos en las primeras fases de la enfermedad, Finley (10).

Asumiendo que la malnutrición sea una característica de la demencia y en especial en enfermos de Alzheimer queda por aclarar su mecanismo, y si es generalizada o limitada a subgrupos específicos, ya que se dan casos de hiperfagias con ganancia de peso en algunos pacientes. Nourhashémi y cols. (11) en un estudio realizado en un hospital de Tolouse sobre motivos de ingreso, en 118 pacientes EA en estado avanzado, concluye que en todos ellos aparece un estado nutricional pobre y con un bajo nivel de autocuidados. Según Folstein y Chairman (12) el 60% de los pacientes institucionalizados padecen de desnutrición proteica, el 25% de los enfermos de Alzheimer tenían los niveles bajos de vitamina D y nutrientes esenciales y sólo el 11% mejoraron con aporte de vitamina B12. En otros estudios realizados por Wolf-Klein (13) se constató que los estados mantenidos de hiperglicemias mejoraban el nivel cognitivo en los enfermos, existiendo una tendencia de estos hacia el consumo de caramelos y azúcares simples. En este sentido Korol y Gold (14) afirman que concentraciones adecuadas y ligeramente aumentadas de glucosa tienen efectos muy beneficiosos en las funciones cognitivas.

Este problema suscita el interés de los clínicos en la búsqueda de medios para paliarlo. Revière y cols. (15) en el Hospital La Grave-Cassardit han establecido un programa de promoción de la salud dirigido especialmente hacia la prevención de la pérdida de peso en EA

29 utilizando varias técnicas como la evaluación rápida del estado nutricional (MNA) y las sesiones de educación nutricional. Igualmente Cicconetti y cols. (16) reconocen que la pérdida de peso representa un problema común en los EA tanto si viven en casa como en instituciones, añaden que, en la fase inicial de la enfermedad, la pérdida de peso puede ser causada por factores socioambientales, psicológicos y por la pérdida de autonomía, mientras que en las siguientes fases puede deberse en parte a conductas de aversión hacia la alimentación. Estas conductas conducen al paciente a déficit proteicos de grasas y glúcidos, así como deficiencias vitamínicas que se correlacionan directamente con los niveles de actuación cognitiva afectando negativamente al curso de la enfermedad. Por ellos es importante identificar precozmente estas conductas adversivas.

Uno de los principales objetivos de los cuidados nutricionales como acabamos de comentar en los estudios revisados consiste en mantener un estado nutricional óptimo capaz de promover el bienestar de los enfermos del Alzheimer. Modificando el medio y regulando las ingestas de alimento se puede llegar a normalizar en la medida de lo posible la vida de los pacientes manteniendo un estatus nutricional óptimo. Una buena alimentación, equilibrada, es (tanto para la población anciana en general, como para los EA en particular) indispensable para prevenir las infecciones, las lesiones cutáneas y una debilitación progresiva por pérdida de peso. El estudio de las interacciones de los diferentes factores relacionados con la alimentación y la nutrición, la búsqueda de una terapia dietética específica constituyen algunos de los retos para la enfermería. Será fundamental determinar la situación nutricional del paciente pero ¿cómo determinar en este caso el estado nutricional de partida del EA?

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Valorar el estado nutricional del paciente tiene como prioridad identificar situaciones de malnutrición determinando las posibles desviaciones de la normalidad, tanto por exceso de nutrición como por desnutrición en cualquiera de sus formas. Estas últimas, las más frecuentes en la práctica hospitalaria, son par-

ticularmente importantes, ya que del grado de desnutrición dependen las necesidades nutricionales, el riesgo de complicaciones y la incidencia en el pronóstico de la enfermedad (Figura 1).

La enfermera al inicio de su intervención y tras el análisis del caso, diseña un plan de cuidados riguroso cuya planificación recogerá los objetivos y las actividades que deben desarrollarse para lograrlos. En cuanto a la valoración se llevará a cabo la entrevista, tanto al paciente como a los familiares o cuidador principal. Para ello puede emplearse uno de los instrumentos validados más extendidos: el cuestionario de evaluación rápida del estado nutricional (MNA), que recoge información sobre los índices antropométricos; un segundo aspecto denominado evaluación global; un tercer apartado, sobre índice dietético; y, por último, una evaluación subjetiva, Henríquez (18). Es fundamental reconocer inmediatamente las pérdidas de peso e identificar un posible estado de malnutrición, usando métodos de investigación que permiten hacer un seguimiento monitorizado. Otros datos importantes se recogerán a través de la exploración física.

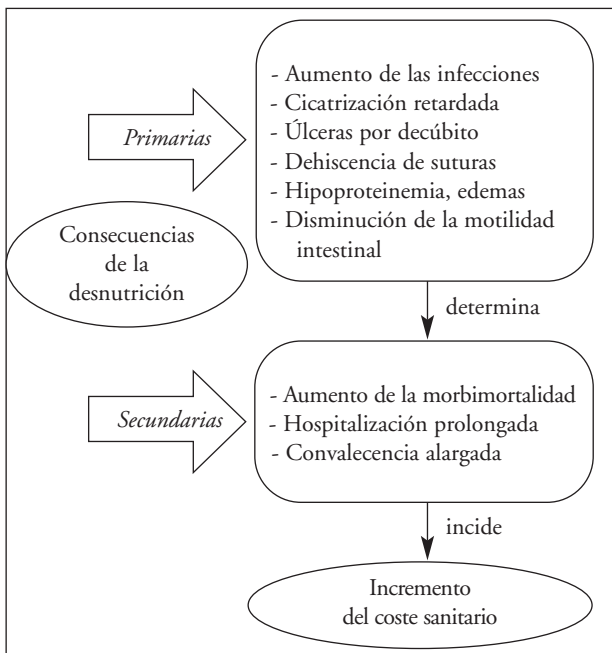


Fig. 1. Consecuencias primarias y secundarias de la desnutrición. Reelaborado a partir de Infante, 1994: 692.

Según Jeejeebhoy, en Infante (17), hay dos consideraciones fundamentales en la evaluación nutricional, por una parte, si el enfermo se ha desnutrido, y por otra, si van a mantenerse las condiciones que han desencadenado la desnutrición. Una vez revisada la información se agrupan los datos relevantes y se realizan las inferencias formulando hipótesis sobre los problemas de colaboración o interdependientes junto a los recursos personales y del entorno. La fase de planificación precisa establecer prioridades, consensuar los objetivos con la unidad de atención. Para llevar a cabo un abordaje enfermero habrá que tener como referentes la clasificación de diagnósticos (NANDA), la clasificación internacional de intervenciones (NIC) y la clasificación de objetivos (NOC). El conocimiento sobre las propiedades nutritivas de los alimentos representa en este sentido un campo de indiscutible valor para enfermería. ¿Cuáles son los conocimientos nutricionales básicos para una correcta elección de dietas en la EA?

ALIMENTOS Y SUPLEMENTOS EN LA EA

Investigaciones recientes muestran que los EA padecen déficit importantes en nutrientes esenciales, como por ejemplo, en ácidos grasos esenciales y de fosfolípidos, vitamina B12, ácido fólico y zinc. Analizaremos a continuación algunas de las características de los nutrientes afectados, así como los alimentos principalmente representados en cada grupo. En cuanto a las propiedades de los ácidos grasos hay que destacar su efecto beneficioso en la modificación de los parámetros relacionados con patologías cardiovasculares (sangre menos viscosa, disminución de riesgo en la formación de trombos) y por consiguiente la posibilidad de obstrucción de vasos sanguíneos importantes, como los coronarios y los cerebrales. Los pescados grasos constituyen el grupo de alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados n-3, además de poseer proteínas de alto valor biológico. Con respecto a los ácidos esenciales linoleico (n-6) y linolénico (n-3) tienden a reducirse. Los ácidos grasos poliinsaturados n-6 son abundantes en el aceite de semillas, pero sus propiedades hipocolesteromiantes las comparten otros ácidos gra-



137 sos monoinsaturados como es el caso del ácido oleico (n-9), presente mayoritariamente en el aceite de oliva. De igual forma, a nivel vascular disminuye tanto la presión arterial sistólica como la diastólica mostrando una influencia muy positiva en todas las funciones digestivas (gástrica, pancreática, biliar e intestinal), nada desdeñable, en el caso de las personas mayores.

Las necesidades de vitaminas están aumentadas y pueden aparecer bajos niveles de vitaminas B1, B3, B12 y ácido fólico. En el grupo de vitaminas con propiedades antioxidantes, destacan las vitaminas A, C y E, glutamatos, ácidos fenólicos y flavonoides de frutas y verduras, así como de zinc y selenio. Entre las frutas y verduras con mayor contenido de antioxidantes se encuentran, de mayor a menor concentración de unidades ORAC^a por gramo de producto fresco: framбуesas, fresas y ajos (20 unidades); espinacas (13 u); coles de Bruselas (10 u); ciruelas y brócoli (9 u); naranjas, uvas, remolacha y pimiento rojo (7 u), kiwi (6 u), cebolla, coliflor y judías verdes (4 u), patatas (3 u); bananas, manzana y tomate (3 u); pera y melón (1 u) (González Más, 2000: 180-181) (alimentos recomendados en general para las personas mayores y sobre todo para los enfermos de Alzheimer).

Entre los suplementos aconsejados con funciones antioxidantes se encuentra la vitamina B12, su deficiencia produce alteraciones de la tasa de división celular y de manera prolongada genera pérdida de memoria, neuropatía periférica y demencia; las fuentes más importantes se encuentran en el hígado, el cerebro de animales, los moluscos marinos, la yema de huevo y los pescados grasos, seguidos de las carnes y los productos lácteos. La vitamina E (400 UI/día) centra su actividad principal actuando como antioxidante de los radicales libres junto a la vitamina C, se encuentra en abundancia en aceites de soja y maíz, fruta seca y cereales integrales, así como en las verduras de hoja verde. Otra de las funciones principales de la vitamina C es la de par-

31 ticipar en el proceso de síntesis del colágeno, una de las proteínas estructurales más abundantes (1.000 mg/día). Por último el Selenio (200-400 mg/día) cuya función igualmente es la de proteger frente a la acción de los radicales libres, presenta un mecanismo de acción diferente, ya que forma parte de la enzima que destruye a los peróxidos.

Otra de las sustancias aconsejadas es el *Ginkgo Biloba*^b (GB) (100-400 mg/día). Este preparado estimula la formación de adenosintrifosfato favoreciendo el metabolismo energético de la glucosa cerebral con aumento de la actividad bioeléctrica encefálica. Sus propiedades derivan de la capacidad de sus componentes antioxidantes: vitamina C, caroteno y compuestos flavonoides. Actúa como vasodilatador de microcapilares del sistema circulatorio y cerebral especialmente. Asimismo interviene en las paredes arteriales disminuyendo la formación de placas de ateroma. Tal como recoge González Más (5), existen varios estudios que demuestran la eficacia del GB, sobre todo en casos de EA leve o moderada, con mejorías o estabilizaciones cognitivas y sociales durante períodos de seis meses a un año. Las llamadas “semi-vitaminas” se encuentran entre las recomendaciones como suplementos, como la super lecitina (3-4 cucharaditas al día) preparado de colina^c, a dosis farmacológicas se utiliza para problemas neuronales como la pérdida de memoria. Dentro de este grupo destaca también la carnitina (2 g/día en dosis fraccionada), de utilidad en estados de malnutrición, por déficit de aminoácidos esenciales como lisina y metionina.

Seleccionar adecuadamente el tipo de dieta asegurando una ingesta energética óptima basada en los principios inmediatos esenciales, representa un requisito básico que requiere, además, de una serie de recomendaciones generales, que se comentan a continuación, orientadas en todo momento a las características tanto del paciente como de la fase de la enfermedad.

^aLa capacidad antioxidante de los alimentos se valora con el empleo de las unidades ORAC (*oxygen radical absorbance capacity*).

^bEspecie única de árbol que en estado silvestre sólo se encuentra en China, considerado sagrado durante mucho tiempo, con una antigüedad de más de 300 mil años y utilizado en la medicina china para las afecciones respiratorias y cardiovasculares.

^cMolécula nitrogenada que forma parte de algunos fosfolípidos de la membrana y puede ser sintetizada en cantidad considerable por el organismo humano aunque su ingestión preformada en la dieta hace más fácil su uso (Alemany, 2000: 273-5).

32 **PAUTAS A SEGUIR EN LA ALIMENTACIÓN DEL ENFERMO DE ALZHEIMER**

La importancia de las condiciones ambientales donde se lleva a cabo las comidas tiene una influencia directa sobre la conducta a seguir por estos enfermos. McDaniel en este sentido realiza un estudio de casos y controles en residentes de una unidad de EA centrado en reducir el ruido y aumentar la luz, demostrando que dichas condiciones a la hora de las comidas es determinante en una mejor aceptación alimentaria, aspecto que optimiza el estatus nutricional. Por otro lado Ragneskog y cols. estudiaron los beneficios de la musicoterapia sobre la alimentación de los enfermos dementes, concluyendo que disminuye la irritabilidad, el miedo y la depresión, efecto producido sobre todo en los postres (5).

Entre las recomendaciones generales, la dieta debe ser equilibrada, rica en fibras, verdura fresca y fruta teniendo en cuenta las preferencias del paciente. Lo mejor es la planificación semanal de manera que resulte más fácil la organización de los cuidadores. El ambiente familiar o de la institución tiene que ser tranquilo fomentando la rutina en cuanto a horarios y lugar de estancia. Fomentar en todas las actividades los autocuidados, por ejemplo, cuando el enfermo pueda comer por sí mismo se deberá potenciar esta habilidad procurando elegir cubiertos o utensilios de fácil manejo, así como superficies antideslizantes. Habrá que tener paciencia y recurrir a demostraciones, el aprendizaje por imitación da buenos resultados. Si suele olvidar que acaba de comer habrá que tener preparado un complemento (galletas saladas, bizcochos). Si tiene problemas para masticar y/o deglutir procurar ofrecer alimentos desde troceados a triturados recurriendo a la comida en puré y productos espesantes o gelatina, Díaz (19). Utilizar "pajitas" o tazas con tapa para hacer la bebida más fácil, así como un cuenco en lugar de plato.

Para evitar riesgos hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales de enfermería para el desempeño de los cuidados nutricionales y la formación de familiares, cuidadores

de instituciones y a todas aquellas personas relacionadas con la enfermedad: 138

- Procurar que coma siempre en compañía para evitar riesgos de accidentes (atragantamiento, ingestión de huesos, pieles, espinas, alimentos con envolturas).

- Evitar trozos grandes de alimentos para lo que es mejor preparar el plato del enfermo minuciosamente evitando los adornos de hojas vegetales (lechuga, perejil en rama, hierbabuena) que pueden provocar atragantamiento, en este caso, la familia debe estar preparada para ejecutar la maniobra de Heimlich. No acostarlos nunca recién comidos.

- En la cocina tener precaución con los alimentos que puedan ser confundidos (vinagre, sal, aceite/detergentes, lejía, pinturas, etc.).

- Utilizar vajilla irrompible, mantel y plato de color diferente para que se distingan bien. Que el alimento no rebose el recipiente. Ofrecer los cubiertos indispensables. No servirle varios platos a la vez y comprobar la temperatura de las comidas. En estos pacientes es necesario observar la cantidad de alimento (sólidos y líquidos) para detectar desviaciones en la ingesta. El peso deberá medirse mensualmente en enfermos en fase estable y semanalmente en fase de alteración. Visitar al dentista periódicamente para el cuidado bucodental, Pfizer (20).

Las conductas alimentarias tienen características especiales que pueden llegar a ser particularmente relevantes durante la enfermedad. La prevención, la rápida intervención y la garantía de una ingesta de alimentos adaptada y con características específicas son esenciales en cada uno de los estadios de la demencia. En este sentido, al personal sanitario y, en concreto, al profesional de Enfermería, como agente de salud de la comunidad, se le plantea la necesidad de crear y desarrollar estrategias educativas en nutrición con el fin de aumentar y detener el deterioro cognitivo y mantener, dentro de lo posible, patrones nutricionales adecuados. Con ello se pretende que los profesionales de enfermería protagonicen programas de formación dirigidos de aquellas personas responsables del cuidado integral del enfermo de Alzheimer.



139 CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones existentes, la intervención nutricional es útil para la prevención y terapia de las demencias. La pérdida de peso es una característica asociada a la enfermedad de Alzheimer, aunque su mecanismo es aún desconocido, los factores son múltiples e interrelacionados, teniendo en cuenta además que la actividad de comer constituye una tarea muy compleja y el nivel de dependencia irá en aumento de manera inexorable. El estado nutricional influye, en gran medida, en la salud de los ancianos y en particular en el pronóstico de la EA. La valoración del estado nutricional debe incluirse entre las exploraciones rutinarias, las recomendaciones dietéticas deben tener en cuenta, sobre todo, los gustos del paciente, y la posibilidad de cumplimiento. Una dieta equilibrada, saludable y

adaptada a las características de los EA garantiza un adecuado nivel de salud.

La enfermera, de manera específica en la EA, debe llevar a cabo cuidados nutricionales y de educación de la familia o cuidador principal. Además deberá prevenir deterioros nutricionales y déficit que originan un cuadro de malnutrición que, a su vez, empeora notablemente la evolución de la misma con las complicaciones multiorgánicas asociadas. El profesional de Enfermería debe utilizar técnicas y métodos específicos para la valoración, seguimiento y evolución del estado nutricional en las distintas fases de la enfermedad. En definitiva, el estudio de las interacciones de los diferentes factores relacionados con la alimentación y la nutrición, así como la búsqueda de una terapia dietética eficaz en la prevención de complicaciones, contribuye significativamente al incremento de la calidad y esperanza de vida de los enfermos de Alzheimer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Rey J. Como cuidar la salud. Su educación y promoción. Madrid: Harcourt Brace; 1997.
2. Pascual y Barlés. El cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer. La Guía. Barcelona: Esteve; 1999.
3. Regidor E *et al.* Patrón de mortalidad en España, 1998. *Medicina Clínica* 2002; 118 (1):13-5.
4. Ramon, Subirá y Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Medicina Clínica* 2001; 117 (20) 16-20.
5. González Mas. Enfermedad de Alzheimer: clínica, tratamiento y rehabilitación. Barcelona: Masson; 2000.
6. Murphy. Nutrition and chemosensory perception in the elderly. *Crit Rev Food Science Nutrition* 1993; 33(1): 3-15.
7. Otsuka M. Analisis of dietary factors in Alzheimer's disease: clinical use of nutritional intervention for prevention and treatment of dementia. *Japanese Journal of Geriatrics*. 2000; 970: 73.
8. Selmes J. Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Guía práctica. Madrid: Meditor; 1990.
9. Reynish W *et al.* Nutritional factors and Alzheimer's disease. *The Journal of Gerontology. Serie A, Biological sciences and Medical Sciences* 2001; 675-80.
10. Finley B. Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease: Practical approaches to quality care. *Journal of the American Dietetic Association* 1997; Oct: 177-80
11. Nourashémi F *et al.* Descriptive analysis of emergency hospital admissions of patients with Alzheimer's disease; *Medlin: Index Medicus* 2001; 21-5.
12. Folstein M. (1997) Nutrition and Alzheimer's disease. *Nutrition Reviews* 1997; 55: 23-5.
13. Wolf-Klein GP. Energy requirements in Alzheimer's disease patients. *Nutrition* 1995; May-Jun.
14. Korol DL, Gold PE. Glucosa, memory, and aging. *The American Journal of clinical Nutrition* 1998; 764-71.
15. Revière *et al.* Nutrition and Alzheimer's. *Index Medicus*; 1999; 57 (12): 363-67.
16. Cicconetti *et al.* Nutritional deficiency and Alzheimer's disease: how to identify and prevent. *Recenti Progressi in Medicina* 2000; 135-40.
17. Infante Miranda F. Valoración del Estado Nutricional. *Rev Clínica Española* 1994; 9: 692-700.
18. Henríquez P *et al.* Valoración Nutricional de una población geriátrica institucionalizada según el Mini Nutritional Assessment (MNA). III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2000; 237-8.
19. Díaz M. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Bizkaia: Parke-Davis; 1996.
20. Pfizer. Hablemos de la enfermedad de Alzheimer. Barcelona: ACV; 1997.