



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2019-2020)

Trabajo Fin de Grado

**Intervenciones enfermeras en la
desnutrición de pacientes con demencia**

Revisión bibliográfica

Estudiante: Ester Suazo Moro

Tutora: María Elena Faulín Ramos

Mayo, 2020

ÍNDICE:

1- RESUMEN/ABSTRACT	3
2- INTRODUCCIÓN	5
2.1. Justificación.....	11
2.2. Objetivos	12
3- MATERIAL Y MÉTODOS	13
4- RESULTADOS	15
4.1. Cribado nutricional en personas con demencia.....	15
4.2. Estrategias de soporte nutricional	16
4.2.1. Modificación de la textura de los alimentos.....	16
4.2.2. Dieta.....	18
4.2.3. Suplementos nutricionales y suplementos nutricionales orales	20
4.2.4. Nutrición enteral.....	22
4.3. Comorbilidades y complicaciones	23
4.3.1. Disfagia	24
4.3.2. Úlceras por presión	24
4.3.3. Fragilidad y sarcopenia	24
4.4. Entorno de los cuidados nutricionales	25
5- DISCUSIÓN	27
5.1. Conclusiones.....	32
6- BIBLIOGRAFÍA	34
7- ANEXOS	43
7.1. ANEXO 1: Diferentes combinaciones de tesauros en las distintas bases de datos.....	43
7.2. ANEXO 2: Flujograma	44
7.3. ANEXO 3: Resumen en tablas de los artículos utilizados en la revisión.	45

1- RESUMEN

Debido al aumento de la esperanza de vida, se ha producido un aumento paralelo de enfermedades como es el caso de la demencia, la cual puede estar asociada con alteraciones nutricionales, siendo un verdadero problema ya que el 70% de personas con demencia presentan riesgo de desnutrición. Su elevada prevalencia justifica el interés existente ante esta situación.

El principal objetivo es mostrar las intervenciones enfermeras en el abordaje de la desnutrición en pacientes adultos con demencia. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando distintas bases de datos, guías y revistas. Posteriormente, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, así como las parrillas de lectura crítica, resultando un total de 31 artículos.

El cribado nutricional es un procedimiento necesario para detectar a personas mayores en riesgo de desnutrición o malnutridas, siendo el Mini Nutritional Assessment uno de los más recomendados. Existen diversas técnicas para mejorar o evitar que empeore esta situación, como modificar la textura de los alimentos, la cual tiene una acción terapéutica, pero puede conllevar una disminución de la ingesta. Por otro lado, la dieta mediterránea y el aumento de antioxidantes en la dieta ayudan a mejorar el estado nutricional, ralentizando el deterioro cognitivo. Si no es suficiente, puede ser beneficioso para la demencia leve y moderada, el uso de suplementos nutricionales orales. Y como última opción está la nutrición enteral, bien mediante sonda nasogástrica o por sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

Las comorbilidades y la morbimortalidad en el paciente con demencia y desnutrición se ven aumentadas, existiendo una relación directa entre el nivel de dependencia y el estado nutricional.

Es muy importante tener en cuenta el entorno de los cuidados para poder programar intervenciones nutricionales individualizadas, sin olvidarse del cuidador principal.

PALABRAS CLAVE: desnutrición, demencia, atención de enfermería, estado nutricional.

ABSTRACT:

Due to the increase in life expectancy, there has been a parallel increase in diseases such as dementia, which may be associated with nutritional disorders, being a real problem because the 70% of people with dementia are at risk of malnutrition. It's high prevalence justifies the existing interest in this situation.

The main objective is to show the nursing interventions in the approach of malnutrition in adult patients with dementia. For this purpose, a bibliographic review was carried out using different databases, guides and magazines. Subsequently, inclusion and exclusion criterias and critical reading were applied, resulting in a total of 31 articles.

Nutritional screening is a necessary procedure to detect elderly people in risk of malnutrition or malnutrition, being the Mini Nutritional Assesment one of the most recommended. There are different techniques to improve or avoid wrong measures towards the situation, such as modifying the texture of food, having a therapeutic action, but this may be imply in a decrease food intake. On the other hand, mediterranean diet and the increase in antioxidant in the diet help to improve nutritional status, slowing down cognitive decline. If is not enough, the use of oral nutritional supplement may be beneficial for mild and moderate dementia. And as a last option is enteral nutrition, either by nasogastric tube or by percutaneous endoscopic gastrostomy tube.

Comorbidities and mortality and morbidity in the patient with dementia and malnutrition are increased, and there is a direct relationship between the level of dependency and the nutritional status.

It's very important to take into account the care environment for planning individualized nutritional interventions without forgetting the main caregiver.

KEYWORDS: malnutrition, dementia, nursing care, nutritional status.

2- INTRODUCCIÓN

En la población mundial, como consecuencia del aumento de la esperanza y calidad de vida, se ha observado un marcado crecimiento de la población mayor de 65 años, lo que ha propiciado un vuelco de la pirámide poblacional. Actualmente, el envejecimiento es un fenómeno global, considerado como el conjunto de transformaciones y/o cambios bioquímicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales, que surgen en los individuos con el paso del tiempo ocasionando enormes repercusiones económicas, sociales y políticas.¹

A veces, algunos de estos cambios son producidos como consecuencia de una enfermedad. Dentro de este grupo de enfermedades cabe destacar la demencia, la cual es la principal causa de dependencia y discapacidad en personas mayores de 65 años.¹

Paralelo al aumento del envejecimiento, el número de personas con demencia está incrementándose de forma precipitada, siendo el tercer problema de salud precedida por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Pero la demencia no es una enfermedad específica, es un término general que describe una amplia gama de síntomas asociados con el deterioro grave de la capacidad mental, llegando a reducir la capacidad de una persona de realizar sus actividades diarias.²

La demencia es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta a las funciones cognitivas superiores (pensamiento, lenguaje, memoria). Existen evidencias de un declive cognitivo significativo en comparación con el nivel de rendimiento previo en uno o más dominios cognitivos, afectando a la atención compleja, a la función ejecutiva, al aprendizaje, a la memoria, al lenguaje y a la habilidad perceptual motora o cognición social. Estos déficits cognitivos interfieren tanto en la autonomía del individuo como en sus actividades cotidianas, necesitando asistencia, al menos, para las actividades instrumentales complejas de la vida diaria. Sin embargo, la conciencia no se ve afectada. Además, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación.^{3, 4}

No obstante, la gravedad de esta enfermedad varía según el grado de demencia. En primer lugar, la demencia leve dificulta las actividades instrumentales cotidianas, es

decir, tareas del hogar, gestión del dinero, etc. La moderada, presenta dificultades en las actividades básicas cotidianas, como comer o vestirse, y por último, se encuentra la demencia grave, ocasionando una dependencia total.⁴

Actualmente, una de cada diez personas son mayores de 60 años, y se calcula que entre un 5-8% de la población general de más de 60 años sufre demencia.³

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Asimismo, la demencia de inicio temprano, donde los síntomas aparecen antes de los 65 años, representa hasta un 9% de los casos, lo que significa que esta enfermedad no afecta exclusivamente a personas mayores.³

Sin embargo, la demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad, de la etapa en la que se encuentre y de la personalidad o situación personal del sujeto antes de empezar a padecerla. Por todo ello, diagnosticar la demencia en estadios avanzados es más fácil que en el inicio de la enfermedad, donde los síntomas pueden pasar desapercibidos o interpretarlos como cambios atribuidos a la edad. Dicho esto, un diagnóstico temprano mejora la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.⁵

Las formas de la demencia son múltiples y diversas, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la forma más común, acaparando entre un 60-70% de los casos. Otras formas frecuentes son, la demencia vascular, que representa un 15-30%, la demencia por cuerpos de Lewy con un 10% de los casos, y por último hay un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia y que representan el 5%, como son la demencia frontotemporal (enfermedad de Pick), y la demencia por enfermedad de Huntington (Corea). Los límites entre los distintos tipos de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas o secundarias a otras enfermedades o patologías.³

De momento, no hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva, pero sí existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando, los cuales se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos. Sin embargo, algunos estudios demuestran que se puede reducir el riesgo de

padecer demencia haciendo ejercicio con regularidad, no fumar, evitar el uso nocivo del alcohol, controlar el peso y llevar una alimentación saludable, manteniendo una tensión arterial y unas concentraciones sanguíneas adecuadas de colesterol y glucosa.⁶

Dentro de las patologías que conlleva la demencia, cabría destacar la presencia de una nutrición deficiente.⁷ La relación entre demencia y nutrición es de gran interés en una doble vertiente. Por un lado, la contribución que hacen algunos micronutrientes, especialmente el papel que pueden jugar los antioxidantes o los ácidos grasos omega 3 en la prevención y evolución de la enfermedad, y por otro lado, el condicionamiento que la propia demencia provoca, limitando al paciente para el mantenimiento de un adecuado estado nutricional.⁸ Como se muestra en la Figura 1, existen diversos factores de riesgo que se retroalimentan entre sí.

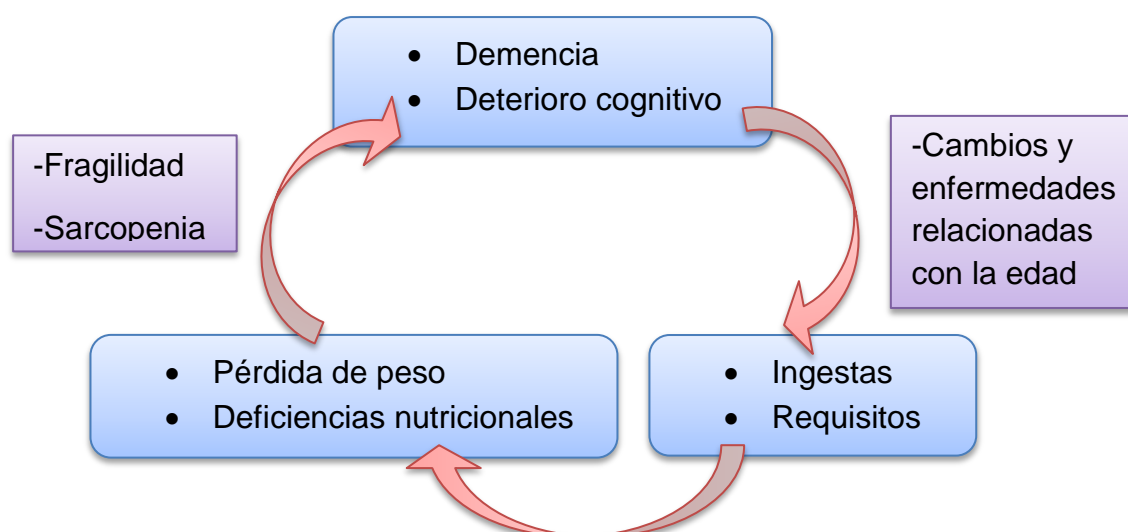


Figura 1: Círculo vicioso de factores de riesgo de la demencia.

Una buena nutrición, es decir, una dieta suficiente y equilibrada combinada con ejercicio físico regular, es un elemento fundamental de una buena salud y el modo para evitar una pérdida de peso, siendo especialmente importante para los adultos mayores que están enfermos o quienes han sido diagnosticados con una enfermedad crónica o demencia.⁹ Lo contrario, una mala nutrición, puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades y alterar el desarrollo físico y mental.¹⁰

Pero el verdadero problema viene cuando esa pérdida de peso es tan profunda que termina desencadenando en desnutrición. Esta no es un problema del pasado o que afecte solo a algunos países en vías de desarrollo. En nuestra sociedad, muchas personas la sufren, solo hay que saber identificarla para poder prevenirla, ya que hoy sabemos que el 70% de los pacientes con demencia están en riesgo de desarrollar desnutrición.⁸

Cuando pensamos en la desnutrición, lo primero que nos viene a la cabeza es la falta de alimentos y el hambre. Sin embargo, la desnutrición no es más que una afectación o situación clínica que se presenta cuando nuestro cuerpo no recibe los nutrientes suficientes. Es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas, y varía según el peso y la edad.¹¹

A veces, la desnutrición es muy leve y no causa ningún síntoma. Otras veces puede ser tan grave que el daño que causa al cuerpo es permanente, por lo que es muy importante detectarla lo más pronto posible para evitar complicaciones.¹²

No obstante, la desnutrición puede ser un trastorno inicial único, lo que se conoce como desnutrición primaria. Esta presenta un variado grupo de síntomas en función de sus distintos grados. Se considera desnutrición de primer grado, toda pérdida que no supere el 25% del peso que el paciente debiera tener para su edad. Llamamos desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre el 25-40%, y, finalmente, la pérdida de peso del organismo por encima del 40% se conoce como desnutrición de tercer grado.¹³ Por otro lado, hablamos de desnutrición secundaria, cuando aparece de forma colateral a una enfermedad o proceso, como en el caso de la demencia.¹⁴

Como todos los problemas de salud, la desnutrición puede causar complicaciones, sobre todo en adultos mayores, como pueden ser: un debilitamiento del sistema inmunitario, lo cual aumenta el riesgo de contraer infecciones, una cicatrización deficiente de las heridas, debilidad muscular y disminución de la masa ósea, provocando mayor número de caídas y fracturas, mayor riesgo de hospitalizar y como consecuencia, mayor riesgo de morir.¹⁵

Por último, la utilización de herramientas de cribado define el primer paso en la prevención, ya que una intervención precoz a los pacientes en riesgo de desnutrición

y desnutridos, tiene beneficios significativos. A esto se añade la evaluación del estado nutricional, con la que se consigue una aproximación exhaustiva de la situación nutricional del paciente mediante el uso de la historia clínica, farmacológica y nutricional del individuo, el examen físico, las medidas antropométricas y los datos de laboratorio.¹⁵ En el medio hospitalario, un sistema de cribado mediante perfil analítico permite valorar a diario y de manera automática a una gran parte de la población hospitalizada.¹⁶

La medida más evidente para prevenir la desnutrición, hace referencia a llevar una alimentación lo más variada, completa, equilibrada y gratificante posible. Además, el tipo de dieta puede ir acompañado de técnicas para aumentar la ingesta, como puede ser enriquecer las comidas con métodos naturales, revisar el estado de la dentadura, conseguir un entorno tranquilo y cómodo, aportar alimentos saludables entre las comidas para conseguir nutrientes y calorías adicionales, fomentar la actividad física regular, escuchar música durante las comidas, etc.^{9, 14, 17, 18}

La detección de un paciente con desnutrición o con riesgo de presentarla mediante un método de cribado, comporta la necesidad de evaluar el estado nutricional más exhaustivamente (historia clínica, examen físico completo, antropometría y análisis de laboratorio). Se sugiere que esta evaluación más específica, profunda y detallada sea realizada por personal especializado, que instaurará un plan nutricional adecuado. Si la aplicación de los métodos de cribado demuestra que el individuo no presenta riesgo, deberá reevaluarse a la semana o a los 6 meses, en función de si está o no hospitalizado, o antes, si se presentan cambios clínicos o terapéuticos. Dentro de los métodos de cribado más utilizados se encuentran: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Nutrition Risk Screening (NRS 2002), Mini Nutritional Assessment (MNA) y su versión más breve, Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF).¹⁵

Además, existen otros métodos de screening como es el Índice de Control Nutricional (CONUT), considerado una herramienta eficaz para la prevención, detección precoz y seguimiento de la desnutrición hospitalaria. Automáticamente, determina la situación nutricional, teniendo en cuenta la información del laboratorio: albúmina, colesterol total y determinación del número de linfocitos.¹⁹

En casos donde el riesgo de desnutrición sea muy elevado, no debemos dejar pasar el tiempo para poner remedio. Siempre es más fácil remontar una desnutrición leve que una grave.^{15, 17, 20} Es decir, es imprescindible que exista una detección precoz de la desnutrición, identificando y tratando los problemas nutricionales de manera temprana, especialmente en aquellas personas que no parecen estar en riesgo de padecerla, impidiendo el progreso de la enfermedad y las complicaciones, como pueden ser úlceras por presión, fracturas, deficiencia en su sistema inmune, acidosis metabólica, etc.^{14, 18}

Si bien es cierto, existen una serie de medidas generales comunes en el cuidado nutricional de estos pacientes, en ocasiones las estrategias en relación con la alimentación natural son insuficientes, y la negación a la ingesta nos obliga a buscar alternativas, como son los suplementos nutricionales, pautados y dirigidos por el equipo facultativo responsable, los cuales no están recomendados en pacientes con demencia severa o en la fase terminal de la enfermedad. El uso de suplementos orales en pacientes desnutridos puede aumentar la ingesta de calorías, incrementar el peso corporal y la puntuación del MNA. No obstante, no disponemos de una evidencia firme sobre la reducción de complicaciones y de mortalidad.^{8, 9, 14, 17, 21}

Además, en algunas ocasiones, se adoptan otras alternativas como es la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) o una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), para alimentar a un paciente con demencia avanzada, lo que obliga a tomar otras medidas como son la sujeción física, abriendo un conflicto ético.⁸

Como vemos, antes de llegar a este último punto, hay mucho camino que recorrer en la prevención o tratamiento de la desnutrición en nuestro medio, además de numerosos recursos y herramientas que poner en práctica.

Existen algunas intervenciones enfermeras, recogidas en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC), que nos pueden ayudar a conseguirlo. Para ello, es imprescindible establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. Un buen comienzo sería averiguar cuál es la causa de esa desnutrición.²²

Dentro de estas intervenciones estarían actividades como el control de los alimentos y líquidos ingeridos, calcular la ingesta calórica diaria, pesar al paciente en los intervalos que corresponda, identificar alergias, y si fuera necesario, ayudarle a comer.²² También sería útil valorar la administración enteral. En caso de ser portadores de sonda, determinar si es necesaria o no, y suspenderla a medida que tolere la ingesta oral. Asimismo, se puede administrar un aporte extra de líquidos.²²

No hay que olvidar que la persona enferma tiene unas preferencias alimentarias, una cultura y una religión que hay que respetar y trabajar en base a ellas.^{16, 22}

Además, puede resultar beneficioso enseñar al paciente cómo puede aumentar la ingesta de calorías, proporcionando alimentos nutritivos de alto contenido calórico desconocidos para ellos, para que él elija, y de este modo, hacerle participe de las decisiones dietéticas.²²

2.1. Justificación

Las personas mayores son uno de los grupos más vulnerables de sufrir problemas nutricionales, si a esto se le suma la presencia de demencia, el riesgo de desnutrición es muy elevado. Además, la demencia es una enfermedad que tiene un efecto abrumador no solo en las personas afectadas, sino también en sus cuidadores, siendo la mayoría de ellos sus propios familiares. Su elevada prevalencia y los elevados costes socio-sanitarios derivados de sus necesidades, justifican el interés existente en intentar detectar el problema en estadios preclínicos (diagnóstico precoz), o bien en sus primeras fases (diagnóstico temprano o a “tiempo”).^{1, 23}

Por todo ello, es necesario detectar la desnutrición lo más pronto posible para poder tratarla, especialmente si están hospitalizados e institucionalizados.

Debido a esto, la atención y el apoyo nutricional debieran ser una parte integral del manejo de la demencia. De este modo, un estado nutricional desequilibrado, entre otras cosas, agravan el estado cognitivo, trayendo consecuencias negativas para la salud, mencionadas anteriormente. Es recomendable que el paciente con

demencia avanzada o terminal, reciba, en la medida de lo posible, medidas paliativas para mejorar el confort y su calidad de vida.²¹

Todos los países necesitan conocer mejor esta enfermedad para combatir estigmas y malentendidos que siguen estando muy extendidos impidiendo que muchas personas sean diagnosticadas y atendidas.

Por lo tanto, es desafío nuestro, como profesionales de la salud evitar que aparezca dicha desnutrición, y si esta es inevitable, aportar los cuidados necesarios para intentar impedir que aparezcan complicaciones graves y/o mortales y así mejorar su calidad de vida.

El papel que la enfermería presenta ante el estado de desnutrición de los pacientes es fundamental. Por un lado, se la considera la encargada de realizar el cribado nutricional tanto al ingreso de los pacientes como durante toda su estancia y, por otro lado, es la profesional que, por sus conocimientos y cercanía al paciente, se encarga de seguir la evolución del mismo, mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Junto a él, se utiliza una metodología estandarizada NANDA, NOC y NIC para la amplitud de actividades enfermeras.^{21,}
24

2.2. Objetivos

Objetivo General:

- Mostrar las intervenciones enfermeras en el abordaje de la desnutrición en pacientes adultos con demencia.

Objetivos Específicos:

- Identificar los instrumentos más adecuados para realizar un correcto cribado nutricional.
- Analizar las estrategias nutricionales existentes en los pacientes con demencia.
- Exponer las complicaciones y comorbilidades más frecuentes en pacientes adultos con desnutrición y demencia.

3- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica entre los meses de noviembre de 2019 a mayo de 2020, con el objetivo de realizar una revisión de evidencia científica sobre la desnutrición en adultos con demencia.

Para comenzar la búsqueda, se plantea la siguiente pregunta de investigación en formato PICO:

¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA MEJORA DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON DEMENCIA?

P	PACIENTE	Pacientes adultos con algún tipo de demencia.
I	INTERVENCIÓN	Intervenciones enfermeras en personas con demencia o en riesgo de padecerla.
C	COMPARACIÓN	No procede comparar.
O	RESULTADOS	Mejora del estado nutricional en este grupo de pacientes.

La población objeto de este trabajo son aquellos pacientes adultos, mayores de 18 años, con demencia (tanto hospitalizados, institucionalizados o en su domicilio), que presentan desnutrición o riesgo de padecerla, con independencia del sexo.

Después se traducen las palabras naturales a tesauros mediante DeCS (Descriptores de las Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Heading), transformando el lenguaje libre en lenguaje documental.

<u>DeSC:</u>	<u>MeSH:</u>
-Malnutrition/ Desnutrición/ Desnutrição	-Malnutrition
-Dementia/ Demencia/ Demência	-Dementia
-Nursing care/ Atención de enfermería/ Cuidados de Enfermagem	-Nursing care
-Nutritional status/ Estado nutricional/ Estado nutricional	-Nutritional status

Se combinan los descriptores con el operador booleano **AND**, con el objetivo de hacer coincidir todos los términos de búsqueda, y así limitar o acotar el resultado.

Después, se redactan los criterios de inclusión y los criterios de exclusión con los que filtrar y seleccionar los artículos en la búsqueda bibliográfica. Estos criterios son:

➤ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos en español, inglés o portugués.
- Artículos que hagan referencia a humanos, mayores de edad, con cualquier tipo y grado de demencia, (hospitalizados, institucionalizados o en su domicilio).
- Artículos con acceso a texto completo.

➤ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Artículos referidos a pacientes oncológicos o terminales con demencia.

Con todos estos datos se realiza la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: **SciELO, PubMed, LILACS, CUIDEN, Scopus, Web Of Science (WOS), Food Science and Technology Abstracts (FSTA), Medicina en Español (MEDES) y Dialnet.**

Las combinaciones de los tesauros en las distintas bases de datos, se muestran en el ANEXO 1. Posteriormente, para una selección más exhaustiva, se pasan las parrillas de lectura crítica: Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe),²⁵ Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)²⁶ y AGREE II.²⁷

4- RESULTADOS

Tras la búsqueda en las distintas bases de datos, utilizando los criterios de inclusión y los de exclusión, obtenemos 843 artículos potencialmente útiles, y con la lectura del título y resumen de estos, seleccionamos 243. Después se eliminan aquellos que están duplicados, y los que tras una lectura completa, no nos aportan información relevante para nuestra revisión, quedándonos con un total de 42 artículos.

Por último, para la selección definitiva de los artículos, se realiza la lectura crítica. Después de esta, se descartan varios artículos, incluyendo finalmente en la revisión 31. La representación gráfica del proceso de elección de los artículos para la revisión, queda reflejada en el ANEXO 2.

Tras el análisis de los artículos a incluir en la presente revisión, se dividen los resultados en 4 apartados, presentando en cada uno de ellos los datos más significativos de los estudios.

1. Cribado nutricional en personas con demencia
2. Estrategias de soporte nutricional
3. Comorbilidades y complicaciones
4. Entorno de los cuidados nutricionales

4.1. Cribado nutricional en personas con demencia

Dentro de los artículos encontrados, la herramienta de detección utilizada comúnmente para evaluar el estado nutricional en la población geriátrica, es el Mini Nutritional Assesment (MNA). A pesar de ser una prueba sencilla, se ha demostrado que tiene una alta sensibilidad y especificidad para detectar la presencia de desnutrición o el riesgo de tenerla en pacientes con demencia, porque, además del cribado, realiza una evaluación global del paciente, según el artículo de Hua-Tsen Hsiao et al.²⁸ No obstante, puede que no tenga la misma eficacia en todas las etapas de la demencia, ya que según el artículo realizado en una residencia sociosanitaria de la comarca del Bierzo, la sensibilidad de la escala MNA disminuye en pacientes con deterioro cognitivo tanto moderado como severo.²⁹

Sin embargo, según el artículo anteriormente mencionado, existen diferencias significativas entre el MNA y su versión corta (MNA-SF), ya que en este estudio, el 29% de los pacientes evaluados por el MNA-SF, presentaban un estado nutricional normal, pero con el MNA fueron evaluados en riesgo de desnutrición. Y el 14% fueron valorados en riesgo de desnutrición según el MNA-SF, mientras que con el MNA fueron clasificados como desnutridos.^{28, 30, 31}

Por otro lado, los valores del MNA están altamente correlacionados con los del IMC, sobre todo en etapas tempranas de la enfermedad, en contraposición con lo dicho anteriormente en el artículo de María de los Ángeles Penacho et al. Además, se expone que el IMC es el indicador más importante de todos los parámetros antropométricos, ya que es un buen marcador pronóstico en las personas de edad avanzada. Niveles inferiores a 23,5 kg/m² en hombres y a 22 kg/m² en mujeres, están ligados a una mayor mortalidad.²⁹

Otro método de cribado es el CONUT, utilizado para identificar la desnutrición hospitalaria, el cual queda descrito en el artículo de Carles Iniesta. Este es de gran utilidad por la rapidez y validez de sus resultados, permitiendo así detectar pacientes con riesgo nutricional, sin que esto suponga un incremento de costes.³²

Junto con los cribados, tiene que haber una estrecha vigilancia del peso corporal de cada paciente, sobre todo si están deshidratados.

4.2. Estrategias de soporte nutricional

4.2.1. Modificación de la textura de los alimentos

Es común en las personas con demencia presentar disfagia, hecho que se asocia con un mayor riesgo de desnutrición, deshidratación, neumonías por aspiración y muerte. Sin embargo, las opciones de tratamiento son limitadas. La modificación de la textura de los alimentos (TMF), es una práctica generalizada para mejorar o evitar que empeore esta situación, adaptándola siempre a la situación deglutoria del paciente. Por ejemplo, en pacientes con disfagia a sólidos, será necesario realizar una dieta triturada, pasar de una manzana en rodajas a un puré de manzana. Con frecuencia, la disfagia es a líquidos, por lo

que deberemos espesar el agua bien con medidas caseras: gelatina, maicenas, papillas, etc, o bien con productos artificiales, como los espesantes, que deben añadirse en pequeñas cantidades y esperar 10 minutos hasta conseguir la textura deseada. Además, hay que tener en cuenta que estos aportan calorías y reducen la aspiración, promoviendo un estado nutricional adecuado.^{33, 34}

En este grupo de pacientes se ha desarrollado el concepto de Alimentación Básica Adaptada (ABA), la cual consiste en alimentos de textura modificada para pacientes con disfagia, de alta densidad calórica, hiperproteicos y listos para su consumo. Entre sus ventajas destaca su seguridad en cuanto a la ausencia de espinas, huesos u otros residuos peligrosos, garantizando un aporte de macro y micronutrientes suficiente, además de no precisar de elaboración.³⁴

Según la revisión de Asmaa Abdelhamid, se vio que la ingesta de alimentos triturados o en puré y de líquidos espesados, en comparación con la dieta estándar, aportaban más energía y un mayor aumento del peso corporal. Sin embargo, en este artículo, no se ha estudiado nada en relación con la incidencia de neumonía por aspiración o muerte.³⁵

Oponiéndose a esto, según Virginia Pintor et al, en su artículo sobre la modificación de la textura de alimentos y líquidos en la demencia, los pacientes con TMF, tendían a un menor aporte energético, una ingesta de proteínas inferior, y no lograban la cantidad de líquidos necesarios, aun espesando las comidas. A pesar de ello, mantenían su peso.³³

También se evaluó el uso de alimentos liofilizados, sin encontrar diferencias en la conducta alimentaria, en el MNA, la cognición o la muerte, pero sí mejoraban el peso y la albúmina sérica.³⁵

En cuanto a las texturas que podemos alcanzar en pacientes con dificultad para tragar líquidos, según el artículo sobre enfermedades neurodegenerativas de Daniel A. de Luis et al, algunas de estas serían:

- Textura néctar, aquella en la que los líquidos pueden beberse en una taza o con ayuda de una pajita.
- Textura miel, donde los líquidos se pueden beber en una taza pero sin pajita.
- Textura pudding, en la que los líquidos deben tomarse con una cuchara.³⁴

Por otro lado, la TMF es utilizada ampliamente tanto en los sujetos con demencia que viven en su domicilio, como aquellos que están en centros de atención residencial, en los cuales, la prevalencia de TMF varió entre 8-67%.³³

Además, para las personas con demencia grave, había cierta evidencia de que los alimentos líquidos o semi-líquidos mejoraban el peso en un periodo de tiempo de 3 meses.³⁵

No obstante, existen situaciones o patologías como son el riesgo de asfixia, la negativa a comer, los déficits cognitivos, la enfermedad esofágica o una dentadura inadecuada, en las que la TMF estaría indicada. Igualmente, la TMF se asoció con una mayor incidencia de ingreso hospitalario y de muerte durante el año que duró el estudio.³³

4.2.2. Dieta

Danielle Rodrigues et al, manifiestan las controversias existentes en cuanto a la capacidad de la dieta para prevenir la transición de la fragilidad cognitiva en demencia, ya que hay una asociación entre los hábitos alimentarios y el desarrollo de EA.³⁶

No hay que olvidar, que los requerimientos energéticos y nutricionales de estos pacientes son los mismos que en las personas que no padecen esta enfermedad, a no ser que tengan alguna complicación. No obstante, puede ser necesario un aporte de energía y proteínas adicional.³⁴

Muchos estudios han indicado que los cambios en la dieta, en particular la adopción de un modelo nutricional basado en la dieta mediterránea, podría ayudar a proteger contra la demencia, mejorar el estado nutricional y conducir a una mejora de la calidad del sueño en los adultos mayores.³⁷

Esta dieta consiste en la ingesta de altos niveles de antioxidantes a partir de verduras, frutas, legumbres, patatas, cereales integrales, frutos secos, en combinación con un consumo moderado de pescado, un consumo bajo-moderado de productos lácteos, y un bajo consumo de carne roja, aves de corral y alcohol. En ella, el aceite de oliva es la principal fuente de grasa monoinsaturada.^{37, 38} Además, se recomienda que esta sea baja en grasas saturadas, ya que una dieta rica en ácidos grasos saturados aumenta el riesgo

de EA, según Marco Canevell et al.³⁸ Varios estudios han indicado que una mayor ingesta de verduras, está asociado con un menor riesgo de demencia y un ritmo más lento de deterioro cognitivo en personas de edad avanzada.³⁷

La dieta mediterránea se asoció con un deterioro cognitivo más lento, menor riesgo de EA, disminución de la mortalidad y del desarrollo de fragilidad en dichos pacientes, menor riesgo de deterioro cognitivo y una mejora en el IMC, según Elena Gómez et al.³⁷

En relación a las recomendaciones dietéticas al inicio de la enfermedad, las ingestas debieran de realizarse en pequeñas cantidades y de forma fraccionada, unas 5 o 6 tomas. Importante que tengan un alto contenido calórico, aportando un aporte suficiente de todos los nutrientes, con un horario fijo, en un ambiente tranquilo y sin distracciones.³⁴

Otras intervenciones, como el uso de vajillas de colores con fuertes contrastes, comedores pequeños para hacerlos más acogedores, disponer de asistencia para comer, introducir algún elemento como puede ser un acuario o poner música, se ha demostrado que mejoran la conducta alimentaria. También puede ser útil, el cambio a un servicio de comidas flexible, permitir el “picoteo”, proporcionar más alimentos, especialmente entre comidas, disponer del material para TMF, y por último, y no menos importante, adaptar los menús a las necesidades y preferencias de cada paciente, para una atención individualizada.^{21, 39, 40}

No hay que olvidarse de la ingesta de líquidos, la cual según el artículo transversal prospectivo sobre la asociación de la desnutrición con la demencia y la gravedad geriátrica, una ingesta inferior a 1,100 ml se asoció con riesgo de desnutrición.⁴¹

Por otra parte, todo tipo de dietas que restringen la selección de alimentos, como las bajas en sal, azúcar o colesterol, pueden reducir la ingesta alimentaria y el disfrute de comer. Por esto, deben evitarse en la medida de lo posible.²¹

También se han estudiado la eficacia de otros tipos de dietas como la dieta cetogénica (KD). El artículo de Dariusz Wlodarek: La dieta cetogénica en enfermedades neurodegenerativas, sugiere que esta puede tener efectos positivos a largo plazo para la demencia ya que protege al hipocampo de cambios neurodegenerativos. Sin embargo, puede producir a su vez, efectos

secundarios como náuseas, vómitos, estreñimiento, hipoglucemias, menor apetito, etc.⁴²

Otras dietas consideradas, tales como la dieta nórdica, se consideraron como una medida preventiva contra el deterioro cognitivo. Esta dieta se basa en productos alimenticios locales de los países escandinavos, y se caracteriza por una variedad de bayas y un aumento de polifenoles y antioxidantes. Además, se basa en la ingesta de centeno, avena y cebada, siendo la colza la fuente de ácidos grasos insaturados.³⁴

Por último, en Asia está extendida un tipo de dieta caracterizada por un alto consumo de frutas, frutos secos, semillas, té, verduras, leche y pescado, la cual se asoció inversamente con la prevalencia de fragilidad.³⁴

4.2.3. Suplementos nutricionales y suplementos nutricionales orales

En cualquiera de las dietas mencionadas, las frutas y verduras juegan un papel clave en la prevención y progresión del deterioro cognitivo. Esto puede ser debido a sus propiedades, ya que son ricas en vitaminas, minerales y antioxidantes.

Uno de los factores más importantes a considerar en el desarrollo del deterioro cognitivo, es el estrés oxidativo. Por ello, el aumento de antioxidantes en la dieta podría ser una de las estrategias terapéuticas en estos pacientes.³⁷

En primer lugar, la vitamina C expresa la actividad antioxidante de los alimentos derivados de plantas. Además, está implicada en muchas otras funciones importantes, como la producción de colágeno, la absorción de hierro y la estimulación del sistema inmune. La evidencia ha demostrado la función protectora del ácido ascórbico en las enfermedades neurodegenerativas.²⁹

Igualmente, la vitamina A, tiene una potente actividad antioxidante y, en particular, proporciona protección a los tejidos ricos en lípidos, tales como las neuronas.³⁷

La vitamina E, es un neuroprotector contra el estrés oxidativo y, a altas dosis, puede inhibir o retardar la progresión de la EA.³⁷

En la revisión de Mustafa Karnal et al, casi el 50% de todas las personas de edad avanzada, aparentemente sanos, tiene niveles altos de homocisteína. La suplementación con vitaminas del complejo B pueden disminuir estos valores,

quedando demostrado que los bajos niveles de homocisteína y un suministro adecuado de vitaminas B6, B9 y B12, están asociados con un menor riesgo de desarrollar Alzheimer. Es bien sabido, que la prevalencia del déficit de vitamina B12 aumenta con la edad, existiendo una correlación posible entre la deficiencia de esta vitamina con la disminución de la función cognitiva.^{43, 44}

Por lo tanto, los niveles altos de homocisteína representan un factor de riesgo que puede predecir la aparición de EA y se asocia con una cognición más pobre.³⁷

La vitamina D, tiene un poder antiinflamatorio y protector de los vasos sanguíneos y células nerviosas, que contrarrestan el desarrollo de la demencia. Una deficiencia de esta vitamina está asociada con la fragilidad en los mayores, contribuyendo a una disminución de la fuerza muscular, un empeoramiento de la salud ósea y el desarrollo de demencia, al igual que puede ser causa de EA.^{37, 43}

Los ácidos grasos Omega 3, son insaturados y juegan un papel importante en varios aspectos de la función cerebral, como la memoria, la función cognitiva, la transmisión sináptica y la plasticidad neuronal y antioxidante. Algunos estudios han reconocido que la suplementación con Omega 3 en pacientes de edad avanzada puede reducir la incidencia de EA.³⁷

Por otro lado, el uso de suplementos nutricionales orales (ONS) en personas con demencia leve o moderada mejoró, a corto plazo, uno o más marcadores del estado nutricional, ya que contienen los micro y macronutrientes necesarios. Estas mejorías se plasmaron ligeramente en el peso, en el IMC, en el MNA y en la ingesta de energía. Asimismo, queda expuesto que la utilización de esos suplementos en pacientes con demencia y en situación de desnutrición, puede aumentar el peso corporal y la masa magra, pero no existen datos en la literatura que demuestren una reducción de la morbimortalidad. También, se ha demostrado que el consumo de ONS aumenta si estos se sirven en un vaso en lugar de tomarlo con una pajita insertada directamente en el recipiente.^{34, 40}

No es una práctica comúnmente utilizada en la comunidad, ya que en la mayoría de los estudios tenían un porcentaje muy bajo, siendo mayor en residencias de ancianos debido a que allí tienen mayor accesibilidad para obtenerlos, según Maurits F. J. Vandewoude.⁴⁵ En esta misma revisión, menos de la mitad de las

personas desnutridas que residían en centros sociosanitarios tomaban ONS. Esto sugiere que incluso cuando se reconoce un estado nutricional bajo, no necesariamente se traduce en la intervención con nutrición médica.³⁴

Sin embargo, estudios sobre los ONS exponen que estos no ofrecen intervenciones individualizadas, ya que no se centran en las necesidades y preferencias de los pacientes. Además, los efectos que producían estos suplementos eran demasiado pequeños para ser clínicamente útiles porque muchos de ellos, se desconoce si se mantuvieron en el tiempo.³⁴

4.2.4. Nutrición enteral

Para terminar, tenemos la opción de usar el soporte nutricional enteral (NE) como último recurso para hacer frente a la desnutrición, debido a las complicaciones que conlleva. Según la ESPEN, la NE debe limitarse a pacientes en estadios tempranos de demencia que sufren de disfagia, y en los casos donde la desnutrición sea irreversible.⁴⁶

La NE se puede administrar a través de SNG, indicada cuando el paciente no puede recibir alimentación oral por un periodo de al menos 7 días, y 5 si estamos frente a un paciente desnutrido. O bien, si esta se prolonga más de 1 mes, se aconseja usar la PEG.³⁷ Esta última se asocia con una supervivencia más larga, según el artículo sobre caquexia y demencia avanzada.⁴⁷

Sin embargo, según las recomendaciones de la ESPEN, en personas con disfagia es preferible el uso de una PEG a la SNG para el soporte nutricional a largo plazo, ya que se asocia a menos fallos de tratamiento y a un mejor estado nutricional. No obstante, no es beneficioso usar una PEG en la demencia avanzada ni en situaciones terminales.⁴³

Con respecto a la vía de acceso para el soporte nutricional, las guías de la Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE), recomiendan una indicación individualizada y restrictiva de la PEG en pacientes con demencia.³⁷

Según Cecilia Minaglia et al, este tipo de alimentación mejora el estado nutricional y prolonga la supervivencia, además de ser adecuada para mantener la integridad de la piel y puede evitar complicaciones como neumonías por aspiración o infecciones.⁴⁷

A pesar de esto, no se demostró que el inicio precoz de este tipo de soporte nutricional conlleve ventajas en relación a la mortalidad y otras complicaciones,

ni tampoco se observaron beneficios sobre la esperanza de vida o el desarrollo de úlceras por decúbito.^{34, 47}

4.3. Comorbilidades y complicaciones

Debido a la complejidad y patologías de los pacientes de edad avanzada, se ha estudiado ampliamente el impacto que tiene la desnutrición en el paciente adulto mayor, viéndose aumentadas, de forma significativa, la morbimortalidad y el tiempo de estancia hospitalaria de estos pacientes, y a su vez, el gasto hospitalario. Además, existe un gran porcentaje de estos pacientes que presentan pluripatologías y polifarmacia (encontrándose una media de 5 fármacos en muchos artículos).^{32, 51, 48-54}

Se ha demostrado que la demencia es una de las enfermedades más concomitantes. Esto no solo implica un aumento del riesgo de padecer desnutrición, sino también de presentar otras enfermedades. Asimismo, la demencia es una enfermedad que conduce a la dependencia, en mayor o menor medida, al dificultar la realización de las ABVD, existiendo una relación significativa entre el nivel de dependencia y el estado nutricional. Este hecho supone, en muchos casos, la necesidad de institucionalización.^{29, 41} Para combatirlo, puede ser útil dejarles comer con los dedos, fomentando la independencia al comer.²¹

Por otro lado, según el estudio epidemiológico observacional descriptivo de corte transversal, Predicción del estado nutricional a través de la calidad de vida y el patrón del sueño en adultos mayores con deterioro cognitivo, existe una relación indirecta entre el estado nutricional y la calidad de vida. La explicación de esta asociación radica en la progresión de la enfermedad, cuyas funciones ejecutivas se ven afectadas, produciendo disfagia, trastornos del sueño y agitación, lo que lleva a una alteración en la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, se ha demostrado que un mejor estado nutricional se correlaciona con una mayor calidad de vida.⁵⁵

También se asoció la desnutrición con trastornos del sueño. Se indica que un patrón de sueño más ajustado implica un mejor estado nutricional de los pacientes.⁵⁵

4.3.1. Disfagia

La disfagia es considerada causante de desnutrición ya que produce un descenso de la masa magra, inmunodepresión y alteraciones en la cicatrización. Este hecho hace que puedan aumentar el número de infecciones y disminuir la funcionalidad del paciente. A esto se une, que es un factor de riesgo para sufrir neumonías por aspiración con su consecuente mortalidad.³⁴

4.3.2. Úlceras por presión

Con respecto a las úlceras por presión (UPP), encontramos que los pacientes con demencia las presentan en mayor porcentaje comparado con los sujetos sin ella. Además, la posibilidad de presentar UPP aumenta con el progreso o severidad de la enfermedad. Esto puede deberse a la mayor dificultad que presentan dichos pacientes en relación con su capacidad para los traslados y la deambulación.⁴⁸ Las UPP se han estudiado como un factor de riesgo que incrementan la tasa de mortalidad en pacientes de edad avanzada hospitalizados, por lo que se debe tener en cuenta como un punto clave en la valoración del paciente, así como un aspecto para resaltar del cuidado ambulatorio de estos pacientes.⁴⁸

4.3.3. Fragilidad y sarcopenia

Además, entre los cambios que conlleva el envejecimiento cabe destacar la fragilidad. Igualmente, un estado nutricional inadecuado predispone su desarrollo. De hecho, la desnutrición es una posible causa de fragilidad. Esta última, se asocia con la presencia de sarcopenia, y su correspondiente pérdida de masa muscular, resistencia y disminución del rendimiento muscular en adultos mayores. Asimismo, esta conlleva tasas altas de hospitalización, discapacidad y mortalidad en este grupo de personas, intensificándose en aquellas con deterioro cognitivo.³⁷

Además, esta situación potencia la pérdida de independencia, ya que se ha visto que los residentes con demencia tenían mayor riesgo de sufrir un nivel de

dependencia total. Según los resultados obtenidos, existe una relación significativa entre el nivel de dependencia y el estado nutricional. A mayor dependencia, mayor riesgo de deterioro nutricional. Esto mismo ocurre con el IMC, pero de forma inversa. A menor IMC, más riesgo de sufrir dependencia total.^{28, 33, 40, 46, 50}

Es necesario hablar respecto a la importancia de una buena salud bucal en personas mayores con demencia. El progreso de esta enfermedad conlleva una menor tolerancia a las prótesis dentales, mayor riesgo de aspiración, disminución de la calidad y cantidad de saliva, disminución del control de la musculatura oral, y dolor dental, el cual debe ser evaluado de forma individual, pudiendo interferir en el estado nutricional.⁵⁶

4.4. Entorno de los cuidados nutricionales

Es una realidad que los adultos mayores con demencia son un grupo con especial vulnerabilidad a la desnutrición. Sin embargo, varía en función del lugar de residencia, bien sea su vivienda particular o algún centro residencial, teniendo más riesgo en estas últimas.^{39, 57}

En los centros sociosanitarios, los residentes presentan más comorbilidades, favoreciendo el deterioro nutricional. También, se dan más casos de neumonías por aspiración y el nivel de dependencia se ve más comprometido. Todo esto es menos evidente en personas que están en su domicilio.⁴³

Asimismo, algunas intervenciones anteriormente mencionadas, como son la mejora del sabor, proporcionar alimentos entre horas, comer con música de fondo, mejorar el mobiliario y conseguir un ambiente tranquilo e iluminado, es más fácil de cambiar en un entorno residencial que en uno particular.⁴⁰ A pesar de todo, las personas institucionalizadas presentan mayor riesgo de estar desnutridas en comparación con aquellas que viven en casa.^{39, 40}

Por otro lado, poco se ha estudiado con respecto a las intervenciones para las personas con demencia que viven en sus propios hogares. Bien es cierto que el

apoyo a las necesidades nutricionales de estas personas, debe ser un componente importante en la prestación de una atención primaria integral.⁵⁷

Además, el papel del cuidador, que en muchos casos es un familiar, tiene mucha importancia a la hora de conseguir una mayor efectividad de las mismas, ya que algunos artículos reflejan que un estado nutricional inadecuado de los cuidadores conlleva mayor riesgo de desnutrición para quienes están bajo su cuidado.⁵⁷ Todo esto, junto con la falta de preparación de los mismos puede conllevar un deterioro nutricional.^{44, 57}

5- DISCUSIÓN

Dicha revisión bibliográfica nos muestra lo importante que es realizar una evaluación nutricional completa de los pacientes con demencia, realizando pruebas de cribado validadas para la detección de la desnutrición. Las intervenciones enfermeras más destacadas, son las orientadas a la adaptación de la dieta, bien sea modificando la textura de los alimentos o suplementándola con ONS o administrando NE.

Para evaluar el estado nutricional en pacientes de edad avanzada con demencia, el MNA se ha consolidado como uno de los instrumentos más utilizados para el cribado nutricional. Esta herramienta forma parte de un programa de evaluación nutricional para identificar precozmente el riesgo de padecer desnutrición.^{7, 21, 28, 58}

Nestlé Nutrition respalda la efectividad de este instrumento de detección y evaluación para ayudar a identificar a personas de edad avanzada desnutridas o en riesgo de desnutrición. Dentro de las ventajas, Nestlé Nutrition destaca que el MNA es fácil de usar, ya que se tarda menos de cuatro minutos en completarlo, pudiendo utilizarse tanto en pacientes ambulatorios como en aquellos que se encuentran institucionalizados. Además, está recomendada por organizaciones nacionales e internacionales y permite la valoración del riesgo sin necesidad de realizar otras pruebas complementarias.^{4, 58}

A pesar de las diferencias encontradas con su versión más corta, se ha propuesto el uso del MNA-SF, ya que tiene una alta correlación con la puntuación total del MNA. Esta también presenta una alta sensibilidad y especificidad con una gran precisión diagnóstica para predecir desnutrición en estos pacientes.⁵⁸

Existe una falta de eficacia en etapas avanzadas, y la imposibilidad de realización en determinadas situaciones. Por ello, para los casos donde no se pudiera realizar el MNA, cabe destacar otros instrumentos de cribado nutricional como el CONUT, el cual parece ser útil en la valoración de la desnutrición hospitalaria en pacientes cuyos parámetros no se ven afectados significativamente por la gravedad de la enfermedad o por procedimientos terapéuticos muy agresivos. También está el Instrumento Universal para el Cribado de la Malnutrición (MUST). Se comprobó que era un instrumento sencillo, rápido, reproducible y con coherencia interna para

clasificar a los pacientes respecto a su riesgo de desnutrición. Además puede emplearse aunque no se conozcan la estatura ni el peso.^{7, 60}

El IMC podría ser un buen indicador de desnutrición a mediano o largo plazo en la población general, pero no parece ser tan indicativo en un entorno hospitalario.⁶⁰

Sin embargo, con respecto a la frecuencia de pesaje, se recomienda que para las personas mayores con un estado nutricional normal, habría que reevaluar el MNA después de un acontecimiento o enfermedad aguda, una vez al año en ancianos que viven en su propia vivienda y cada 3 meses en pacientes hospitalizados con riesgo de desnutrición sin pérdida de peso. Si presentan desnutrición, con pérdida de peso, esta evaluación sería más temprana y exhaustiva¹⁵.

Si el cribado se realiza a través del MUST, en primer lugar, se deberán hacer controles regulares a todos los pacientes en riesgo de desnutrición para garantizar que su plan de cuidados sigue cubriendo sus necesidades. Si el riesgo es bajo y están hospitalizados, habría que repetir el cribado cada semana. En cambio, si están en residencias, una vez al mes, y si están en su domicilio, una vez al año. Si el riesgo es intermedio, habría que repetir el cribado todas las semanas si están ingresados en un hospital. Si están en residencias, como mínimo todos los meses, y por último, en la comunidad, se repetiría como mínimo cada 2-3 meses. Finalmente, si el riesgo es alto y están hospitalizados se realizará todas las semanas, y si están en residencias o en sus domicilios, todos los meses.^{58, 59}

No obstante, en las etapas severas de la enfermedad, esta evaluación podría crear una presión innecesaria a los cuidadores, resultándoles más perjudicial que beneficioso.²¹

Una vez detectadas aquellas personas con desnutrición o en riesgo, las opciones de tratamiento más generalizadas son la modificación de la textura de los alimentos y líquidos (TMF). Para ello, se cortan, pican, machacan o trituran los alimentos.^{33, 51}

Pero no todos los pacientes precisan de una única textura, siendo frecuente la adición de gelatinas o espesantes comerciales con el fin de adaptar la dieta a las necesidades. Pero esta atención individualizada, no siempre es posible en muchos centros asistenciales por falta de recursos humanos especializados.⁶¹

Además, la dieta túrmix supone una importante pérdida de las cualidades organolépticas de la alimentación, por lo que suele asociarse a una ingesta subóptima, pudiendo aumentar el riesgo de desnutrición en personas con dificultades de masticación o deglución.^{35, 61} También, es conocido que estas dietas presentan una suficiencia nutricional variable, llegando a ser poco apetitosas si no se preparan con imaginación.⁶¹

No obstante, la aparición de numerosos productos comerciales deshidratados o listos para su consumo, con una amplia variedad nutricional, en función de la gama y receta de que se trate, suponen un importante avance en la normalización del valor nutricional y en la garantía de la alimentación de personas con disfagia. Además, se ha demostrado que la utilización de alimentos cuya textura se ha modificado y aquellos listos para su uso, producen un aumento de la ingesta de los pacientes, reflejándose en una mejoría de los parámetros bioquímicos, antropométricos y también de la calidad de vida.⁶¹

Por lo tanto, la dieta tiene un papel relevante para prevenir o retrasar la aparición de desnutrición en la demencia. Dentro de esta, el modelo recomendado por excelencia es la dieta mediterránea, la cual es un pilar fundamental para mantener una salud y una nutrición adecuada, y se asoció con un deterioro cognitivo más lento porque actúa como factor protector frente a enfermedades como la demencia.^{34, 37} La dieta mediterránea asegura un aporte suficiente de gran variedad de micronutrientes esenciales, vitaminas y minerales, fibra y otras sustancias presentes en los vegetales, mejorando el estado nutricional. Hasta la fecha la evidencia más fuerte y consistente se basa en los beneficios potenciales de adherirse a la dieta mediterránea.⁶²

Asimismo, al valorar los efectos positivos de la dieta mediterránea no debemos olvidar el papel que desempeñan otros factores no dietéticos relacionados con la cultura de las regiones mediterráneas, como pueden ser una vida más tranquila, menos estrés, o la siesta, respecto a la baja incidencia de enfermedades crónicas.⁶²

Todo lo anteriormente mencionado es atribuible a cualquier etapa de la enfermedad. Sin embargo, en la demencia avanzada, donde el paciente suele presentar dificultad

de masticación, disfagia, anorexia o rechazo de la alimentación, dificultando una correcta nutrición e hidratación, se siguen medidas dietéticas que producen satisfacción y aquellas que son gratificantes para el paciente, independientemente de su función nutritiva, ya que en esta etapa es más prioritario el confort del paciente.^{62, 63}

Junto con los cambios en la dieta, anteriormente mencionados, hay que asegurarse un buen aporte de antioxidantes en la misma. Alimentos ricos en vitamina A C y E pueden contribuir a evitar el estrés oxidativo. También, incrementar el consumo de vitaminas del complejo B y de vitamina D, es beneficioso ya que ralentizan el deterioro cognitivo.^{36, 37, 44, 62}

Por otro lado, cuando la dieta por sí sola no es suficiente, habría que valorar incluir suplementos nutricionales para cubrir las necesidades nutricionales diarias. Los ONS, son ampliamente usados por los adultos mayores que padecen, o que están a riesgo de padecer desnutrición. En ellos, el uso de estos suplementos, está asociado a una ganancia de peso significativa, del IMC y a la reducción en la mortalidad de estos pacientes. Los suplementos nutricionales orales aportan entre 125 y 680 Kcal por día, y se ofrecen por lo general, entre comidas, principalmente por las mañanas, para aumentar la adherencia y reducir la sustitución de estos por la dieta normal. Además, estos suplementos fueron por lo general, bien tolerados.⁷

La preocupación principal asociada con su uso, es sobre la disposición y la habilidad que tengan las personas mayores para consumirlos, el potencial para presentar efectos adversos gastrointestinales y el riesgo de que las calorías adicionales de los suplementos sean compensadas con una reducción en la dieta habitual. No obstante, estos no pueden utilizarse como única fuente nutricional a largo plazo.⁷

Tampoco hay evidencias suficientes para juzgar el impacto del uso de ONS en relación a la mortalidad en estos pacientes. Además, en algunos artículos, el deterioro cognitivo fue más marcado en el grupo de intervención con suplementos, sin observarse beneficios en las AVD.⁷

Como último recurso para hacer frente a la desnutrición, nos quedaría la administración de NE. Como se ha mencionado en el apartado anterior, y según la ESPEN, su uso es conveniente en demencia leve y con disfagia y cuando la

desnutrición sea irreversible. Igualmente, no es beneficioso usarla en demencia avanzada ni en situaciones terminales.^{34, 46, 47}

Para periodos de tiempo más cortos se aconseja el uso de SNG, mientras que la PEG, es aconsejable para situaciones de más duración, asociándose con menos fallos en el tratamiento. Sin embargo, la alimentación por sonda en la demencia es controvertida debido a la carga ética que conlleva su uso.⁶⁴

En cada caso de paciente con demencia será necesario analizar las complicaciones versus el beneficio que supone colocar una SNG, o bien una PEG a un paciente para alimentarlo. A parte, se sugiere que esta no confiere ningún beneficio al estado nutricional, a la reducción de las UPP y al riesgo de mortalidad.^{7, 65}

Con respecto a la demencia avanzada, la evidencia científica no apoya el uso de NE por sonda, ya que no se ha demostrado que disminuya el número de neumonías por broncoaspiración ni que mejore el estado nutricional. Aunque se proponga o se solicite, la nutrición enteral por sonda pocas veces es un procedimiento adecuado en pacientes con demencia avanzada.⁶⁵ No hay que olvidar que en esta etapa, más que alargar la supervivencia, lo que realmente importa es asegurar el bienestar y la calidad de vida del paciente.⁶³

Además, en esta etapa, la NE se asocia con un aumento en la incontinencia fecal y urinaria, favoreciendo la aparición de UPP, malestar e intentos de quitarse la sonda, lo que puede llevar a la necesidad de sujeción mecánica o farmacológica.⁷

Por último, destacar la relevancia que tiene la adecuada formación del personal, ya que a medida que progresa la demencia, la capacidad de recordar para comer, para reconocer los alimentos y comer de forma independiente disminuyen, por lo que es necesario aumentar el tiempo dedicado por el personal.⁶⁶

La educación del personal debe estar adaptada y centrada en las necesidades de cada paciente con respecto a los requisitos de alimentación y nutrición, además de conocer los trastornos comunes que suelen padecer los pacientes con demencia, como la presencia de dificultades para la deglución o la mala higiene o cuidado bucal, ya que una mala actuación puede provocarle dolor, inapetencia o consecuencias más graves como atragantamientos. Asimismo, puede ser útil el

refuerzo positivo al tiempo que ayuda a mantener una alimentación independiente y asegurar su dignidad.^{64, 66}

Si bien la educación del personal en relación con los mecanismos para promover la valoración nutricional, la ingesta en las personas que tienen demencia, la asistencia en las comidas y la modificación en el entorno del comedor, intuitivamente tiene sentido, no hay evidencia sólida respecto a la forma más efectiva de educación ni la efectividad que tiene esta sobre el estado nutricional de las personas mayores que sufren demencia.⁶⁴

Respecto a las limitaciones encontradas en este trabajo, están relacionadas con el sesgo de selección del idioma y el correspondiente a la accesibilidad a artículos de texto completo.

Para finalizar, en relación a futuras líneas de intervención, sería aconsejable profundizar más sobre la relación entre la TMF y el riesgo de aspiración y muerte. Además, debiera marcarse cuándo no se debiera de usar la TMF, ya que puede que por desconocimiento se use sin ser beneficiosa. Por otro lado, faltan estudios sobre cómo de beneficiosos son los ONS a largo plazo y si son igual de efectivos si se administran a intervalos, no de forma continua. Igualmente, resultaría interesante conocer si son igual de efectivos para pacientes ya desnutridos como para aquellos en riesgo de serlo. Por último, hay pocas investigaciones en la formación y educación nutricional a los cuidadores.

5.1. Conclusiones

- La herramienta más utilizada para el cribado nutricional en personas de edad avanzada con demencia, y así poder detectar la desnutrición o el de riesgo que tienen de presentarla, es el MNA, o bien el MNA-SF, el cual también tiene gran precisión diagnóstica. Sin embargo, para los casos donde estos no están indicados, existen otros instrumentos de cribado como el CONUT o el MUST.
- Dentro de las opciones para mejorar o evitar que empeore la desnutrición o el riesgo de presentarla se encuentra la TMF, asociada a una ganancia del peso. Por otro lado, la introducción de la dieta mediterránea, ayuda a mejorar

el estado nutricional y se relacionó con un deterioro cognitivo más lento. No obstante, cuando la dieta por sí sola no es suficiente, habría que valorar incluir ONS, pero no pueden utilizarse como única fuente a largo plazo. Y última opción, se encuentra la NE, bien a través de SNG o PEG. Esta debe limitarse a demencia leve con disfagia y cuando la desnutrición sea irreversible. Igualmente, no se debe usar en demencia avanzada ni en situaciones terminales.

- Debido al impacto de la desnutrición en el paciente geriátrico con demencia se ven aumentadas las comorbilidades, la morbimortalidad y el nivel de dependencia, siendo más evidente su deterioro en centros sociosanitarios.
- Para finalizar, destacar la relevancia de una adecuada formación del personal, la cual debe prestar una atención individualizada y así ayudar a mantener una alimentación lo más independiente posible, asegurando siempre su dignidad.

6- BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza A. Envejecimiento y demencia [monografía en Internet]. Ciudad Real: Enfermería Ciudad Real; 2017 [acceso 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/envejecimiento-y-demencia-604.htm>
2. Alzheimer's Association [Internet]. Chicago; [acceso 19 de diciembre de 2019]. Alzheimer y demencia [7]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia?lang=es-MX#Acerca%20de%20la%20demencia>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 Sep 19 [acceso 20 de diciembre de 2019]. Demencia [5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. Disponible en: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
5. Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [acceso 20 de diciembre de 2019]; 25(2): [57-62]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
6. Confederación Española de Alzheimer [Internet]. Pamplona (Navarra): CEA; 2009 [acceso 22 de diciembre de 2019]. El Alzheimer es la primera causa de demencia en los países desarrollados [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/el-alzheimer-es-la-primera-causa-de-demencia-en-los-paises-desarrollados>
7. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. Nutrition and dementia. A review of available research. [Internet]. Londres: Alzheimer's Disease International (ADI); 2014. [acceso 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-dementia-summary-esp.pdf>
8. Álvarez J. Ética y tratamiento nutricional en el paciente con demencia. Nutr Hosp. [Internet] 2009 mayo. [acceso 23 de marzo de 2020]; 2(2): [114-121]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=309226754011>

9. Familydoctor.org [Internet]. Leawood: American Academy of Family Physicians (AAFP); [actualizado 1 Abr 2020; acceso el 29 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://es.familydoctor.org/como-prevenir-la-desnutricion-en-adultos-de-edad-avanzada/?adfree=true>
10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [acceso 29 de diciembre de 2019]. Nutrición [1]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>
11. Unicef [Internet]. República Dominicana: Unicef; 2006 [acceso el 29 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
12. MedlinePlus [base de datos en Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 1998, [actualizada el 13 marzo de 2019; acceso 30 de diciembre de 2019]. Desnutrición [4]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000404.htm>
13. Gómez F. Desnutrición. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2003 Ene; 45 (4): 576-582. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036342003001000014
14. Mayo Clinic [Internet]. : Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER); c1998-2020 [actualizado 3 de marzo de 2020; acceso el 2 de enero de 2020]. Salud de las personas mayores: cómo prevenir y detectar la desnutrición; [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/caregivers/in-depth/senior-health>
15. García A, Álvarez J, Burgos R, Planas M. Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE); 2011 [acceso 2 de enero de 2020]. Disponible en: https://senpe.com/documentacion/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf
16. Abarquero I, de la Fuente MJ, Delgado AM, Fernández AC, Fontaneda AB, Redondo MJ, Sánchez M. Resumen de evidencias: Intervenciones enfermeras que previenen o mejoran la desnutrición del paciente adulto hospitalizado. [Internet]. Palencia: Complejo Asistencial Universitario de Palencia; 2015 [acceso

- 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2015.ficheros/1204826-Intervenciones%20enfermeras%20que%20previenen%20o%20mejoran%20la%20desnutrici%C3%B3n%20del%20paciente%20hospitalizado%202015.pdf>
17. Ruiz A. Recomendaciones nutricional para prevenir y tratar la desnutrición. Webconsultas Healthcare [Internet] 2019. [acceso 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/nutricion-y-enfermedad/recomendaciones-nutricionales-para-prevenir-y-tratar-la>
18. De Bento S. Importancia de la nutrición en el paciente con Alzheimer u otras demencias. [Internet]. Argentina. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría (SAGG); [acceso el 3 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/12/Importancia-de-la-nutricion-en-el-paciente-con-alzheimer-u-otras-demencias.pdf>
19. Piñera M, de Llama B, Jubete MT, Arrieta Blanco F. Detección de pacientes en riesgo de malnutrición en atención primaria. ¿Podemos mejorar? Aten Primaria. [Internet]. 2015 diciembre. [acceso 3 diciembre 2020]; 47(10): 675-676. DOI: [10.1016/j.aprim.2015.01.013](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.013)
20. Herke M, Fink A, Langer G, Wustmann T, Watzke S, Hanff AM, et al. Environmental and behavioural modifications for improving food and fluid intake in people with dementia. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018. [acceso 3 enero 2020]. DOI: [10.1002/14651858.CD011542.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011542.pub2).
21. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical Nutrition [Internet] 2015 diciembre [acceso 3 de enero de 2020], 34(6) [1052-1073]. Disponible en: http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2015/11/ESPEN_GL_Dementia_ClinNutr2015.pdf
22. NNNConsult. NANDA Internacional Nursing Diagnoses [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2015 [acceso 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
23. González V, Marín A, Mateos A, Sánchez R. Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias. 2ª ed. Madrid: Internacional Marketing & Communication; 2010. Disponible en:

<http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/quabuenapractica.pdf>

24. Martínez E. Revisión bibliográfica: el papel de la enfermería en la desnutrición hospitalaria. Asociación Sanitaria para el desarrollo del conocimiento (ASDEC). [Internet] 2019 diciembre. [acceso 25 de marzo de 2020]; 8 Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-8/revision-bibliografica-el-papel-de-la-enfermeria-en-la-desnutricion-hospitalaria/>
25. RedCaspe.org.CaSPE. Programa de Habilidades de Lectura Crítica Español [Internet]. Alicante: redcaspe.org; 2016 [acceso 12 febrero 2020]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>
26. Strobe-statement.org, Listas de verificación de STROBE [Internet]. Berna: strobe-statement.org; 2007 [acceso 15 de febrero de 2020]. Disponible en: https://strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf
27. Brouwers MC, Browman GP, Burguers JS, Cluzeau F, Davis D, Feder G, et al. INSTRUMENTO AGREE II. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. [Internet]. Canadá: The AGREE Research Trust; 2009 [acceso 21 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
28. Hsiao HT, Lee JJ, Chen HH, Wu MK, Huang CW, Ting Y, et al. Adequacy of nutrition and body weight in patients with early stage dementia: The cognition and aging study. Clinical Nutrition [Internet] 2019 octubre. [acceso 15 de enero de 2020]; 38(5): [2187-2194]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.ponton.uva.es/science/article/pii/S0261561418324555?via%3Dihub>
29. Penacho MA, Calleja A, Castro S, Tierra AM, Vidal A. Valoración del riesgo de malnutrición en pacientes institucionalizados en función del grado de dependencia. Nutr. Hosp. [Internet]. 2019 marzo-abril. [acceso 15 de enero de 2020]; 36(2). [296-302] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000200296&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Ivanski F, De Paula L, Luisa B, Sartori J, Nunes WCF, Silva JM. Nutritional evaluation of geriatric patients with alzheimer's disease in southern brazil: case-control study. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018. [acceso el 17 de enero 2020]; 35. [564-

569]. Disponible en:

<https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01626/show>

31. Sanders C, Behrens S, Schwart S, Wengrenn H, Corcoran CD, Lyketsos CG, et al. Nutritional Status Is Associated with Faster Cognitive Decline and Worse Functional Impairment in the Progression of Dementia: The Cache County Dementia Progression Study. *J. Alzheimers Dis.* [Internet] 2016 febrero. [acceso 17 de enero de 2020]; 27(52): [33-42]. DOI:10.3233/JAD-150528.
32. Rentero L. Evaluación del Estado Nutricional al Ingreso Hospitalario en Pacientes de Edad Avanzada [tesis doctoral]. Murcia: Programa de Doctorado de Facultad de Medicina, Universidad de Murcia; 2015 <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/44457/1/Lorena%20Rentero.pdf>
33. Painter V, Le Counter DG, Waite LM. Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities. *Clin Interv Aging* [Internet] 2017 abril. [acceso 18 de enero de 2020]; 12. [1193-1203]. DOI.org/10.2147/CIA.S140581
34. de Luis DA, Izaola O, de la Fuente B, Muñoz-Calero P, Franco-Lopez A. Enfermedades neurodegenerativas; aspectos nutricionales. *Nutr Hosp.* [Internet] 2015. [acceso 18 de enero de 2020]; 32(2): [946-951]. DOI:10.3305/nh.2015.32.2.9252
35. Abdelhamid A, Bunn D, Copley M, Cowap V, Dickinson A, Gray L, et al. Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* [Internet] 2016 enero. [acceso 18 de enero de 2020]; 16(26). DOI.org/10.1186/s12877-016-0196-3
36. Rodrigues D, Madalozzo ME, de Mello AP, Berkenbrock I, Cardoso J, Pereira EMC. Nutritional problems in older adults with Alzheimer's disease: Risk of malnutrition and sarcopenia. *Rev. Nutr.* [Internet] 2017 junio. [acceso 18 de enero de 2020]; 30(3): [273-285]. DOI.org/10.1590/1678-98652017000300001.
37. Gómez-Gómez ME, Zapico SC. Frailty, Cognitive Decline, Neurodegenerative Diseases and Nutrition Interventions. *Int. J. Mol. Sci.* [Internet] 2019. [acceso 19 de enero de 2020]; 20(11): [2824-2842]. DOI.org/10.3390/ijms20112842

38. Canevelli M, Lucchini F, Quarata F, Bruno G, Cesari M. Nutrition and Dementia: Evidence for Preventive Approaches. *Nutrients* [Internet] 2016 marzo. [acceso 19 de enero de 2020]; 8(3): [134-144]. Disponible en: [DOI: 10.3390/nu8030144](https://doi.org/10.3390/nu8030144)
39. Rentería N. Intervenciones de enfermería para reducir la desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia. *Ene.* [Internet] 2016 diciembre. [acceso 19 de enero de 2020]; 10 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000300010
40. Keller HH. Improving food intake in persons living with dementia. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* [Internet] 2016 enero. [acceso 19 de enero de 2020]; 1367(1): [3-11]. [DOI.org/10.1111/nyas.12997](https://doi.org/10.1111/nyas.12997)
41. Yildiz D , Büyükkoyuncu N , Kiliç AK , Tolgay EN , Tufan F. Malnutrition is associated with dementia severity and geriatric syndromes in patients with Alzheimer disease. *Turk. J. Med. Sci.* [Internet] 2015 febrero. [acceso 20 de enero 2020]; 45. [DOI:10.3906/sag-1406-76](https://doi.org/10.3906/sag-1406-76)
42. Wlodarek D. Role of Ketogenic Diets in Neurodegenerative Diseases (Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease). *Nutrients* [Internet] 2019 enero. [20 de enero de 2020]; 11(1): [158-169]. [DOI.org/10.3390/nu11010169](https://doi.org/10.3390/nu11010169)
43. Kiliç MK, Sümer F, Ülger Z. Nutritional issues in dementia patients. *Turk. J. Med. Sci.* [Internet] 2015 octubre. [acceso 20 de enero de 2020]; 45: [1020-1025]. [DOI:10.3906/sag-1406-117](https://doi.org/10.3906/sag-1406-117)
44. Koyama A, Hashimoto M, Tanaka H, Fujise N, Matsushita M, Miyagawa Y, et al. Malnutrition in Alzheimer's Disease, Dementia with Lewy Bodies, and Frontotemporal Lobar Degeneration: Comparison Using Serum Albumin, Total Protein, and Hemoglobin Level. *PLoS One.* [Internet] 2016 junio. [acceso 22 de enero de 2020]; 11(6). [DOI:10.1371/journal.pone.0157053](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157053)
45. Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, Luiking IC, Van Gossom A. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. *Aging Clin Exp Res.* [Internet] 2018 abril. [acceso 22 de enero de 2020]; 31: [175-183]. [DOI.org/10.1007/s40520-018-0957-2](https://doi.org/10.1007/s40520-018-0957-2)

46. Brooke J, Ojo O. Enteral Nutrition in Dementia: A systematic Review. *Nutrients* [Internet] 2015 abril. [acceso 20 de enero de 2020], 4(4): [2456-2468]. [DOI.org/10.3390/nu7042456](https://doi.org/10.3390/nu7042456)
47. Minaglia C, Giannotti C, Boccardi V, Mecocci P, Seratini G, Odetti P, et al. Cachexia and advanced dementia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* [Internet] 2019 febrero. [acceso 21 de enero de 2020]; 10(2): [263-277]. [DOI.org/10.1002/jcsm.12380](https://doi.org/10.1002/jcsm.12380)
48. Martínez-Velásquez D, Chavarro-Carvaja D, Garcia-Cifuentes E, Venegas-Sanabria L, Cano C. Caracterización de pacientes con demencia avanzada hospitalizados por el servicio de geriatría en un hospital de alta complejidad. *Acta Neurol Colomb* [Internet] 2019 marzo. [acceso 21 de enero de 2020]; 35(1): [15-21]. [DOI.org/10.22379/24224022228](https://doi.org/10.22379/24224022228)
49. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Carine C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in Nutrition* [Internet] 2016 mayo. [acceso 18 de enero de 2020]; 7(3). [507-522]. [DOI.org/10.3945/an.115.011254](https://doi.org/10.3945/an.115.011254)
50. Chavarro-Carvajal DA, Borda MG, Núñez N, Cortés D, Sánchez S, Ramírez N. Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores hospitalizados. *Acta Med Colomb* [Internet] 2018. [acceso 22 de enero de 2020]; 43(2): [69-73]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n2/0120-2448-amc-43-02-00069.pdf>
51. Carrillo E, Aragón S, García JF, Calvo B, Pajares M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Gerokomos* [Internet]. 2016. [acceso 22 de enero de 2020]; 27(4): [147-152]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n4/04_originales3.pdf
52. dos Santos TBN, Fonseca LC, Tedrus GMA, Bernardi JLD. Alzheimer's disease: nutritional status and cognitive aspects associated with disease severity. *Nutr Hosp* [Internet] 2018. [acceso 23 de enero de 2020]; 35(6): [1298-1304]. [DOI.org/10.20960/nh.2067](https://doi.org/10.20960/nh.2067)
53. Fernández-Viadero C, Peña N, Jiménez-Sanz M, Ordóñez-González J, Verduga R, Crespo D. Análisis longitudinal de parámetros nutricionales en una cohorte de ancianos con y sin demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. [Internet] 2016 marzo-

- abril. [acceso 23 de enero de 2020]; 51(2): [92-95].
[DOI.org/10.1016/j.regg.2015.08.001](https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.08.001)
54. Bazalar-Silva L, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Asociación entre el estado nutricional según índice de masa corporal y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú. *Acta Med Peru*. [Internet] 2019 enero-marzo. [acceso 24 de enero de 2020]; 36(1): [5-10]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100002&lng=es.
55. Lluesma M, Murgui S, Carmona JV. Predicción del estado nutricional a través de la calidad de vida y el patrón del sueño en ancianos con deterioro cognitivo. *Nutr Hosp*. [Internet] 2019. [acceso 24 de enero de 2020]; 36(2): [303-308].
[DOI.org/10.20960/nh.2361](https://doi.org/10.20960/nh.2361)
56. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. *Clin Oral Invest* [Internet] 2017. [acceso 24 de enero de 2020]; 21. [17–32]. [DOI.org/10.1007/s00784-016-1934-9](https://doi.org/10.1007/s00784-016-1934-9)
57. Heward M, Innes A, Cutler C, Hambidge S. Dementia-friendly communities: challenges and strategies for achieving stakeholder involvement. *Health Soc Care Community* [Internet] 2016 julio. [acceso 24 de enero de 2020]; 25. [858-867].
[DOI.org/10.1111/hsc.12371](https://doi.org/10.1111/hsc.12371)
58. Salvà A. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. [Internet] 2012. [acceso 25 de marzo de 2020]; 47(6): [245-246]. [DOI.org/10.1016/j.regg.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.10.001)
59. Comité Permanente de la British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Manual explicativo 'MUST'. Guía para el Instrumento Universal para el Cribado de la malnutrición (MUST) para adultos. Redditch, Worcs: Malnutrition Action Group (MAG); 2003. Disponible en:
<https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-exp-bk.pdf>
60. de Ulíbarri JI, González-Madroño A, de Villar NGP, González P, González B, Mancha A. et al. CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population. *Nutr. Hosp*. [Internet] 2005 enero-febrero. [acceso 25 de marzo de 2020]; 20(1): [38-45]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000100006

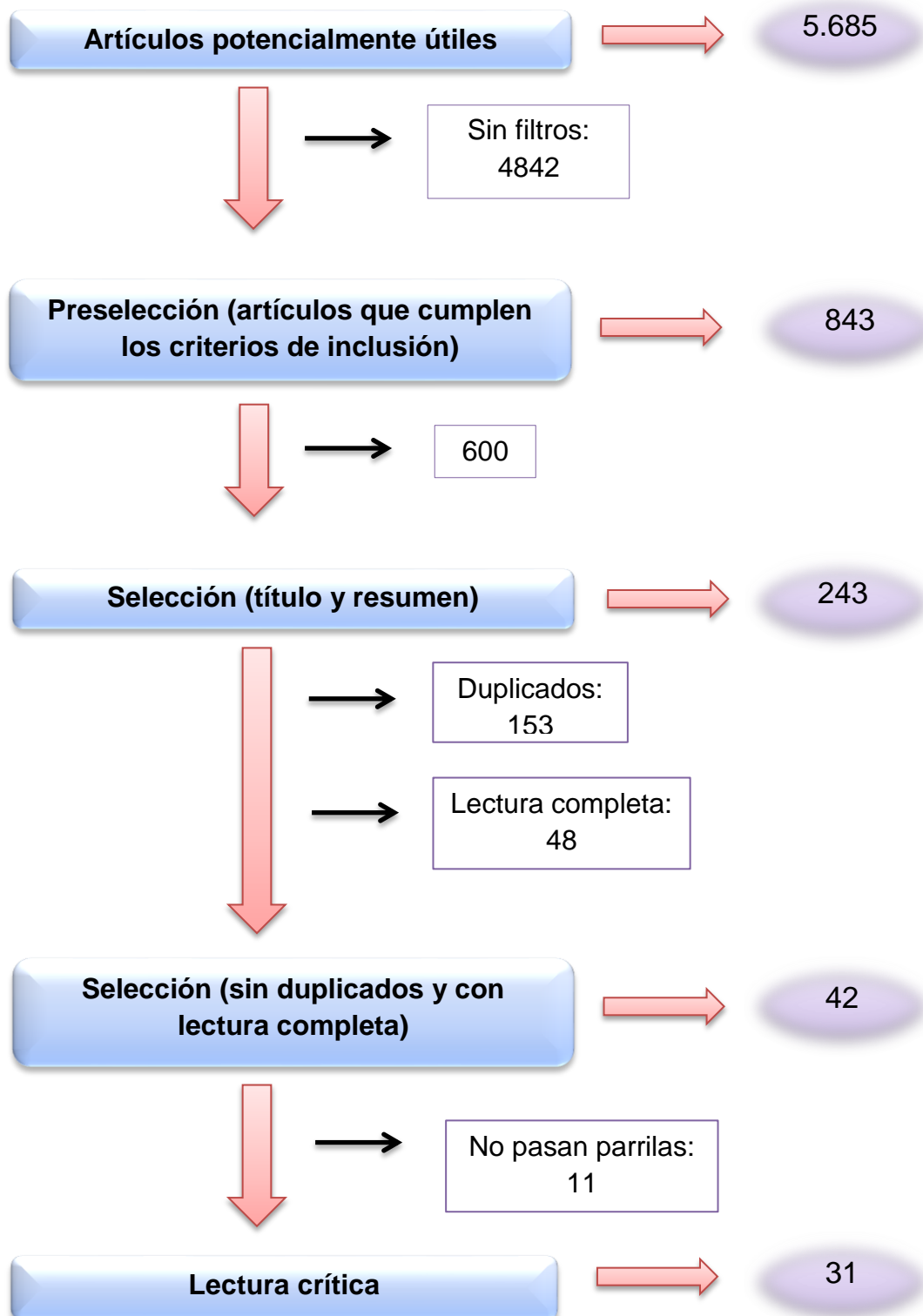
61. Irles JA, García-Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. *Nutri. Hosp.* [Internet] 2014. [acceso 26 de marzo de 2020]; 29(4): [873-879]. DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7285
62. Rodríguez-Palmero M. Efectos beneficiosos de la dieta mediterránea. *Offarm.* [Internet]. 2000 marzo. [acceso 27 de marzo de 2020]; 19(3): [104-109]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-15467>
63. Cantón A, Lozano FM, del Olmo MD, Virgili MN, Wanden-Berghe C, Avilés V, et al. Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. *Nutr Hosp* [Internet] 2019. [acceso 26 de diciembre de 2020]; 36(4): [988-995]. DOI.org/10.20960/nh.02723
64. The Joanna Briggs Institute (JBI). Intervenciones para reducir la desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia. *Best Practise: evidence based information sheets for health professionals.* [Internet] 2011. [acceso 23 de marzo de 2020]; 15(14). Disponible en: https://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2011_15_14_BestPrac.pdf
65. Murphy JL, Holmes J, Brooks C. Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics* [Internet] 2017. [acceso 23 de marzo de 2020]; 17(55). DOI 10.1186/s12877-017-0443-2

7- ANEXOS

7.1. ANEXO 1: Diferentes combinaciones de tesauros en las distintas bases de datos.

	PUBMED		SCIELO		DIALNET		MEDES		LILACS		CUIDEN		SCOPUS		WOS	
	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R
Malnutrition AND demencia	21	1638	8	21	8	29	0	0	5	23	1	2			3	76
Malnutrition AND demencia AND nursing care	9	226	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1			1	2
Nutritional status AND demencia	25	900	6	24	6	24	0	0	6	35	1	3			1	119
Nutritional status AND demencia AND nursing care	1	200	0	3	0	3	0	0	0	3	0	2			1	2
Desnutrición AND demencia	0	1	5	8	5	8	3	22	1	11	1	4	1	18	0	0
Desnutrición AND demencia AND atención de enfermería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0
Estado nutricional AND demencia	0	1	6	22	12	45	0	0	6	9	2	10	6	73	0	0
Estado nutricional AND demencia AND atención de enfermería	0	0	0	0	0	0	6	14	0	2	0	0	0	7	0	0

7.2. ANEXO 2: Flujograma



7.3. ANEXO 3: Resumen en tablas de los artículos utilizados en la revisión.

Nombre del artículo, autor	Alzheimer's disease: nutritional status and cognitive aspects associated with disease severity. 2018 - Tamires Barbosa Nascimento dos Santos, Lineu Correa Fonseca, Gloria Maria de Almeida Souza Tedrus and Julia Laura Delbue Bernardi.
Lectura crítica	STROBE= 17
Tipo de estudio	Estudio transversal prospectivo y observacional de casos y controles.
Población	43 adultos mayores de 65 años, diagnosticados de EA en el Hospital Universitario de Sao Paulo y 51 individuos sin antecedentes de deterioro cognitivo.
Métodos	Se les pasó un consentimiento informado, y se les realizó una evaluación neurológica y cognitiva, el MNA, y se recogieron los datos antropométricos y la actividad física.
Intervención	Se comparó el estado nutricional en las distintas etapas del EA, teniendo en cuenta los indicadores nutricionales en ambos grupos.
Resultados	Existen diferencias significativas del MNA, teniendo mayor riesgo de desnutrición los pacientes con EA, incrementándose con el progreso de la enfermedad por la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultad para tragar, y un mayor sedentarismo. Además, la demencia conlleva un deterioro de los indicadores nutricionales, de peso, del IMC y más masa magra.
Conclusión	Existe una relación entre el estado nutricional y los aspectos cognitivos. Además, la pérdida de peso puede considerarse un factor de riesgo para EA.

Nombre del artículo, autor	Adequacy of nutrition and body weight in patients with early stage dementia: the cognition and aging study. 2018 - Hua-Tsen Hsiao, Jun-Jun Lee, Hsiu-Hui Chen, Ming-Kung Wu, Chi-Wei Huang, Ya-Ting Chang, Chia-Yi Lien, Jing-Jy Wang, Hsin-I Chang, Chiung-Chih Chang.
Lectura crítica	STROBE= 17
Tipo de estudio	Estudio transversal descriptivo.
Población	345 sujetos; 144 varones y 201 mujeres, con diagnóstico de demencia, en distintas etapas de la enfermedad.
Métodos	Se realizó con la conformidad de la Declaración de Helsinki y aprobada por la Junta de Revisión Institucional de Chang Gung Memorial Hospital. Tras la detección de la demencia, se recogieron datos demográficos, presencia de comorbilidades y el IMC.
Intervención	Evaluar las asociaciones entre el estado nutricional, el IMC, la conducta alimentaria, la etapa de la demencia y los factores de riesgo (DM, Obesidad, HT) en pacientes con demencia.
Resultados	Los cambios en el apetito, los hábitos alimentarios, los problemas para tragar y las preferencias alimentarias, eran los que propiciaban cambios en el comportamiento alimenticio. Según el MNA-SF, el 29% presentaban un estado nutricional normal pero con el MNA, estos mismos fueron evaluados como en riesgo de desnutrición.
Conclusión	Niveles de IMC inferiores a 23,5 kg/m ² en hombres y a 22 kg/m ² en mujeres, están ligados a una mayor mortalidad. Además, cuanto mayor es la severidad de la demencia, mayores son los problemas de deglución y cambios de apetito, y como consecuencia mayor es la alteración del estado nutricional.

Nombre del artículo, autor	Nutritional evaluation of geriatric patients with Alzheimer's disease in southern Brazil: Case-control study. 2017 - Flávia Ivanski, Lizziane de Paula Nascimento, Bárbara Luísa Fermino, Juliana Sartori Bonini, Weber Cláudio Francisco Nunes da Silva, Juliana Maria Silva Valério, Roberta Fabbri, Anne Karine Bosetto and Elizama de Gregório.
Lectura crítica	STROBE= 18
Tipo de estudio	Estudio transversal de casos y controles.
Población	35 adultos mayores con Alzheimer y 45 adultos mayores como grupo control.
Métodos	Se les pasó un cuestionario a pacientes y cuidadores, se recogieron datos demográficos, comorbilidades médicas e indicadores clínicos como DM, HTA y colesterol. También se realizó el MNA, circunferencia de brazo, altura de la rodilla, y el pliegue subescapular. Para clasificar a los pacientes con EA, se utilizó la escala Clinical Dementia Rating (CDR), todo ello durante agosto de 2013 y junio de 2014.
Intervención	Evaluar y comparar el estado nutricional entre personas con EA y un grupo control.
Resultados	De acuerdo con la puntuación del MNA, la mayoría de los pacientes con EA, tenían riesgo de desnutrición o estaban desnutridos. La mayoría de personas mayores con EA presentaban desnutrición o riesgo de tenerla por la pérdida de apetito, dificultad al tragar y masticar, la indiferencia y la falta de conciencia sobre la importancia de la energía, en comparación con el grupo control, que tenían un estado de salud normal. La desnutrición era más frecuente en EA severa (50%)
Conclusión	La importancia de una evaluación nutricional temprana en EA es importante para poder llevar a cabo intervenciones capaces de prevenir o disminuir la vulnerabilidad, y proporcionar una mayor calidad de vida, demorando la progresión de la enfermedad.

Nombre del artículo, autor	Assessment of the risk of undernutrition in institutionalized patients under the degree of dependence.2018 - María de los Ángeles Penacho Lázaro, Alicia Calleja Fernández, Sandra Castro Penacho, Ana María Tierra Rodríguez y Alfonso Vidal Casariego.
Lectura crítica	STROBE= 18
Tipo de estudio	Estudio prospectivo observacional y descriptivo.
Población	164 usuarios de edad avanzada de la residencia sociosanitaria de la comarca del Bierzo
Métodos	A través de la residencia se obtienen los datos sobre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el nivel de dependencia, evaluada a través del IB, la presencia de pluripatología y demencia. Se utilizó la historia clínica y se hizo una valoración antropométrica siguiendo el protocolo de la SENPE, además del MNA y el IMC, entre enero y febrero de 2016.
Intervención	Valorar el riesgo de desnutrición en personas mayores que viven institucionalizadas y el grado de dependencia asociado a la demencia.
Resultados	Las mujeres presentaban un IMC inferior a los hombres. Por otro lado, la demencia era la enfermedad que más presentaban los residentes, suponiéndoles un mayor riesgo a padecer una dependencia total. Vieron que tanto el IMC como el nivel de dependencia, son factores que condicionan el estado nutricional.
Conclusión	El estado nutricional es un aspecto fundamental para los pacientes institucionalizados, ya que influye en su nivel de dependencia y por tanto, su calidad de vida, y debido a su mayor esperanza de vida, la desnutrición aparece más en mujeres.

Nombre del artículo, autor	Análisis longitudinal de parámetros nutricionales en una cohorte de ancianos con y sin demencia.2015 - Carlos Fernández-Viadero, Nicolás Peña Sarabia, Magdalena Jiménez-Sanz, Javier Ordóñez-González, Rosario Verduga Vélez y Dámaso Crespo Santiago
Lectura crítica	STROBE= 17
Tipo de estudio	Estudio longitudinal, observacional y prospectivo.
Población	301; 233 mujeres y 68 hombres, >70 años, institucionalizados, de los cuales 51 tenían criterios de demencia.
Métodos	Pasaron un programa de evaluación nutricional dentro de la propia residencia durante 24 meses. Además, se les pasó el índice de Barthel, el Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC), la escala de deterioro global de Reisberg (GDS), y el IMC, junto con los parámetros antropométricos y bioquímicos, que se recogieron cada 8 meses.
Intervención	Detectar cambios en los parámetros nutricionales y valorar la posible influencia del estado cognitivo, detectando cambios a lo largo de los 2 años.
Resultados	Los pacientes con demencia tienen niveles inferiores en todas las variables nutricionales analizadas. Sin embargo, tras los 2 años, no se vieron cambios significativos en los pacientes con demencia, salvo que los TG aparecen elevados. No obstante, si aparece un descenso en los ancianos sin deterioro cognitivo.
Conclusión	La disminución de peso es un signo de alarma en los ancianos, siendo grave cuando es del 10% y aparece en un periodo corto. Habitualmente las cifras de prevalencia de desnutrición son mayores con la escala de cribado MNA que mediante el IMC.

Nombre del artículo, autor	Characterization of patients with advanced dementia hospitalized in the geriatric unit in a high complexity hospital. 2019 - Daniel Andrés Martínez-Velásquez, Diego Andrés Chavarro-Carvajal, Elkin García-Cifuentes, Luis Carlos Venegas-Sanabria y Carlos Alberto Cano-Gutiérrez.
Lectura crítica	STROBE= 18
Tipo de estudio	Estudio observacional descriptivo de corte transversal, analítico y retrospectivo.
Población	1599 ancianos hospitalizados >75 años con demencia avanzada (DA) y demencia.
Métodos	Se realizó una búsqueda de las historias clínicas de los pacientes ancianos hospitalizados por el servicio de geriatría en el Hospital Universitario San Ignacio entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Se tuvo en cuenta el IB, el MNA, presencia de UPP, una red de apoyo, número de comorbilidades, TEH y la escala Confusion Assessment Method (CAM).
Intervención	Describir y analizar las características clínicas, funcionales, nutricionales y sociales de pacientes con DA, hospitalizados, y su relación con diferentes desenlaces hospitalarios y posibles factores pronósticos comparándolos con pacientes con demencia.
Resultados	Del total, 1091 tenían antecedentes de demencia y el 36% tenían DA. El 80% tenían desnutrición al ingreso, el 15% presentaban UPP, y tenían una media de 5 comorbilidades, el 64% tenían polifarmacia, tenían una media de 5 días de TEH, el 14% fueron reingresados, y el 17% tenían una mala red de apoyo. Todo ello aumenta la severidad de la enfermedad, pudiendo desencadenar en la muerte.
Conclusión	La desnutrición y la presencia de UPP, es significativamente mayor en pacientes con DA, debido en gran parte, al efecto que tiene la dependencia severa para ABVD en relación a la alimentación y la deambulacion. También produce un aumento de la morbimortalidad y el TEH.

Nombre del artículo, autor	Nutritional problems in older adults with Alzheimer's disease: Risk of malnutrition and sarcopenia. 2017 - Danielle Rodrigues Lecheta, María Eliana Madalozzo Schieferdecker, Ana Paula de Mello, Ivete Berkenbrock, John Cardoso Neto y Eliane Mara Cesario Pereira Maluf.
Lectura crítica	STROBE= 16
Tipo de estudio	Estudio transversal descriptivo.
Población	96 adultos de edad avanzada, >60 años, con diagnóstico de Alzheimer en la Unidad de Cuidado de la Salud para la Tercera Edad en una capital del sur de Brasil.
Métodos	Tras firmar el consentimiento informado los pacientes fueron evaluados desde noviembre de 2010 a julio de 2011. Después, se recogieron datos demográficos, sociales, culturales, la actividad física, el MNA, parámetros antropométricos, IMC, pruebas bioquímicas (colesterol, hemoglobina, linfocitos y albúmina), el CDR, el Índice de masa del músculo esquelético (SMMI), IK y el Índice de Lawton (IL).
Intervención	Entender los problemas nutricionales y detectar la presencia de sarcopenia en los adultos mayores con Alzheimer teniendo en cuenta que ninguno procedía de un centro sociosanitario.
Resultados	El 55% tenían riesgo de desnutrición y el 5% estaban desnutridos. La mayoría tenían pérdida moderada o severa de la masa muscular, a pesar de realizar actividad física aeróbica. También tenían bajos los linfocitos y la hemoglobina. La mayoría eran independientes en las ABVD, y hubo un descenso significativo de los valores antropométricos y del IMC. Por último, la prevalencia de sarcopenia grave era del 42%.
Conclusión	El presente estudio pone de manifiesto la alta prevalencia de riesgo de desnutrición y sarcopenia, menor masa muscular, resistencia, y rendimiento muscular, en adultos mayores con Alzheimer. Sin embargo, de acuerdo con el IMC, la mayoría sería clasificado como bien nutrido. La escala MNA es más eficaz para evaluar el estado nutricional de las personas de edad avanzada que el IMC.

Nombre del artículo, autor	La salud bucal y dolor orofacial en personas mayores con demencia: una revisión sistemática con el foco en los tejidos duros dentales. 2016 - Suzanne Delwel, Tarik T. Binnekade, Roberto Pérez SGM, Cees MPM Hertogh, Erik JA Scherder, Frank Lobbezoo.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión sistemática.
Población	Sujetos con y sin demencia > 60 años.
Métodos	La búsqueda se realizó en 3 bases de datos: PubMed, CINAHL y Cochrane Library, y se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: "demencia" AND "salud oral" OR "enfermedad estomatognática".
Intervención	Evaluación de la calidad de los estudios sobre la salud oral y dolor orofacial en personas mayores con demencia, en comparación con aquellas sin demencia.
Resultados	Las personas mayores con demencia tienen peor salud oral, con raíces más retenidas y caries coronal. La presencia de caries y raíces retenidas fue mayor en las personas de edad avanzada con demencia que en los que no la tenían. Además, presentaban más dolor orofacial.
Conclusión	La salud oral y el dolor orofacial, específicamente en las personas mayores con demencia, necesitan de una mayor atención, pudiendo interferir en el estado nutricional.

Nombre del artículo, año, autor	Factors associated with nutritional status in hospitalized elderly patients. 2018 - Diego Andrés Chavarro-Carvajal, Miguel Germán Borda, Nicolás Núñez, Daniel Cortés, Santiago Sánchez y Nicolás Ramírez.
Lectura crítica	STROBE= 19
Tipo de estudio	Estudio descriptivo de corte transversal analítico cuantitativo.
Población	887 personas de edad avanzada hospitalizados.
Métodos	Se usó las historias de pacientes hospitalizados por el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, desde enero de 2014 hasta abril de 2016. Además, se hizo una valoración geriátrica integral, se registraron las variables sociodemográficas, tiempo de estancia hospitalaria (TEH), Índice de Barthel (IB), diagnóstico de demencia o delirium, MNA y comorbilidades.
Intervención	Describir la relación entre el estado nutricional de adultos mayores hospitalizados y factores como red de apoyo, funcionalidad y demencia.
Resultados	Las personas con desnutrición tienen una mayor prevalencia de demencia (74%) y un peor estado funcional según el IB, mayor mortalidad, comorbilidades y TEH. Además se encontraron como factores independientes asociados a desnutrición la presencia de demencia, delirium, mayor TEH. No se encontró relación entre la desnutrición y la calidad de la red de apoyo.
Conclusión	Se encontró una asociación significativa entre mal estado nutricional con menor funcionalidad, mayor TEH, tener diagnóstico de demencia, presentar delirium, tener más comorbilidades y más mortalidad.

Nombre del artículo, año, autor	Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. 2016 - Esmeralda Carrillo Prieto, Sara Aragón Chicharro, Javier Federico García Meana, Belén Calvo Morcuende y Mercedes Pajares Bernardo.
Lectura crítica	STROBE = 18
Tipo de estudio	Estudio epidemiológico transversal, observacional, y descriptivo.
Población	33 personas >65 años residentes en dos instituciones socio-sanitarias públicas de Toledo, que presentaban disfagia y deterioro de la deglución.
Métodos	Tras firmar el consentimiento, se registraron variables antropométricas (IMC), sociodemográficas, tipo de dieta, restricciones dietéticas, tipos de ONS, MNA, independencia, polifarmacia, UPP, durante los meses de enero y febrero de 2016.
Intervención	Conocer el estado nutricional de los ancianos institucionalizados con disfagia, residentes en instituciones socio-sanitarias públicas de Toledo en 2 meses, y observar las pautas alimentarias.
Resultados	Se obtuvo una puntuación media del MNA de 13,85. El 79% presentaban desnutrición, un 18% estaba en riesgo de desnutrición, y solo un 3% tenían un buen estado nutricional. Sin embargo casi la mitad tenía un IMC normal, solo el 30% bajo. EL 75% tenía restricciones dietéticas, salvo los diabéticos, y la mayoría tenían una dieta túrmix. Se observó que el 75% no tomaban ONS, pero aquellos con suplementación o con dependencia, presentaban menor MNA. Y casi el 100% presentan deterioro cognitivo.
Conclusión	Existe una gran proporción de ancianos que presentan un estado nutricional deficitario y la mayoría de estas personas tienen demencia, suponiendo una mayor dependencia en cuanto a las ABVD. Además, la ingesta de >4 fármacos tiene cierta relevancia en el estado nutricional.

Nombre del artículo, año, autor	Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. 2015 - Carles Iniesta Navalón, Juan José Gascón Cánovas, Carmen Sánchez Álvarez y Lorena Rentero Redondo.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Estudio retrospectivo.
Población	310 pacientes >65 años, ingresados en Medicina Interna en el Hospital Universitario Reina Sofía.
Métodos	Se recogieron de la historia clínica datos demográficos, clínicos (albúmina, colesterol y linfocitos) y antropométricos, el TEH, reingresos prematuros y el coste asociado. Para el estado nutricional se realizó el Control Nutricional (CONUT).
Intervención	Determinar los factores asociados a la presencia de desnutrición moderada-grave.
Resultados	Las patologías crónicas más prevalentes fueron la Diabetes Mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC) y demencia (11%). En torno al 80% presentan criterios de desnutrición: 42,6% leve, 28,8% moderada y 4,6% grave. Se encontraron diferencias entre la moderada y la grave, donde en esta última 47% recibió soporte nutricional. Los factores que se encontraron asociados a la desnutrición fueron: ser mujer, edad >80 años, y la demencia, y no se encontró asociación con comorbilidades ni patología crónica, salvo para los casos de desnutrición leve.
Conclusión	La desnutrición hospitalaria sigue siendo un problema sin resolver y está asociada a un exceso de TEH, y conlleva un aumento del gasto sanitario.

Nombre del artículo, año, autor	Intervenciones de enfermería para reducir la desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia. 2016 - Nerea Rentería López.
Lectura crítica	CASPE= 8
Tipo de estudio	Revisión sistemática.
Población	Pacientes >60 años con demencia (excluidos aquellos con sonda), en cualquier entorno de atención.
Métodos	Se incluyeron 11 estudios: 2 ensayos clínicos aleatorizados, 6 cuasi experimentales y 3 observacionales.
Intervención	Se busca identificar y evaluar las intervenciones que minimicen la desnutrición en este tipo de pacientes y promuevan la ingesta dietética, cambios en el servicio de alimentos e intervenciones educativas.
Resultados	No existe evidencia, pero es un hecho que la educación del personal es importante, Resulta beneficioso para los pacientes con demencia usar vajillas de colores con fuertes contrastes, ubicarse en comedores pequeños, disponer de supervisión y/o asistencia para comer, introducir algún elemento (música ambiente o un acuario). El cambio a un servicio de comidas flexible, la asistencia en la alimentación, "el picoteo", cambios en la textura de la dieta, administrar ONS a media mañana, pueden ayudar a aumentar la ingesta y mantener el peso. Además, hay una mejora en el peso tras una atención individualizada y una adaptación del menú. Si nos encontramos con una demencia avanzada, la alimentación artificial por SNG o PEG no muestra ningún beneficio en la nutrición del paciente.
Conclusión	Conocer la situación nutricional de cada individuo, registro de la situación nutricional, monitorización estrecho del peso corporal. En etapas tempranas, es habitual la dificultad para acordarse de hacer la compra, de cocinar, pérdida de la habilidad para comer por sí solo, y las tardías, están relacionadas con disfagia principalmente.

Nombre del artículo, autor	Enteral Nutrition in Dementia: A Systematic Review. 2015 - Joanne Brooke, and Omorogieva Ojo.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión sistemática.
Población	Pacientes con y sin demencia con NE a través de una PEG.
Métodos	Se realizó las revisiones sistemáticas desde 2008 a 2014 en las siguientes bases de datos: EBSCO Host, MEDLINE, PubMed, Cochrane y Google Académico, y las palabras de búsqueda fueron: "nutrición enteral", "alimentación enteral", "nutrición artificial", "gastrostomía endoscópica percutánea" y "demencia".
Intervención	Evaluar el papel de la NE sobre la mortalidad, UPP, neumonía por aspiración, parámetros nutricionales y calidad de vida en la demencia.
Resultados	La evidencia sugiere el uso continuo de NE en la población de edad avanzada con demencia. La disminución de la albúmina sérica es un factor predictivo de la mortalidad al igual que ser >80 años. Por otro lado, la tasa de neumonía por aspiración en pacientes con PEG era del 5%, siendo comparable entre los pacientes con y sin demencia alimentados por NE. Existe una tendencia a la NE en la última fase de la enfermedad, que podría influir en la tasa de mortalidad.
Conclusión	El Instituto Nacional de Salud y Cuidado y Excelencia (NICE) sugiere que la NE puede ser considerada si la disfagia en un paciente con demencia se considera que es transitoria, pero en general no debe ser utilizada en pacientes con demencia avanzada que están poco dispuestos a comer, o con disfagia permanente. La ESPEN confirma el uso de la NE en pacientes con demencia leve o moderada, si la desnutrición es la causa predominante de una condición reversible y sólo por un tiempo limitado. No se ha demostrado que la NE en pacientes con demencia prolongue la supervivencia. Por último, no se recomienda NE en la etapa final de la demencia.

Nombre del artículo, autor	Improving food intake in persons living with dementia. 2016 - Heather H, Keller.
Lectura crítica	CASPE= 7
Tipo de estudio	Revisión narrativa.
Población	Personas con demencia que viven en centros sociosanitarios y en la comunidad.
Métodos	
Intervención	Demostrar la eficacia de determinadas intervenciones para promover la calidad de vida, además de la ingesta de alimentos en personas con demencia.
Resultados	Los adultos mayores con demencia pueden ser un grupo con especial vulnerabilidad a la desnutrición, teniendo más riesgo aquellas que residen en una residencia. Se ha demostrado que la pérdida de peso se produce en la fase prodrómica, y continúa con la progresión de la enfermedad. Los ONS, son un enfoque común para mejorar la ingesta y el estado nutricional en personas con demencia, encontrando una mejoría en el peso corporal. Por otro lado, la demencia con cuerpos de Lewy (DLB) parece tener un mayor riesgo de desnutrición en comparación con otros tipos de demencia. Algunas intervenciones serían: mejorar el sabor de los alimentos, proporcionar más alimentos, especialmente entre comidas, música en la comida, cambios en el mobiliario hogareño e iluminación, en el color de la vajilla y una adecuada formación del personal.
Conclusión	Las personas con demencia tienen un mayor riesgo de disminuir la ingesta de alimentos debido a los muchos comportamientos alimenticios comunes a las condiciones de la demencia.

Nombre del artículo, año, autor	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E RISCO DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM DEMÊNCIAS. 2018 - Annah Rachel Graciano, Andressa Meline Hornear, Victor Marcilio Lima Santana e Julia María Rodrigues de Oliveira.
Lectura crítica	STROBE= 19
Tipo de estudio	Estudio de cohorte prospectivo.
Población	123 ancianos con demencia (Parkinson, Alzheimer, etc) o sin ella, de los cuales 70 eran mujeres y 53 hombres.
Métodos	Los pacientes fueron sometidos a monitorización continua ambulatoria en un hospital de referencia para personas mayores en Annapolis-Goias, y fueron evaluados en 3 momentos diferentes, desde enero de 2014 hasta junio de 2017. Se realizaron las pruebas neuropsicológicas para la determinación de la presencia de demencia. Además, se aplicó el MNA.
Intervención	Se determinó la frecuencia de desnutrición y riesgo de tenerla en los grupos con demencia en comparación con los sujetos sin demencia, y evaluar la aplicabilidad del MNA en la alimentación de estos pacientes.
Resultados	La demencia se relaciona con la desnutrición y el riesgo de desnutrición en el adulto mayor institucionalizado. La mayoría tenían comorbilidades (DM, HT...). El estado nutricional normal fue más prevalente en los que no tenían demencia. Los enfermos de Parkinson presentaban más riesgo, mientras que los de Alzheimer sufrían más desnutrición que otras demencias.
Conclusión	Se mostró una relación positiva entre el desarrollo de la desnutrición y la demencia, lo que requiere el seguimiento y la evaluación del estado nutricional constante en personas de edad avanzada con demencia, para reducir la morbilidad y la mortalidad.

Nombre del artículo, año, autor	ESPEN guidelines on nutrition in dementia. 2015 - Dorothee Volkert, Michael Chourdakis, Gerd Faxen-Irving, Thomas Frühwald, Francesco Landi, Merja H. Suominen, Maurits Vandewoude, Rainer Wirth and Stephane M. Schneider.
Lectura crítica	AGREE II= 72%
Tipo de estudio	Guía clínica.
Población	Personas con demencia.
Métodos	Los expertos siguieron el método GRADE, para asignar la fuerza de evidencia. Se hizo una búsqueda sistemática en Pubmed y Cochrane Library. Por último, se discutieron recomendaciones con rondas Delphi y aceptadas por los miembros de la ESPEN.
Intervención	Se busca la evidencia de 20 intervenciones/recomendaciones para el cuidado nutricional de personas con demencia.
Resultados	Se recomienda la detección de la desnutrición y la vigilancia estrecha del peso corporal en todas las personas con demencia. En cualquier etapa, se recomienda conseguir un ambiente agradable, además de servir los alimentos de la forma más atractiva. Con la evolución de la enfermedad, la alimentación oral puede ser apoyada por suplementos nutricionales para mejorar el estado nutricional, no para prevenir o mejorar el deterioro cognitivo, de forma individual. En cuanto a la alimentación artificial, se sugiere en pacientes con demencia leve o moderada durante un periodo de tiempo limitado, no en pacientes con demencia severa o en fase terminal.
Conclusión	Los cuidados y el apoyo nutricional deben ser una parte integral de la gestión de la demencia, individualmente, teniendo en cuenta el pronóstico y la voluntad del paciente.

Nombre del artículo, autor	Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities. 2017 - Virginia Painter, David G Le Couteur and Louise M Waite.
Lectura crítica	CASPE= 8
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
Población	Personas con y sin demencia, que residían en centros sociosanitarios y en la comunidad.
Métodos	Se utilizaron los términos “disfagia”, “demencia” y “textura modificada de los alimentos y líquidos”, y después se usaron 3 bases de datos (PUBMED, MEDLINE y Cochrane Library), desde mayo de 2014 a marzo de 2017.
Intervención	Evaluar la evidencia de la TMF en la demencia.
Resultados	La aspiración se daba más en los centros sociosanitarios y para reducirla, los líquidos espesados son ligeramente eficaces. Los pacientes con TMF, tendían a un menor aporte energético y la ingesta de proteínas era inferior, aun así, mantenían su peso.
Conclusión	La TMF se utiliza regularmente en pacientes con disfagia secundaria a la demencia, pero no se demostró con claridad, que esta redujera la aspiración y la neumonía relacionada. Tampoco existen estudios sobre el impacto de TMF en la calidad de vida en las personas con demencia.

Nombre del artículo, autor	Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. 2016 - Nádia Cristina Fávaro-Moreira, Stefanie Krausch-Hofmann, Christophe Matthys, Carine Vereecken, Erika Vanhauwaert, Anja Declercq, Geertruida Elsie Bekkering and Joke Duyck.
Lectura crítica	CASPE= 7
Tipo de estudio	Revisión sistemática.
Población	100 personas >65 años.
Métodos	La búsqueda se realizó en Medline y Pubmed, usando como palabras de búsqueda “desnutrición”, AND “factor de riesgo”, desde enero de 2000 a marzo de 2015. El estado nutricional se evaluó mediante parámetros antropométricos: pérdida de peso, IMC y por último, el MNA.
Intervención	Se pretende revisar críticamente la evidencia disponible sobre los factores de riesgo de desnutrición en personas de edad avanzada.
Resultados	Se encontraron los siguientes factores de riesgo significativos para la desnutrición: la fragilidad, mayor en aquellos que estaban institucionalizados, polifarmacia, Parkinson, estreñimiento, demencia, nivel de dependencia, disfagia, necesidad de ayuda para comer, entre otros. Solo en dos artículos consideran al envejecimiento como factor de riesgo para la desnutrición. Sin embargo, ocurre todo lo contrario para la fragilidad. Por otro lado, la higiene oral diaria ha demostrado que conduce a un mejor estado nutricional.
Conclusión	La fragilidad, el deterioro funcional y la polifarmacia son determinantes importantes para la desnutrición en personas mayores. Por otro lado, la ansiedad o soledad no se consideran factores de riesgo.

Nombre del artículo, autor	The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. 2018 - Maurits F. J. Vandewoude, Janneke P. van Wijngaarden, Lieven De Maesschalck, Yvette C. Luiking and André Van Gossum.
Lectura crítica	STROBE= 17
Tipo de estudio	Estudio transversal, observacional, prospectivo.
Población	Se analizaron 3299 pacientes de edad avanzada, (>70 años), en Bélgica; 2480 en residencias de ancianos y 819 en sus domicilios.
Métodos	Se invitó a organizaciones de atención domiciliaria y residencia en toda Bélgica, y tras firmar el consentimiento, se recogieron los siguientes datos: edad, peso, altura, uso de suplementos nutricionales, nº de comidas diarias, MNA y Índice de Katz (IK), de febrero a abril de 2013.
Intervención	Se evaluó el estado nutricional, la incidencia de la desnutrición, así como problemas de movilidad y dependencia de las ABVD.
Resultados	El 12% estaba desnutrido y el 44% en riesgo de desnutrición, de los cuales 68% estaban en su domicilio y 82% en residencias. La prevalencia de desnutrición o riesgo de tenerla fue del 56%, siendo mayor en las residencias y dentro de las comorbilidades, la demencia es la que más prevalencia de desnutrición tenía, seguida del Parkinson. Un 7% utilizaba ONS, y solo el 20% de estos estaban desnutridos o en riesgo. Por último, las ABVD las desarrollaban mejor los que residían en la comunidad.
Conclusión	En los centros sociosanitarios, los residentes presentaban más comorbilidades, lo que conlleva un empeoramiento nutricional, siendo menos evidente en las personas que están en su domicilio. La presencia de la demencia aumenta las probabilidades de estar desnutridos o en riesgo de desnutrición y de presentar un IMC <22, en ancianos de 50 años o más.

Nombre del artículo, autor	Nutritional Status is Associated with Faster Cognitive Decline and Worse Functional Impairment in the Progression of Dementia: The Cache County Dementia Progression Study. 2016 - Chelsea Sanders, Stephanie Behrens, Sarah Schwartz, Heidi Wengreen, Chris D. Corcoran, Constantine G. Lyketsose, and Joann T. Tschanz.
Lectura crítica	STROBE= 18
Tipo de estudio	Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, con seguimientos anuales.
Población	292 participantes con demencia.
Métodos	Se pasó el MMSE, el CDR para valorar el deterioro cognitivo, y el MNA para el estado nutricional y se les hizo un seguimiento de 6 años.
Intervención	Se examinó la asociación del estado nutricional y la tasa de deterioro cognitivo y funcional.
Resultados	La media de MNA los clasificó en riesgo de desnutrición, y con el paso de los años este iba disminuyendo, habiendo otros tipos de demencia que presentaban menos puntuación que los de EA. Pasó lo mismo con el MMSE, que tuvo una tasa de disminución lineal, cuanto más bajo sea, más rápido será el descenso.
Conclusión	Existe una relación entre el MNA y el MMSE. Por otro lado, un mejor estado nutricional se asocia con demencia menos severa a través del tiempo. Y confirman que las personas con demencia presentan un peor estado nutricional. Cuanto más MNA, más se aceleró el descenso.

Nombre del artículo, autor	Cachexia and advanced dementia. 2019 - Cecilia Minaglia, Chiara Giannotti, Virginia Boccardi, Patrizia Mecocci, Gianluca Serafi Ni, Patrizio Odetti and Fiammetta Monacelli.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión narrativa.
Población	
Métodos	La búsqueda bibliográfica se realizó en Pubmed, Medline y en Cochrane con las siguientes palabras clave: “envejecimiento”, “demencia”, “enfermedad de Alzheimer”, “caquexia”, “sarcopenia”, “adultos mayores”, “fragilidad”, y “anorexia”.
Intervención	Evaluar el impacto de la caquexia en la demencia avanzada analizando las necesidades nutricionales de estos pacientes.
Resultados	La relación entre caquexia y demencia es notable, más en las etapas avanzadas de la enfermedad. A veces, la caquexia puede representar el primer síntoma clínico de la demencia, y junto con la sarcopenia, son dos de los principales marcadores de desnutrición. Una de las principales características de la caquexia es la anorexia. Se han demostrado poco beneficio clínico de la PEG para mejorar la desnutrición, las UPP y la neumonía por aspiración.
Conclusión	Existe una fuerte evidencia de que la pérdida de peso es probablemente una verdadera manifestación de la enfermedad en sí. Aunque la evidencia epidemiológica sugiere que los individuos de mediana edad con obesidad tienen un riesgo mayor de desarrollar demencia, los adultos mayores parecen mostrar una asociación más probable entre la pérdida de peso y la demencia.

Nombre del artículo, autor	Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. 2016 - Asmaa Abdelhamid, Diane Bunn, Maddie Copley, Vicky Cowap, Angela Dickinson, Lucy Gray, Amanda Howe, Anne Killett, Jin Lee, Francesca Li, Fiona Poland, John Potter, Kate Richardson, David Smithard, Chris Fox and Lee Hooper.
Lectura crítica	CASPE= 7
Tipo de estudio	Revisión sistemática y meta-análisis.
Población	Se trabajó con dos grupos de pacientes, todos ellos con cualquier tipo o etapa de demencia o deterioro cognitivo; 13 con EA y 8 con otro tipo de demencia.
Métodos	Se realizó la búsqueda en Medline y se completó con 12 bases de datos más, incluyéndose 43 intervenciones como modificar los alimentos y bebidas, proporcionar ONS y apoyo social, ayudar a comer o beber o gestionar problemas para tragar, el entorno del comedor, modificaciones del servicio de alimentos, educación, etc.
Intervención	Evaluar la eficacia de las intervenciones para mejorar, mantener o facilitar la ingesta de alimentos y bebidas, y la nutrición e hidratación oral en personas con deterioro cognitivo o demencia.
Resultados	Los ONS sugirieron efectos positivos sobre el estado nutricional a corto plazo, pero poco claros a largo plazo. En cuanto a la modificación del alimento, eran pocos los estudios y de baja calidad. Tampoco se encontraron efectos positivos de tomar zumos de fruta ni refrigerios entre comidas. En relación a los problemas de deglución una dieta blanda con puré, la higiene bucal y el ejercicio, consiguieron una mejora en el IMC y peso. Se encontró una mejoría al cambiar la dieta estándar por alimentos picados, purés o líquidos espesados y se vió un aumento de peso significativo después de 9 meses ingiriendo aperitivos de alta energía, proteínas y una mejora en los desayunos. La ingesta de energía fue mayor en residencias, aunque no varió ni el IMC ni el peso.
Conclusión	Encontramos evidencia limitada sobre la eficacia de intervenciones particulares sobre el estado nutricional.

Nombre del artículo, autor	Frailty, Cognitive Decline, Neurodegenerative Diseases and Nutrition Interventions. 2019 - María Elena Gómez Gómez and Sara C. Zapico.
Lectura crítica	CASPE= 5
Tipo de estudio	Revisión sistemática y meta-análisis.
Población	Personas de edad avanzada.
Métodos	
Intervención	Describir factores nutricionales que puedan conducir al desarrollo de fragilidad y deterioro cognitivo.
Resultados	La desnutrición se ha asociado con un deterioro cognitivo, pero también se asocia con la fragilidad, la cual conlleva hospitalización, discapacidad y mortalidad en personas mayores. En varios estudios, la dieta mediterránea se asoció con un deterioro cognitivo más lento, y con la disminución de la mortalidad en pacientes con EA, además de disminuir el IMC. El aumento de antioxidantes puede ser una de las estrategias terapéuticas contra el estrés oxidativo, a través del consumo de vitaminas B, C, D y E.
Conclusión	Se vio que la dieta mediterránea puede ayudar a proteger contra la demencia. Uno de los factores más importantes a considerar en el desarrollo de deterioro cognitivo es el estrés oxidativo.

Nombre del artículo, autor	The nutritional care of people living with dementia at home: A scoping review. 2017 - Louise Mole, Bridie Kent, Rebecca Abbott, Chloë Wood and Mary Hickson.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
Población	61 artículos, centrados en el paciente con demencia de entre 58 y 85 años, y en el cuidador.
Métodos	La estrategia incluyó los términos: “demencia”, “nutrición” y “home”. Posteriormente se utilizaron las siguientes bases de datos: CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, the Cochrane Library y TRIP, de julio a septiembre de 2015. Se realizó el MMNA y se tomaron medidas antropométricas y bioquímicas, además del MNA.
Intervención	Mantener o mejorar el estado nutricional de los individuos con demencia que viven solos en casa, y evaluar los proveedores del cuidado en el hogar.
Resultados	Se encontró que el grupo con EA consume menos calorías que el grupo control. Por otro lado, una dieta mediterránea, rica en vegetales verdes, se asoció con una reducción en la progresión del deterioro cognitivo del EA. Además, se encontró que las personas que viven en casa con demencia, han reducido los marcadores séricos de vitamina D, E y A. Por último, el mal estado nutricional del cuidador se asoció con un mal estado nutricional de la persona con demencia.
Conclusión	El riesgo de desnutrición se debe identificar tan pronto como sea posible. Se recomienda un seguimiento permanente cada 6 meses y mantener la independencia. Las personas con demencia que viven en casa, en todas las etapas de la enfermedad han demostrado tener un mayor riesgo de desnutrición. Por último, la falta de información de los cuidadores puede conllevar un deterioro nutricional.

Nombre del artículo, autor	Predicción del estado nutricional a través de la calidad de vida y el patrón del sueño en ancianos con deterioro cognitivo. 2018 - Marta Lluesma Vidal, Sergio Murgui Pérez y José Vicente Carmona Simarro.
Lectura crítica	STROBE= 18
Tipo de estudio	Estudio epidemiológico observacional de corte transversal.
Población	48 sujetos que viven en su domicilio, >65 años y con deterioro cognitivo.
Métodos	Los datos se recopilaron desde Febrero a Septiembre de 2015 en los centros de día en la Asociación de familiares de Alzheimer, en Valencia. Tras firmar el consentimiento se valoró el MNA, el cuestionario de Oviedo de sueño (COS) y la calidad de vida mediante la Escala Visual Analógica (EVA).
Intervención	Examinar la relación entre el patrón del sueño, la calidad de vida y el estado nutricional en estos pacientes.
Resultados	Un patrón de sueño más ajustado implica un mejor estado nutricional. Además, los pacientes con demencia sufren trastornos del ritmo del sueño que implican agitación y aumento de los despertares nocturnos, ocasionando que duerman por el día, disminuyendo la ingesta diaria.
Conclusión	La desnutrición se asoció con trastornos de sueño. La demencia leve y moderada también se asoció con trastornos del sueño, y se ha demostrado que este se correlaciona con una mayor calidad de vida.

Nombre del artículo, autor	Enfermedades neurodegenerativas; aspectos nutricionales. 2015 - Daniel A. de Luis, Olatz Izaola, Beatriz de la Fuente, Paloma Muñoz-Calero y Ángeles Franco-López.
Lectura crítica	CASPE= 7
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
Población	Personas con enfermedades neurológicas.
Métodos	Se utilizó la Eating Behaviour Scale para valorar la autonomía para alimentarse.
Intervención	Revisar aspectos específicos de la situación nutricional de enfermedades nutricionales como la demencia y su tratamiento.
Resultados	La dependencia para alimentarse y la disfagia, son algunas de las causas de la desnutrición en la demencia. El uso de ONS y NE en pacientes con demencia y desnutridos puede aumentar el peso corporal, pero no existen datos que reduzcan la morbimortalidad, ni se observan beneficios sobre la esperanza de vida ni UPP. Con respecto a la vía de acceso de la NE, la SENPE, recomienda una indicación individual y restrictiva de la PEG.
Conclusión	Ya que las requerimientos nutricionales no refieren de la población de su misma edad y sexo, la fórmula de elección es una normoproteica, normocalórica y con fibra. Debemos recomendar que las ingestas se realicen en pequeñas cantidades y de forma fraccionada (5-6 tomas), con un alto contenido calórico y un aporte suficiente de todos los nutrientes, en un horario fijo y en un ambiente tranquilo y sin distracciones.

Nombre del artículo, autor	Malnutrition in Alzheimer's Disease, Dementia with Lewy Bodies, and Frontotemporal Lobar Degeneration: Comparison Using Serum Albumin, Total Protein and Hemoglobin Level. 2016 - Asuka Koyama, Mamoru Hashimoto, Hibiki Tanaka, Noboru Fujise, Masateru Matsushita, Yusuke Miyagawa, Yutaka Hatada, Ryuji Fukuhara, Noriko Hasegawa, Shuji Todani, Kengo Matsukum, Michiyo Kawano and Manabu Ikeda.
Lectura crítica	STROBE= 16
Tipo de estudio	Estudio analítico observacional de cohortes.
Población	28 pacientes diagnosticados con desnutrición < de 90 años, que vivan en casa y que presentan EA, DLB, o degeneración lobular frontotemporal (DLFT).
Métodos	Fueron sometidos a pruebas de laboratorio de rutina, algunos marcadores bioquímicos: proteínas totales, albúmina y hemoglobina, variables demográficas, duración de la enfermedad y el MNA desde abril de 2010 a noviembre de 2014.
Intervención	Comparar los niveles de los marcadores bioquímicos sanguíneos en tres tipos de demencia: EA, DLB y FTLT, y examinar la relación entre la desnutrición del paciente y la conciencia del cuidador sobre el apetito y el cambio de peso del paciente.
Resultados	Los indicadores bioquímicos de la desnutrición se encontraban en niveles inferiores en los pacientes con DCL y FTLT, que en los pacientes con EA. Además, los pacientes con DLFT tienen bastantes problemas de alimentación y, a menudo quieren comer sólo ciertos alimentos, lo que podría conducir a la ingesta alimentaria desequilibrada y la desnutrición. El estado nutricional de los pacientes con demencia, se asoció con sus cuidadores, ya que refieren que sus familiares no pierden ni peso ni apetito.
Conclusión	El estado nutricional fue peor en los pacientes con DCL y DLFT que en aquellos con EA, observándose con más frecuencia en pacientes con DLB. Habría que evaluar de forma más amplia el estado nutricional con otros marcadores bioquímicos, tales como el ácido fólico, vitamina B y D, IMC, las encuestas de comidas.

Nombre del artículo, autor	Nutrition and Dementia: Evidence for Preventive Approaches. 2016 - Marco Canevelli, Flaminia Lucchini, Federica Quarata, Giuseppe Bruno and Matteo Cesari.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
Población	Adultos >55 años con o sin deterioro cognitivo.
Métodos	Se realizó la búsqueda bibliográfica de noviembre de 2012 a diciembre de 2015 en Medline, utilizando el Mesh y combinando los términos: ("dieta" OR "nutrición" OR "comida") AND ("cognición" OR "demencia" OR "Alzheimer" OR "memoria").
Intervención	Eficacia de las intervenciones nutricionales para mejorar el funcionamiento cognitivo, y/o prevenirlo en pacientes de edad avanzada.
Resultados	Intervenciones como un alto consumo de frutas, verduras, cereales, el aceite de oliva como principal fuente de grasa monoinsaturada, una baja ingesta de grasas saturadas, un consumo moderado de pescado, un bajo o moderado consumo de productos lácteos, bajo consumo de carne, aves de corral y vino y moderado de agua, era eficaz a largo plazo, ya que tienen beneficios cognitivos. Por otro lado, existe una menor bajada del IMC tras consumir dieta mediterránea.
Conclusión	Los patrones dietéticos pueden dar lugar a beneficios cognitivos, en especial la dieta mediterránea.

Nombre del artículo, autor	Malnutrition is associated with dementia severity and geriatric syndromes in patients with Alzheimer disease. 2015 - Demet Yildiz, Nilüfer Büyükkoyuncu Pekel, Ahmet Kasim Kiliq, Elif Nalan Tolgay and Fatih Tufan.
Lectura crítica	STROBE= 18.
Tipo de estudio	Estudio transversal prospectivo con muestra de conveniencia.
Población	Personas ≥ 65 años que viven en la comunidad, con diagnóstico probable de demencia; 76 leve, 36 moderada y 11 grave.
Métodos	Se aplicaron las siguientes pruebas: el MMSE, el MNA, el IK y el Índice de Lawton. Además, se valoró la ingesta diaria de líquidos por vía oral (DFI) y se tomaron datos antropométricos como el IMC.
Intervención	Investigar los factores subyacentes de desnutrición en pacientes con demencia.
Resultados	El 33% presentaban desnutrición y el 50% estaban en riesgo de desnutrición. Se vio que una ingesta de líquidos $< 1,100$ ml se asoció con presentar riesgo de desnutrición. Además, la desnutrición se asoció con la dependencia a las ABVD, la función cognitiva y la DFI ya que estos fueron peores en los estados nutricionales más pobres.
Conclusión	La desnutrición parece estar asociada con trastornos del sueño y problemas psicológicos, ya que aumentan los índices de desnutrición y riesgo de presentarla. Además, se vio que aumentaron la inmovilidad, las caídas y el riesgo de hospitalización.

Nombre del artículo, autor	Nutritional issues in dementia patients. 2015 - Mustafa Kemal Kilic and Fatih Sumer, Zekeriya Ulger.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión bibliográfica.
Población	Pacientes con demencia.
Métodos	
Intervención	Valorar los problemas nutricionales comunes de los pacientes con demencia y su gestión.
Resultados	La disfagia es un factor importante para las neumonías por aspiración y la mortalidad. Estos pacientes tienen una tendencia a las deficiencias de micro y macro nutrientes además. Por otro lado, la alimentación por sonda debe limitarse a pacientes en estadios tempranos de demencia que sufren de disfagia, pero no está recomendado en pacientes con demencia avanzada. Con el envejecimiento, es común que las dentaduras postizas estén mal ajustadas, al igual que las alteraciones en el sentido del gusto y del olor de los alimentos.
Conclusión	Las intervenciones nutricionales pueden tener el potencial para prevenir la progresión de la demencia si se desarrolla mucho antes de que el déficit cognitivo sea irreversible, proporcionando una atención individualizada. Por último, la NE se debe reservar como último recurso por sus complicaciones.

Nombre del artículo, autor	Role of Ketogenic Diets in Neurodegenerative Diseases (Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease). 2019 - Dariusz Włodarek.
Lectura crítica	CASPE= 6
Tipo de estudio	Revisión sistemática.
Población	Personas de edad avanzada con alguna enfermedad neurodegenerativa (Parkinson y Alzheimer).
Métodos	Se hizo una búsqueda en Pubmed, the Cochrane Library y Google académico, en los últimos 10 años, pero se incluye otras publicaciones relevantes. Para ello, se utilizaron los siguientes términos: "ketogenic diet", "neurodegenerative disease", "Alzheimer's disease" y "Parkinson's disease".
Intervención	Evaluar la eficacia de la KD en la terapia de enfermedades neurodegenerativas.
Resultados	Como efecto de la KD está el aumento de la producción de cuerpos cetónicos por el hígado y la reducción de la concentración de glucosa en sangre, siendo clave para reducir el estrés oxidativo. No obstante, una dieta rica en ácidos grasos saturados aumenta el riesgo de AD, además de proteger al hipocampo de los cambios neurodegenerativos. A largo plazo, una dieta KD puede tener efectos positivos para EA. Sin embargo, puede presentar efectos secundarios como náuseas, vómitos, estreñimiento, menor apetito e hipoglucemia.
Conclusión	Los resultados del uso de KD en las enfermedades neurodegenerativas son bastante prometedores. El uso de la dieta por sí sola es difícil debido a las posibles enfermedades concomitantes que pueden imponer ciertas restricciones sobre la posibilidad de aplicar una KD.