



Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Nutrición Humana

“Propuesta de guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias”

Presenta: Karla Valeria Vilchis Méndez

Matrícula: 2173026887

Lugar de realización: Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar I.A.P”

Periodo de servicio social: 1º de septiembre 2022 al 1º de marzo 2023

Asesor: M. en C. María Magdalena Sánchez Jesús

29/08/2024

INDICE

Introducción	4
I Marco de referencia	5
II Marco teórico	5
2.1 Demencias: conceptos y epidemiología	5
2.2 Cambios en la alimentación y conducta alimentaria en personas con demencia	7
2.3 Desnutrición y demencias	8
2.4 Valoración nutricional geriátrica	9
2.5 Tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor	11
2.6 Soporte nutricional.....	12
III Justificación	15
IV Objetivos	16
Objetivo general:.....	16
Objetivos específicos:.....	16
V Metodología.....	16
5.1 Descripción de actividades programadas dentro de la institución	16
6.2 Descripción de actividades realizadas para la elaboración de la guía	17
VII Descripción de objetivos y metas alcanzados por actividad realizada	18
VIII Resultados	19
8.1 Actividades generales.....	19
8.2 Elaboración de la guía	20
IX Discusión.....	22
X Conclusiones.....	24
XI Recomendaciones	25
XII Referencias	25
Anexos.....	30
Anexo 1 Mini Nutritional Assessment	30
Anexo2 Guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias	31

Título

Propuesta de guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias

Licenciaturas que comprende

Plan y proyectos de la Licenciatura en Nutrición Humana

Lugar de realización

Fundación Alzheimer alguien con quien contar I.A.P.

Dirección: Av. División del Norte 1044, Narvarte Poniente, Benito Juárez, 03020 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono: 55 5575 8320

Modalidad: presencial

Asesor o asesores responsables

Asesor interno: M en C. María Magdalena Sánchez Jesús

Docente investigador en Departamento de Atención a la Salud

Número económico 24817

Cédula profesional Licenciatura en Nutrición: 1955431

Maestría en Rehabilitación Neurológica: 7722817

Tiempo de dedicación

Tendrá un tiempo de dedicación de 4hr cubriendo un horario de 7:00am a 11:00am. (20hrs a la semana)

Fecha de Inicio: 1º de septiembre 2022

Fecha de Término: 1º de marzo 2023

Introducción

El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que incrementan la prevalencia de problemas del estado nutricional del adulto mayor, predominando la desnutrición.¹

La desnutrición es el resultado fisiopatológico de una ingesta insuficiente de alimentos para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes, alteraciones secundarias en la absorción y asimilación de nutrientes, o ambos. Ésta conlleva al cambio de la composición corporal y en el estado de nutrición

La desnutrición produce alteraciones del sistema inmune con mayor incidencia y gravedad de procesos infecciosos, complicaciones de otras comorbilidades esto conlleva un aumento de la mortalidad.²

Se ha demostrado la relación entre el progreso de la demencia senil y la pérdida de peso secundaria a la incapacidad para preparar y comprar alimentos, depender de la alimentación asistida, incapacidad para comunicar lo que se desea comer, disminución del olfato y del gusto, aumento de los requerimientos de energía por deambulación y agitación. En etapas más avanzadas de la enfermedad no reconocer los alimentos, perder la capacidad y habilidad de comer, y presentar anorexia y/o disfagia.³

La desnutrición puede detectarse clínicamente por signos y síntomas físicos, medidas antropométricas y pruebas bioquímicas que deberán ser realizadas por un profesional de la salud.⁴ Se recomienda aplicar el Mini Nutritional Assessment, para implementar una terapia nutricional oportuna en cada fase de las demencias, esto permite mantener un estado nutricional más cercano a lo normal en estos pacientes.⁵

El presente documento presenta una guía de tratamiento de la desnutrición en pacientes con demencia dirigido a sus cuidadores, se elaboró posterior a la búsqueda bibliográfica para encontrar artículos relevantes del 2003 al 2023. La búsqueda abarcó PubMed, Revista de Gastroenterología, Nutrición Médica, NGM, Biblioteca de la UAM (BidiUam) y Elsevier. Fueron seleccionados guías clínicas, manuales, estudios observacionales transversales exploratorios, ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis, estudios experimentales prospectivos, revisión panorámica y estudios analíticos.

Los hallazgos en torno al tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor con demencia, se recomienda un aporte energético de 30 kcal/kg/día. La distribución de los macronutrientes recomienda una ingesta de 0,8-1,5 g/kg/día de proteína, 50-60% de hidratos de carbono y lípidos del 30 al 35%.

El soporte nutricional debe ser considerado en pacientes con riesgo de desnutrición quienes no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales o adultos mayores con desnutrición.

I Marco de referencia

El sitio donde se realizó el servicio social fue en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar I.A.P”, cuya misión es atender a personas con fragilidad, demencia y enfermedades afines a través de programas de prevención, cuidados y rehabilitación proporcionados por un equipo interdisciplinario, mejorando así su calidad de vida⁶.

Dentro de la fundación los pacientes cuentan con distintos servicios tales como el servicio de enfermería, servicios de alimentación que incluyen dos tiempos de comida dentro de la fundación, servicios de aseo personal, actividad física ya que se cuenta con un pequeño espacio con aparatos especiales para que los adultos mayores puedan realizar actividad física acorde con sus capacidades, actividades de recreación, así mismo se cuenta con diversas terapias motrices y cognitivas, además del servicio médico y nutricional.

Dentro del servicio nutricional se llevan a cabo diversas actividades, como lo es el tamizaje, toma de medidas antropométricas, elaboración de historial clínico de cada paciente, realización de planes nutricios, monitoreo, platicas impartidas a familiares y elaboración de material didáctico enfocado en nutrición, además de brindar indicaciones nutricionales a cocina, esta última siendo de suma importancia ya que el área de nutrición trabaja de la mano con el área de cocina ya que se deben elaborar menús semanales acorde con lo que se tenga disponible, por lo tanto se tiene mayor comunicación con esta área.

Fungí dentro del programa de nutrición de la misma fundación, participando así en las actividades antes mencionadas.

II Marco teórico

La alimentación y el estado de nutrición resultante en las personas con demencia es un reto para los profesionales de la nutrición. En primer lugar, las alteraciones en la conducta alimentaria durante la evolución de la enfermedad afectan la ingesta. En segundo, la pérdida de habilidades y capacidades de alimentación en estadios avanzados potencia el deterioro del estado nutricional. Un estado nutricional alterado modifica la respuesta a los fármacos y favorece cambios metabólicos negativos para la salud general.

2.1 Demencias: conceptos y epidemiología

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores. En la actualidad es la séptima causa de defunción en el mundo⁷.

Las cifras mundiales de demencia senil van en incremento, su afectación alcanza 50 millones de personas, en promedio 60% de ellas pertenecen a países de

ingresos bajos y medios. Por año las cifras alcanzan 10 millones de nuevos casos y se calcula que entre 5% y 8% de adultos mayores de 60 años padecerán demencia senil en algún momento de sus vidas y se estima que su número total alcanzará 82 millones en el año 2030 y 152 millones en el año 2050.⁸

El World Alzheimer Report estimó que en 2015 había poco más de 800,000 personas con demencia en México, de las cuales las mujeres (64%) son las que mayormente sufren este padecimiento por tener una esperanza de vida más larga.⁹

La demencia es un conjunto de manifestaciones crónicas progresivas que describen el deterioro de la capacidad para procesar el pensamiento (capacidad cognitiva). Generalmente afectan funciones mentales superiores como la memoria, la concentración, el juicio, la orientación, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje y destrezas previamente aprendidas. Este deterioro puede ir acompañado por trastornos del control emocional o del comportamiento social.¹⁰

Las demencias se dividen en 3 categorías principales, de las cuales se derivan los diversos tipos de demencia.

- 1) Demencias degenerativas primarias: las demencias degenerativas primarias se producen por afectación de las células del cerebro, sin una causa bien conocida, intervienen factores principalmente genéticos y ambientales. Como su nombre lo indica van progresando y no son reversibles. Incluyen diversos tipos, como la Enfermedad de Alzheimer, demencias con cuerpos de Lewy, frontotemporal, enfermedad de Huntington, parálisis supranuclear progresiva y cerebrales focales. La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer.¹¹
- 2) Demencias secundarias: Pueden estar ocasionadas subsecuentes a patologías diversas, por lo que tienen múltiples factores de riesgo dependiendo el tipo de demencia del que se trate. Este tipo pueden derivar también de procesos expansivos (tumores cerebrales primarios, metastásicos, síndromes paraneoplásicos y alteración dinámica del líquido cefalorraquídeo) y de infecciones (bacterianas, víricas, fúngicas, parasitarias), como la demencia por Sida (VIH) o neurosida.¹¹ Una de las más frecuentes de esta categoría es la vascular, es el segundo tipo más común de demencia causado por el daño a los vasos que irrigan al cerebro. Puede ser secundaria a accidentes cerebrovasculares o afectar el sistema nervioso central de otras maneras, como al dañar las fibras de la sustancia gris.^{11,12}
- 3) Demencias combinadas: Las demencias combinadas son provocadas por la combinación de dos o más enfermedades, como la enfermedad de Alzheimer con cerebrovascular.^{11,12}

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, pero se reconocen tres etapas de progresión con sus rasgos individuales. La primera o inicial presenta deterioro poco evidente, a menudo pasa desapercibido. Hay tendencia a olvidos de responsabilidades habituales, pérdida de la noción del tiempo, lenguaje simplificado y una disminución de habilidades manuales.⁷

A medida que la demencia evoluciona, los signos y síntomas son más evidentes y limitan las actividades diarias de la persona que la padece. La segunda etapa es la intermedia, hay olvido de acontecimientos recientes y datos precisos, así como los nombres de personas conocidas, extravíos en lugares para ellos conocidos, incluso en su propio hogar, dificultad para comunicarse y comienzan a requerir ayuda en actividades de la vida diaria como el aseo personal o el cocinar.⁷

Finalmente, en la etapa tardía, la dependencia y la inactividad son casi totales, las alteraciones de la memoria son graves, hay confusión en el tiempo y en el espacio, existe dificultad para reconocer a familiares y amigos, puede haber dificultad para caminar, hay alteraciones del comportamiento que incluso pueden llegar a agresiones físicas o verbales y las actividades básicas de la vida diaria se ven afectadas.⁷

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico, se basa en la historia clínica, la exploración física y la evaluación neuropsicológica y funcional del adulto mayor. Su tratamiento debe ser multifactorial; es de vital importancia el tratamiento farmacológico para los síntomas cognitivos y conductuales, la educación y el soporte de los cuidados paliativos, así como, tratar en forma oportuna las complicaciones derivadas de la misma.¹³

2.2 Cambios en la alimentación y conducta alimentaria en personas con demencia

Los factores de riesgo derivados de la demencia que afectan la conducta alimentaria y, por ende, la alimentación, son diversos y distintos en cada persona. Algunos de los conductuales más comunes son déficit de atención durante las comidas, agnosia (pérdida de la capacidad de reconocer los objetos o para qué se usan) que se puede observar cuando el adulto mayor olvida como usar los cubiertos durante las comidas, o ponerse su dentadura para comer y alteraciones del comportamiento durante las comidas las cuales pueden ser el olvidar que están comiendo, quedarse dormidos mientras comen, levantarse de la mesa y querer deambular, arrojar o tirar la comida, guardarla en la ropa, entre otras conductas, incluso pueden llegar a presentar diversas agresiones físicas durante las comidas.¹⁴

Otros factores de riesgo de en cuanto a la alimentación son la dispraxia (pérdida de la capacidad de comer por alteración de la coordinación), así mismo pueden presentar otras conductas como el querer comer objetos como las servilletas, papel de baño, entre otros objetos a su alcance; Además de la alteración en las funciones ejecutivas de la persona con demencia como la compra y preparación de las

comidas, son las primeras en aparecer y conforme avanza la enfermedad, los adultos mayores serán dependientes de algún cuidador.¹⁴

Otros determinantes pueden ser la limitación de recursos, ya que al no poder laborar tienen limitaciones económicas y por ende, su alimentación se ve limitada o restringida.^{2, 15}

De igual forma, la parte emocional tiene un papel determinante en la alimentación. Muchos adultos mayores viven asilados porque sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos y por esta razón tienen una vida solitaria, lo que puede impactar en su estado de ánimo, aunado a que la demencia por si sola tiene un gran impacto emocional. La gran mayoría de adultos mayores que la padecen cursan por periodos de ansiedad, tristeza, irritabilidad, agitación, periodos de llanto, alteraciones del sueño y depresión, lo cual en conjunto conlleva en la mayoría de los casos a la pérdida de apetito.^{2, 15}

Cada uno de estos factores, desde el cambio en las conductas alimentarias y las capacidades para la alimentación, hasta los factores externos como los factores socioeconómicos y psicológicos, contribuyen a que la calidad de vida de los adultos mayores con demencia disminuya significativamente, por esta razón este sector es un grupo vulnerable y tienen una mayor predisposición a padecer de desnutrición y por lo tanto esto deriva en un aumento de en la mortalidad.

2.3 Desnutrición y demencias

Debido a que el envejecimiento es un proceso fisiológico que incrementa la susceptibilidad de desarrollar desnutrición e inciden en la alimentación, por ende, en el estado nutricional del adulto mayor, la demencia potencia el riesgo de desarrollarla en esta etapa de la vida.

Existe una alta prevalencia de desnutrición en los adultos mayores con o sin demencias, se reporta 15% en adultos mayores en comunidad, entre 23% y 62% en hospitalizados y cerca de 85% o más en los que están asilados.¹⁷

La prevalencia de la desnutrición entre los pacientes con cualquier tipo de enfermedad neurodegenerativa, como las demencias, es alta y debe ser tratada oportunamente. Afecta aproximadamente al 30-40% de los pacientes en cualquier fase de la enfermedad.¹⁶

Algunos factores de riesgo para la población de la tercera edad con o sin demencia comprenden problemas de masticación, ya sea por carecer de piezas dentales por diversas causas, incluida la enfermedad periodontal. También hay disminución en la calidad y cantidad de la salivación secundaria a la hipotrofia de las glándulas salivales con disminución de la fase líquida de la saliva lo cual dificulta la alimentación.^{13,14}

También es común que el adulto mayor manifieste disfagia orofaríngea, la cual es caracterizada por la dificultad del paso del bolo alimentario desde la boca hasta el

esófago inferior. Sin embargo, es un problema aparente que se resuelve con ajustes en la dieta del adulto mayor con envejecimiento normal. Cabe destacar que una de las principales causas corresponde a cambios neuromusculares en el envejecimiento normal. Las personas con demencia tienen mayor riesgo de desarrollarla al acelerar e intensificar estos cambios por la neurodegeneración ^{15,18}.

En adultos mayores con demencia existe una disminución en la sensibilidad gustativa y olfativa como característica inicial cuando hay un deterioro cognitivo leve, por lo que muchas veces el adulto mayor se rehúsa a comer ciertos alimentos.¹⁹

Los cambios en la composición corporal propios de la edad conllevan a la disminución del metabolismo basal y en reposo. Por el contrario, el gasto energético derivado de la actividad física se incrementa en conjunto con menor resistencia cardiorrespiratoria, lo que se relaciona con los cambios corporales. Cabe destacar que los adultos mayores con demencia incrementan sus necesidades energéticas por movimientos excesivos, como deambular por largo tiempo.

2.4 Valoración nutricional geriátrica

La desnutrición en el adulto mayor está relacionada con múltiples consecuencias que incluyen la alteración de la función muscular, por lo que hay menor actividad física que contribuye a la disminución de la masa ósea. Estos cambios resultan en mayor debilidad y fragilidad, favoreciendo las caídas y mayor riesgo de fracturas.^{20,21}

Al haber privación de nutrientes incrementa el riesgo de padecer anemia y estos dos factores derivan en una disfunción inmunitaria con mayor incidencia de infecciones. Los procesos de cicatrización son lentos y la estancia hospitalaria incrementa.^{20,21}

Existe repercusión en el estado cognitivo por bajo consumo de antioxidantes y ácidos grasos que contribuyen deterioro más rápido.^{20,21}

En conjunto todas las consecuencias van a derivar en mayor mortalidad y reducción en la calidad de vida, por lo tanto, es de vital importancia el tratar la desnutrición a tiempo.

Una adecuada valoración del estado nutricional es fundamental para la detección precoz de la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas de los posibles déficits nutricionales, diseñar el plan de actuación para mejorar el estado nutricional y evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales.

La valoración nutricional geriátrica es un proceso complejo porque debe tener en cuenta la etiología multifactorial de la desnutrición y la amplia variabilidad de los adultos mayores evaluados.

En la valoración antropométrica es imprescindible medir el peso y la talla de los adultos mayores. Dadas las características de esta población (alteraciones esqueléticas), puede resultar difícil determinar la talla, por lo que se pueden emplear distintos modelos de estimación. El más utilizado es la medida de la distancia talón-

rodilla (D-TR), empleando las fórmulas de Chumlea: Talla en hombres = $64,19 - (0,04 \times \text{edad}) + (2,02 \times \text{alt. rodilla})$. / Talla en mujeres = $84,88 - (0,24 \times \text{edad}) + (1,83 \times \text{alt. rodilla})$.¹¹

Se debe medir la circunferencia del brazo para estimar los compartimentos corporales muscular y graso. La circunferencia de la pantorrilla es un parámetro antropométrico muy sensible relacionado con la pérdida de tejido muscular en adultos mayores y así mismo se debe evaluar el IMC.²²

La valoración bioquímica complementa la información obtenida por medio de los procedimientos clínicos, dietéticos y antropométricos, permitiendo detectar déficits nutricionales subclínicos. La concentración sérica de albúmina tiene muy alta sensibilidad para diagnosticar desnutrición en los adultos mayores, no debe estar por debajo de 3.5mg/dl, otros criterios de alarma son los niveles séricos de colesterol (≤ 160 mg/dl), prealbúmina sérica (≤ 15 mg/dl) y transferrina sérica (≤ 180 mg/dl).²³

Los criterios clínicos permiten identificar los signos y síntomas relacionados con la nutrición. Se debe iniciar con una anamnesis detallada para recopilar toda la historia de posibles enfermedades que haya tenido el paciente a lo largo de su vida para intentar explicar posibles secuelas funcionales, así como evaluar minuciosamente los hábitos de vida, tratamientos vigentes, farmacológicos o de cualquier otro tipo, y la adherencia que tengan a los mismos.²⁴

Se debe hacer una exploración física similar a que se realiza en un adulto. Se inicia con la inspección general observando el aspecto, cuidado y aseo del adulto mayor. Se identifican las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria). Posteriormente se hace una revisión completa, resaltando en el adulto mayor el estado dental, la capacidad visual y auditiva. En las extremidades evaluar la fuerza y tono muscular, reflejos y hacer una búsqueda intencionada de edema o deformidades articulares (incluyendo dedos de los pies), en cuanto a la piel se debe observar si hay alguna lesión, úlceras, resequedad y palidez.²⁴

Los indicadores dietéticos incluyen los hábitos, modalidades y preferencias alimentarios, y costumbres culinarias y alimenticias. El recordatorio de 24 horas debe ser aplicado en conjunto con el cuidador del adulto mayor o el encargado de su alimentación para identificar el porcentaje de adecuación del consumo de macronutrientes y detectar deficiencias o excesos de consumo²⁵.

Se recomienda aplicar la prueba de tamizaje nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA). Es el cuestionario más aceptado y utilizado a nivel mundial. Es un método de valoración nutricional estructurado y validado para población mayor de 65 años a nivel hospitalario, residencial o en la comunidad. El MNA es una herramienta práctica que no precisa datos de laboratorio y permite identificar a sujetos con riesgo de desnutrición leve, estadio en el que no hay alteraciones bioquímicas y

antropométricas evidentes. Es reconocido su elevado poder diagnóstico y pronóstico.^{1, 26}

Existen algunas otras pruebas de tamizaje como la prueba Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), este es un instrumento de cribado de cinco pasos, diseñado para identificar adultos mayores desnutridos, con riesgo de desnutrición u obesos. Incluye, además directrices de tratamiento que pueden emplearse para desarrollar un plan de cuidados. Es usado en hospitales, ambulatorios y otros medios de atención sanitaria y puede ser utilizado por todos los profesionales sanitarios.²⁷

El Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2000), es una herramienta de tamizaje que contiene variables de pérdida de peso, IMC, ingesta de alimentos y estrés fisiológico. Se ha documentado que es capaz de predecir mortalidad, morbilidad y mayor estancia hospitalaria en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición.²⁸

El Perioperative Nutrition Screen (PONS) determina la presencia de riesgo nutricional en función del IMC, la pérdida de peso corporal reciente, la disminución de la ingesta dietética y la concentración de albúmina. Es una prueba de gran precisión para detectar desnutrición o riesgo de desnutrición en la población de adultos mayores.²⁸

La valoración funcional es un indicador indirecto de desnutrición. Se aconseja realizar la medición de la fuerza máxima de prensión de la mano empleando un dinamómetro para cuantificar el déficit de fuerza de prensión manual isométrica y la realización de la prueba de velocidad de la marcha. Otras pruebas son las escalas para medir las actividades de la vida diaria como predictores tempranos de alteraciones del estado nutricional.²⁶

2.5 Tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor

Se inicia con el incremento del aporte energético y proteico principalmente en un plan de alimentación balanceado en hidratos de carbono, lípidos y proteínas, adecuado a las patologías del adulto mayor y modificando la textura acorde con sus capacidades y habilidades de alimentación.²⁹

En el adulto mayor con desnutrición algunas guías recomiendan un aporte de calorías de 30 a 35 kcal/ kg/ día, a esto se le debe aumentar el 25% sobre lo que resulte de este calculo²⁹. Sin embargo, esto puede llegar a ser confuso para su correcta aplicación, además de que puede llegar a ser excesivo, ya que en adultos mayores se recomienda lograr como máximo un aporte de 30 kcal/kg/día en casos de desnutrición, esto sin hacer un aporte adicional como se menciona anteriormente⁵.

En cuanto a las proteínas se recomienda que la ingesta debe ser de 0,8-1,5 g/kg/día. Aunque las pérdidas nitrogenadas puedan ser altas en determinadas situaciones (sepsis, insuficiencia respiratoria crónica, hemodiálisis), no se recomienda aportes masivos (>2 g/kg/día) porque aumentan la tasa de catabolismo proteico y estos aportes pueden ser excesivos para la reducida función renal del adulto mayor.²⁰

La mitad de las calorías proteicas deben ser de origen animal, es decir, de alto valor biológico. Los lácteos, el pescado y el huevo son buenas fuentes de proteínas para el adulto mayor por su digestibilidad, alto valor biológico y facilidad de uso en preparaciones culinarias blandas y trituradas.²⁰

El aporte mínimo de hidratos de carbono para frenar el catabolismo proteico es de 100 g de glucosa al día. Deben de constituir el principal aporte calórico y vitamínico a partir de los cereales integrales, tubérculos, verduras, frutas, leguminosas y lácteos se recomienda un balance del 50-60% como máximo para evitar carencias en los demás nutrientes.³⁰

Para cubrir las necesidades de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales se recomienda un aporte de lípidos del 30-35%; Esto implica una reducción de grasas saturadas al 7-10% (grasa animal, coco y palma presentes en margarinas y grasas industriales) por aumentar el riesgo de arteriosclerosis; Un aumento de monoinsaturadas (MUFA –Ácidos grasos poliinsaturados–, AGMI –Ácidos grasos monoinsaturados) entre 10 y 15% (aceite de oliva y en proporciones menores en otros aceites extraídos de frutos secos) para mejorar el perfil lipídico y un aumento de poliinsaturadas al 10% ricos en ácidos grasos omega 3 (pescado azul) y ricos en ácidos grasos poliinsaturados omega 6 (los aceites de semillas girasol, soja y maíz).³⁰

En cuanto a los micronutrientes, las necesidades de vitaminas y minerales no varían respecto al adulto mayor sano, salvo en la necesidad de asegurar una ingesta mínima de 1,2 g/día de calcio (1 porción de lácteos = 300 mg de calcio = 250 ml leche = 2 yogures < 100 g queso fresco = 50 g queso curado) y 600 UI de vitamina D (se necesitan suplementos diarios en adultos mayores asilados) para prevenir la osteoporosis.

Las recomendaciones de agua recomendadas son de 30 a 35 ml por kg de peso corporal, con un mínimo de 1500 ml/día o 1 a 1,5 ml por kcal consumida.^{13,21}

2.6 Soporte nutricional

El soporte nutricional implica el suministro de nutrimentos más allá de la proporcionada por la ingesta normal de alimentos, mediante la administración de suplementos orales, nutrición enteral o nutrición parenteral. El objetivo general del soporte nutricional es asegurar que la ingesta total de nutrientes proporcione todos los requerimientos de energía, proteína, líquidos y micronutrientes. La indicación de soporte nutricional se debe considerar en pacientes con desnutrición o en riesgo de desnutrición cuya ingesta ha disminuido considerablemente y no son capaces de cubrir 2/3 de los requerimientos de la dieta oral, y/o tienen una pobre capacidad de absorción, altas pérdidas de nutrientes e incremento de los requerimientos nutricionales debido a catabolismo.^{31, 32}

La Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) en las últimas directrices recomienda la utilización de suplementos orales en adultos mayores, ya que consiguen aumentar la ingesta energética y de nutrientes, mantienen o mejoran el estado nutricional y mejoran la supervivencia.^{31, 32}

Estas fórmulas comerciales son una medida de soporte efectiva en el abordaje de la desnutrición, permiten cubrir las necesidades nutricionales, maximizar la ingesta de alimentos y, por ende, mejorar la calidad de vida de estos pacientes³³.

Los suplementos nutricionales para enriquecer la dieta se deben usar como complemento a la dieta habitual no como un sustituto total. Se deben tomar en determinados momentos del día para no interferir con la alimentación, evitando la sensación de saciedad precoz. La gama de suplementos disponibles en el mercado es amplia, con varias formas de presentación: líquidas, semisólidas y en polvo para dilución. Es fundamental implementar el suplemento que mejor se adapte al gusto y capacidad de alimentación del adulto mayor, por esta razón siempre se debe tomar en cuenta el sabor, la textura y la consistencia.³⁴

Los suplementos se pueden clasificar en función de su aporte dietético, se dividen en: hipercalórico, cuando la densidad calórica es superior a 1,5 kcal/mL, o hiperproteico, cuando el contenido en proteínas es superior al 20-25%. Existen también suplementos con los aportes dietéticos habituales (isocalóricos, normoproteicos) y/o reducidos (hipocalóricos, hipoproteicos) para determinados usos especiales, como es el caso de los preparados de menor contenido proteico para pacientes con insuficiencia renal o hepatopatías crónicas.³⁴

Pueden clasificarse de igual manera, según la presentación de los nutrientes, en poliméricas (los nutrientes se encuentran en su forma completa), oligoméricas/peptídicas (los macronutrientes se encuentran parcialmente hidrolizados a formas más simples para facilitar su absorción) o monoméricas/elementales (los macronutrientes se encuentran totalmente hidrolizados). Además, algunas incorporan fibra (mezclas de fibra soluble e insoluble), vitaminas, minerales y otros nutrientes específicos, como ácidos grasos, triglicéridos de cadena media, omega-3 y/o arginina. Es importante hacer un acompañamiento y un seguimiento evolutivo del adulto mayor que los requiere, para ajustar las dosis o tipos de suplementos.³⁴

Cuando el paciente con alto riesgo nutricional no puede mantener un estado nutricional adecuado a través de la ingesta oral, se debe iniciar con la nutrición enteral. Las guías ASPEN (Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral) definen la nutrición enteral como la administración de nutrición suplementaria a un tracto gastrointestinal en funcionamiento, sin pasar por la boca, siendo un componente vital de la terapia nutricional para pacientes con desnutrición.³⁵

La nutrición enteral se puede administrar vía sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía, cabe mencionar que algunos de estos métodos son más invasivos como la gastrostomía y la yeyunostomía. La ESPEN clasifica las fórmulas enterales en³³:

- Estándar con contenido de nutrientes apegado a las recomendaciones para población sana, tienen proteína intacta y lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga, con o sin fibra, generalmente no contienen gluten ni lactosa.
- Altas, normales o bajas en energía, las normales proveen 0.9 a 1.2 kcal/ml.

- Hiperproteicas con contenido de proteína igual o mayor al 20% de la energía total.
- Alto contenido de lípidos esta contiene más del 40% de la energía total en forma de lípidos,
- Alto contenido de ácidos grasos monoinsaturados (MUFA) esta tiene 20% o más del total de la energía de los MUFA, fórmulas para patologías específicas,
- Inmunomoduladoras, se caracterizan por un aumento en las cantidades de nutrientes que mejoran la función inmune de las células y modulan la respuesta inflamatoria.
- Proteína intacta o polimérica,
- Peptídica donde la proteína se encuentra en forma de péptidos (cadenas de 2 a 50 aminoácidos)
- De aminoácidos libres
- Con fibra o sin fibra.

La selección de una fórmula depende de las características físicas, alteraciones metabólicas del adulto mayor, estado nutricional, función gastrointestinal, patología de base y evolución con el tratamiento establecido en el momento del inicio del apoyo vía enteral.³⁵

Cuando la administración de nutrientes vía enteral es insuficiente debido a una ingesta limitada, una alteración de la digestión y/o absorción, un aumento del gasto energético y por alteraciones metabólicas o anatómicas; así como también, tras una cirugía digestiva, por necesidad de reposo intestinal; se recomienda iniciar con nutrición parenteral.^{36,37}

La nutrición parenteral es la administración de los nutrientes como aminoácidos, glucosa, grasa, electrolitos, vitaminas y minerales, por vía intravenosa, para su administración se debe colocar un catéter intravenoso en una vena grande en el tórax o en el brazo.³⁸

Se debe realizar un monitoreo puntual en el paciente que se le administre nutrición parenteral para prevenir complicaciones, haciendo hincapié en aquellos que la requerirán a largo plazo.

Se debe señalar que la administración de nutrición parenteral o enteral en pacientes con demencia avanzada no se recomienda fuera de ámbito hospitalario. Ya que estos se asocian con diarrea, un riesgo elevado de neumonía por aspiración, problemas gastrointestinales, úlceras por presión e infecciones frecuentes³⁹ además de otros motivos de seguridad ya que los pacientes podrían llegar a retirar las vías de administración de la nutrición, pudiendo generarse algún daño físico o alguna otra afectación grave a su salud, por lo tanto el responsable del paciente debe conocer todas las implicaciones que conlleva la nutrición enteral o parenteral y las repercusiones en la calidad de vida del paciente, esto para que pueda tomar decisiones sobre la continuidad o el cese del soporte nutricional.^{40,41,42}

III Justificación

La población de adultos mayores está incrementando notablemente en todo el mundo, esto gracias al aumento en la esperanza de vida relacionado a los avances médicos y tecnológicos, cambios en hábitos nutricionales y estilo de vida, mejora de la educación y acceso de la población a los servicios sanitarios, han conseguido de forma paulatina aumentar la esperanza de vida.

Los adultos mayores con demencia son una población vulnerable económica, social y biológicamente. La población adulta mayor tiene limitaciones en su vida diaria si depende de algún cuidador y/o sus oportunidades laborales se reducen significativamente, por lo tanto, hay descenso en sus ingresos, falta de protección social y muchas veces existe abandono.

Adicionalmente, el proceso de envejecimiento implica una serie de cambios que repercuten directamente sobre el estado nutricional de esta población, y esto la hace susceptible de tener un riesgo elevado de desnutrición y deficiencias nutricionales específicas, las cuales se asocian frecuentemente en los síndromes geriátricos. Este riesgo aumenta en el adulto mayor con demencia ya que se suman más factores como la dependencia y factores propios de la enfermedad que aumentan este riesgo. La presencia de desnutrición aumenta la morbilidad, la estancia hospitalaria y la mortalidad.

Esto se ve reflejado en la población evaluada, durante las prácticas en la fundación Alzheimer I.A.P, ya que más de la mitad de los pacientes tiene desnutrición o riesgo de desnutrición.

Se debe recalcar que gran parte de los casos de desnutrición se deben a causas reversibles y que se pudieron prevenir, por esto el tener una intervención nutricional temprana es de vital importancia para prevenir y detener la desnutrición y evitar complicaciones derivadas de la misma.

Este trabajo surgió por la necesidad de brindar información a los cuidadores, los familiares y los encargados de cocina de la fundación, acerca de nutrición en este sector de la población específicamente aquellos que cursan con desnutrición y padecen demencia, ya que se observó que tenían diversas dudas y no sabían que dar de comer a los pacientes, además de que desconocían el cómo la demencia influye en la nutrición del adulto mayor.

Por estos motivos había muchas deficiencias en la alimentación de los adultos mayores, desde el cómo debían comer, tomando en cuenta la posición, el material de los cubiertos, que no hubiera objetos en la mesa, que permanecieran sentados y sin distracciones, hasta el que debían comer de acuerdo con sus necesidades en cuanto a nutrimentos.

Por esta razón y aunado a que hacen falta guías de nutrición dirigidas a familiares y cuidadores de los adultos mayores, que orienten sobre el tratamiento nutricional de la desnutrición en adultos mayores con demencia, se tomó la decisión de realizar

este trabajo para que así los cuidadores tuvieran la información necesaria para saber cómo debe ser la nutrición de estos pacientes, y mejorar así su calidad de vida.

IV Objetivos

Objetivo general:

Elaborar una guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias dirigido a los cuidadores y familiares para coadyuvar a la disminución de desnutrición mediante una intervención nutricional oportuna.

Objetivos específicos:

- Brindar criterios de detección de desnutrición en el adulto mayor con demencias.
- Brindar estrategias nutricionales al cuidador y familiares del adulto mayor para el tratamiento nutricional de la desnutrición.
- Brindar educación nutricional a familiares y cuidadores.

V Metodología

5.1 Descripción de actividades programadas dentro de la institución

La duración del servicio social fue de 6 meses, los cuales se dividieron en actividades propias del servicio social y las dirigidas a la elaboración de una guía de nutrición dirigida a los cuidadores y familiares de los adultos mayores con demencia.

Durante el servicio social se realizaron distintas actividades, y se lograron distintas metas. (Tabla 1)

Las actividades del servicio social dentro de la fundación fueron durante el primer mes la toma de medidas antropométricas (peso, estatura, circunferencia de pantorrilla y media de brazo), se elaboró una base de datos para verificar el progreso individual y tener un mejor monitoreo.

Se aplicó posteriormente el MNA y se dividió al grupo en 3 tipos de estado nutricional: normal, riesgo de desnutrición y desnutrición (Anexo 1).

Posteriormente se agendó cita presencial o a distancia con cada cuidador o familiar de los pacientes con el objetivo de elaborar las historias clínicas y un plan de alimentación personalizado para dar recomendaciones puntuales para la elaboración de los menús en cocina (almuerzo y comida). Cada 15 a 30 días se realizó el monitoreo antropométrico. Con estas medidas se ajustó su plan de alimentación, cada cambio se informó en cocina al trabajar en conjunto con la elaboración del menú semanal, esto conforme las donaciones que teníamos en ese momento y los objetivos de cada paciente. Se les dio un folleto general de alimentación y una plática sobre nutrición en el adulto mayor con demencia dentro de las instalaciones.

Se hizo una observación y análisis de cocina (observar los ingredientes, marcas y productos usados en la elaboración de los alimentos) para dar recomendaciones generales e individuales en cocina para la elaboración de las comidas y hablar con

cada uno de los familiares y cuidadores para actualizar la información de cada paciente, se les enviarán recomendaciones personalizadas, así como su plan de alimentación.

6.2 Descripción de actividades realizadas para la elaboración de la guía

Para la elaboración de la guía de nutrición, primero se realizó una revisión de evidencia científica mediante una búsqueda en diversas fuentes como PubMed, Revista de Gastroenterología, Nutrición Médica, NGM, Biblioteca de la UAM y Elsevier, entre otras, con los términos “desnutrición”, “adulto mayor”, “demencias” entre otros, se abarcó un periodo del 2003 al año en curso (2023).

Se incluyeron guías clínicas, manuales, estudios observacionales transversales exploratorios, ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis, estudios experimentales prospectivos, revisión panorámica y estudios analíticos, revisión bibliográfica, guías clínicas.

La primera etapa de la elaboración de la guía fue la revisión de evidencia científica, la segunda etapa fue sobre la selección de la información y la tercera etapa abarcó la organización de la información y procesamiento para el diseño y elaboración de la guía. (Tabla 1)

Finalmente se dieron recomendaciones en cocina para cada paciente y así mismo a los familiares o cuidadores, con base en la guía.

Tabla 1. Actividades programadas			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	OBJETIVO	METAS
Generales			
Toma y descripción de medidas antropométricas de cada paciente.	Observar y analizar a cada paciente. Toma de medidas antropométricas	Evaluar el estado nutricional de cada paciente	Elaborar una base de datos con indicadores antropométricos del 100% de los pacientes
Elaboración de historias clínicas y aplicación del MNA	Agendar y realizar llamadas a familiares para la elaboración del historial clínico-nutricional. Aplicar MNA a cada paciente.	Recabar información para el historial clínico nutricional y evaluar el riesgo nutricional por prueba de tamizaje.	Realizar un historial clínico nutricional del 100% de los pacientes para la toma de decisiones.
Elaboración de planes de alimentación.	Prescribir planes de alimentación individuales basados en la historia clínica nutricional.	Elaborar un plan de alimentación a cada paciente.	Dar el 100% de los planes de alimentación a los cuidadores y a cocina para aplicar puntos importantes sobre éste.
Dar recomendaciones a cocina y a familiares para realizar el monitoreo nutricional.	Brindar recomendaciones específicas a cada cuidador sobre la nutrición del paciente. Brindar información necesaria sobre la alimentación del paciente al personal de cocina. Realizar el monitoreo nutricional.	Dar recomendaciones a familiares y encargados de cocina acerca de la alimentación de los pacientes. Monitoreo de cada paciente.	Brindar detalles importantes en cocina y a los cuidadores sobre la nutrición de cada paciente y realizar el monitoreo para ajustar la alimentación de cada paciente.

Tabla 1. Actividades programadas			
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	METAS
Específicas del proyecto de investigación específico			
Revisión de evidencia científica	Realizar búsqueda bibliográfica de artículos relevantes acerca del tratamiento nutricional en el adulto mayor con demencia y desnutrición.	Clasificar la información sobre el tratamiento del adulto mayor con demencia y desnutrición.	Obtener la mejor evidencia científica actual sobre el tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor con demencia
Selección de la información	Selección de lo relevante y adecuado por cada rubro de la guía.	Selección y segmentación de la información obtenida.	Seleccionar la información final para la guía
Organización de la información y procesamiento para la elaboración de la guía.	Con la información seleccionada y segmentada se procesó para la elaboración de la guía.	Organizar la información para el diseño y elaboración de la guía.	Organizar la información y redacción de la guía.
Fuente: Elaboración propia			

VII Descripción de objetivos y metas alcanzados por actividad realizada

Tabla 2. Descripción de objetivos y metas alcanzados por actividad realizada			
ACTIVIDAD	METAS ALCANZADAS	POBLACIÓN ATENDIDA	PRODUCTOS DE TRABAJO
Generales			
Toma y descripción de medidas antropométricas de cada paciente.	100% de los pacientes.	22 pacientes	Base de datos.
Elaboración de historias clínicas y aplicación del MNA	91% de las historias clínicas y MNA.	20 pacientes	Dividir al grupo en 3 tipos de estado nutricional: normal, riesgo de desnutrición y desnutrición)
Elaboración de planes de alimentación.	64% de los pacientes.	14 pacientes	Planes de alimentación individuales
Dar recomendaciones a cocina y a familiares para realizar el monitoreo nutricional.	64% de los pacientes y cuidadores.	14 pacientes	Recomendaciones específicas a cocina y familiares. Folleto de alimentación en el adulto mayor y una plática sobre nutrición.
Específicas del proyecto de investigación específico			
Revisión de evidencia científica	Se obtuvo evidencia científica específica y actualizada.	No aplica	Guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias
Selección de la información	Selección de información relevante	No aplica	
Organización de la información y procesamiento para la elaboración de la guía.	Se obtuvo la información para la guía.	No aplica	
Fuente: Elaboración propia			

VIII Resultados

8.1 Actividades generales

Dentro de las actividades generales dentro de la fundación, se aplicó la herramienta de tamizaje Mini Nutritional Assessment (MNA) y mediante los resultados arrojados, se dividió a los pacientes por su estado nutricional, en normal, riesgo de desnutrición y desnutrición.

De los 22 pacientes 12 tenían riesgo de desnutrición y 10 desnutrición. A 12 se les indicó una dieta normocalórica, a 10 pacientes hipercalórica. En cuanto a las proteínas a 11 pacientes se les prescribió una dieta hiperproteica y en general los carbohidratos variaron del 50 a 54%, los lípidos varían del 30 al 34%. (**tabla 3**)

Paciente	Riesgo de desnutrición	Desnutrición	Padecimientos	GET	Macronutrientes		
					CH %	Prot % y g/kg/d	Lip %
1	X		Demencia leve/Diabetes tipo II/Hipertensión	1500	53	15 1 g/kg/d	32
2	X		Demencia leve/Diabetes tipo II/Hígado Graso no alcohólico	1700	52	16 1 g/kg/d	32
3	X		Demencia avanzada/Hipotiroidismo/Osteoporosis/insomnio (deambula en exceso)	2150	53	15 1 g/kg/d	32
4	X		Demencia moderada/Insuficiencia cardiaca/Diabetes tipo II/Hipertensión	1500	52	15 1 g/kg/d	33
5		X	Demencia moderada/Hipotiroidismo/Hipertensión	1500	52	16 1.2g/kg/d	32
6		X	Demencia leve/Hipotiroidismo/Disfagia/osteoporosis	1450	54	14 1.2g/kg/d	32
7		X	Demencia moderada/Diabetes tipo II/Artritis/Periodontitis	1600	52	14 1 g/kg/d	34
8	X		Demencia moderada/Diabetes tipo II/Hipotiroidismo/Hipertensión	1600	50	19 1.2g/kg/d	31
9		X	Demencia moderada/Diabetes tipo II/gota	1400	52	14 1 g/kg/d	34
10	X		Demencia leve/Insuficiencia cardiaca/Hígado graso no alcohólico	2000	53	15 1.2g/kg/d	32
11	X		Demencia leve/Diabetes/asma	1750	52	16 1 g/kg/d	32
12		X	Demencia moderada/Divertículos/Asma/insuficiencia cardiaca	1600	51	18 1.2g/kg/d	31
13		X	Demencia avanzada/Diabetes tipo II/Hipertensión	1800	52	15 1 g/kg/d	33

Tabla 3. Descripción de las evaluaciones por paciente							
Paciente	Riesgo de desnutrición	Desnutrición	Padecimientos	GET	Macronutrientes		
					CH %	Prot % y g/kg/d	Lip %
14		X	Demencia avanzada/Diabetes tipo II/Hipotiroidismo	1500	52	16 1 g/kg/d	32
15	X		Demencia leve/Diabetes/Hipertensión/Disfagia	1400	52	16 1 g/kg/d	32
16	X		Demencia leve/Hipotiroidismo/Periodontitis	1550	51	19 1.2g/kg/d	30
17		X	Demencia avanzada/Artritis/Hipotiroidismo	1800	52	18 1.2g/kg/d	30
18	X		Demencia avanzada/Diabetes tipo II/Hipertensión	1400	52	14 1 g/kg/d	32
19	X		Demencia leve/Osteoporosis	1900	51	19 1.2g/kg/d	30
20	X		Demencia moderada/Cataratas/Hipertensión/osteoporosis	1800	52	16 1.2g/kg/d	32
21		X	Demencia moderada/Prediabetes/Fibromialgia	1650	52	15 1 g/kg/d	33
22		X	Demencia moderada/Diabetes tipo II/Osteoporosis	1800	52	15 1 g/kg/d	33
TOTAL	12	10					

Fuente: Elaboración propia

8.2 Elaboración de la guía

Los datos obtenidos en las evaluaciones nutricionales aportaron los datos para definir los elementos que debería incluir la guía.

Con la búsqueda de evidencia científica fueron seleccionados 25 artículos, de éstos 15 fueron descartados después de revisar los resúmenes por no cumplir con los criterios de inclusión que se establecieron y 10 fueron los seleccionados, ya que además de ser los más actuales y que tenían información de interés cumplían estos criterios.

La mayoría de los artículos menciona la importancia de la correcta evaluación nutricional, ya que esta permite identificar personas en riesgo de desnutrición o con desnutrición, con el fin de brindarles apoyo nutricional tan pronto como sea posible.

En la mayoría de los artículos se menciona la importancia del soporte nutricional a través de suplementos orales y en caso de ser necesario se recomienda iniciar la nutrición enteral o parenteral únicamente en el ámbito hospitalario, ya que fuera de éste, no se recomienda su uso al ser contraproducente el uso sondas o catéteres en estos pacientes cuando no están bajo estricta vigilancia médica. (Tabla 4)

En la tabla 4 se mencionan los datos de relevancia e información de interés de cada artículo, para la realización de la guía.

Tabla 4. Características de los artículos científicos sobre el tratamiento para la desnutrición en el adulto mayor con demencia.		
Titulo	Año	DATOS DE RELEVANCIA
Malnutrición. Tratado de geriatría para residente. Montero M., Díaz T., Esteban F., Jiménez V., Pascual A.	2006	Gasto energético total Las necesidades [gasto energético total] suelen estar reducidas en el anciano respecto de la población adulta. El metabolismo basal (MB) se reduce sólo un 5% por década a partir de los 65 años. El anciano malnutrido puede necesitar hasta 50% más calorías que cuando estaba sano (35 Kcal/kg/día). Proteínas: 0,8-1,5g/kg/día (10-15%de las calorías diarias, 40-50 g/día). Lípidos: Máximo 30%. Carbohidratos: El aporte mínimo de hidratos de carbono para frenar el catabolismo proteico es de 100 g de glucosa al día. Micronutrientes: Las necesidades de vitaminas y minerales no varía respecto al adulto mayor sano, salvo en la necesidad de asegurar una ingesta mínima de 1,2 g/día de calcio y 600 ui de vitamina D (se necesitan suplementos diarios en institucionalizados) para prevenir la osteoporosis. Puede estar justificado de uso preventivo la suplementación de vitamina E (riesgo cardiovascular y Alzheimer)
Evaluación y Control Nutricional del anciano hospitalizado. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-553-12.	2009	Gasto energético total: Aporte máximo 30 kcal/kg/día Carbohidratos: 50-55% Proteínas: 20% dependiendo comorbilidades.
Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional. Velásquez M.	2011	Suplementación vía oral: La suplementación produce un consistente aumento de peso corporal, que puede reducir la mortalidad en pacientes desnutridos y que también puede tener un efecto benéfico sobre las complicaciones.
Estrategias de intervención nutricia en adultos con desnutrición. Balcón K.	2017	Gasto energético total: Los requerimientos de energía en el paciente con desnutrición dependerán de la enfermedad subyacente y la condición clínica. Puede usarse Harris y Benedict en combinación con factores de actividad y estrés. Proteína: en adulto sano se encuentra bien establecido 0.8 gr/kg/día, mientras que en la desnutrición se observa una alteración en el metabolismo de proteínas, se presenta un incremento en la proteólisis, así como en la excreción de nitrógeno urinario, por lo tanto, se debe evaluar individualmente Carbohidratos: 130 gr/día.
Abordaje nutricional de las personas mayores. Restrepo J., Sevilla V., Rebollo I., Jiménez J.	2015	Suplementos nutricionales orales: indicados cuando existe malnutrición o riesgo de esta, en aquellos individuos que sólo son capaces de cubrir 2/3 de los requerimientos con la dieta oral. El uso de suplementos, sobre todo los hiperproteicos, reduce el riesgo de úlceras por presión.
Desnutrición en el adulto mayor: cómo abordarla desde la farmacia comunitaria García J., Pastor E., Vidal A., Bach A.	2022	Suplementos y preparados nutricionales orales: En los pacientes de edad avanzada en riesgo de desnutrición o con una desnutrición establecida, en quienes el consumo habitual de alimentos no es suficiente, podemos valorar introducir suplementos nutricionales orales para aumentar el aporte de calorías, proteínas y otros nutrientes.
ESPEN guidelines on nutrition in dementia ESPEN, Volkert D., Chourdakis M., Faxen-irving G., et al.	2015	Soporte nutricional (nutrición enteral y parenteral): la nutrición enteral y parenteral se asocia con un riesgo elevado de neumonía por aspiración, diarrea, problemas gastrointestinales y úlceras por presión, además de infecciones frecuentes en pacientes con demencia avanzada.

Tabla 4. Características de los artículos científicos sobre el tratamiento para la desnutrición en el adulto mayor con demencia.		
Titulo	Año	DATOS DE RELEVANCIA
Ethical aspects of artificially administered nutrition and hydration: An ASPEN position paper. Baird D., Barrocas A., Giussepina M., et al.	2021	Nutrición enteral: La decisión de iniciar o terminar el uso de nutrición enteral en pacientes con demencia avanzada lo determina el responsable del paciente, el debe tener en cuenta que la nutrición enteral no previene ni detiene la demencia ni la muerte inminente e implica diversos riesgos para el paciente.
Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revista clínica médica. Escuin L., Vaca J., Carbonell J., et al.	2013	Nutrición enteral: En pacientes con demencia no existe evidencia que establezca que la alimentación por sonda prevenga las aspiraciones ni que se logre una mejoría en el estado nutricional ni que prevenga la desnutrición o sus consecuencias, tampoco se logran mayores tasas de supervivencia.
Enteral Nutrition in dementia. Nutrients. Brooke Joanne., Ojo O.	2015	Nutrición enteral: La nutrición enteral en los cuidados en enfermedades terminales no está recomendada, aunque esta revisión reconoce que catalogar dentro de enfermedades terminales a la demencia es controversial aún, se puede recomendar el brindar toda la información a los responsables del paciente respecto a la implementación de la sonda, los riesgos y las repercusiones en la calidad de vida del paciente para que ellos puedan tomar la decisión de iniciar o no con el soporte nutricional.

Fuente: Elaboración propia

IX Discusión

En los diferentes artículos se destaca la importancia de la detección temprana de la desnutrición o riesgo de desnutrición en los adultos mayores con demencia por lo que se recomienda una evaluación periódica y utilizar pruebas de tamizaje. Hay distintos tipos, pero específicamente el MNA es el más recomendado por su alta sensibilidad, el detectar de forma temprana el riesgo de desnutrición o la desnutrición mejora el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente.

Es claro que el tratamiento nutricional para el adulto mayor con demencia y desnutrición no difiere de otras patologías.

Además de adaptar el tratamiento nutricional en cuanto a los padecimientos de cada paciente, también se deben tomar en cuenta las problemáticas que conlleva por si misma la desnutrición, ya que esta induce adaptaciones metabólicas y endocrinas necesarias para mantener los procesos vitales básicos, por ejemplo hay presentes dislipidemia y resistencia a la insulina ya que la desnutrición induce la producción de hormonas del estrés lo cual incrementa el catabolismo proteico y la lipólisis y esta se manifiesta en alteraciones del perfil lipídico y endócrino dando como resultado una elevación en las concentraciones de glucosa y triglicéridos en sangre.⁴³

También es necesario asegurar un aporte de calorías superior a lo requerido en un adulto mayor sano por los cambios conductuales y su impacto sobre el gasto energético. Sin embargo, algunos estudios recomiendan un aporte excesivamente elevado en calorías, lo cual difícilmente se alcanzaría con únicamente alimentos y conllevaría riesgos adicionales. por lo tanto, la mejor opción iniciar será de manera

paulatina a tolerancia del paciente y se recomienda lograr como máximo un aporte de 30 kcal/kg/día⁵.

En el caso de las proteínas, cada artículo tiene una recomendación distinta, pero siempre se menciona que se deberían tomar en cuenta las características de cada paciente, este macronutriente es el que mayormente deberá estar en vigilancia debido al estrés metabólico presente, se recomienda una ingesta de 0,8-1,5 g/kg/día.²⁰

En cuanto a los micronutrientes se menciona que estos no varían respecto a las necesidades de un adulto mayor sano, sin embargo, en el artículo de Montero M. se menciona que se debe de asegurar una ingesta mínima de 1,2 g/día de calcio y 600 UI de vitamina D y se necesitan suplementos diarios en institucionalizados, esto para prevenir la osteoporosis cabe mencionar que la mayoría de adultos mayores con demencia requerirá de este suplemento ya que por la demencia que cursan a la mayoría de los pacientes no los llevan fuera de su domicilio y casi nunca a están expuestos a la luz solar.²⁰

En caso de no poder cubrir las calorías y nutrientes requeridos, Restrepo J. (2015) menciona que, cuando existe malnutrición o riesgo de ésta, en aquellos individuos que sólo son capaces de cubrir 2/3 de los requerimientos, el uso de suplementos es necesario, sobre todo los hiperproteicos, además de que estos reducen el riesgo de úlceras por presión.³²

Los suplementos nutricionales para enriquecer la dieta se deben usar como complemento a la dieta habitual no como un sustituto total. Se deben tomar en determinados momentos del día para no interferir con la alimentación. La gama de suplementos disponibles en el mercado es amplia, con varias formas de presentación: líquidas, semisólidas y en polvo para dilución. Es fundamental implementar el suplemento que mejor se adapte al gusto, capacidad y patologías del adulto mayor, por esta razón siempre se debe tomar en cuenta el sabor, la textura, la consistencia, calorías y nutrientes de la fórmula que se empleará.³⁴

Su uso debe ser vigilado para en caso de tener que hacer algún ajuste en cantidad de uso, consistencias o formulación se haga lo antes posible.

En caso de no poder cubrir los nutrimentos ni las calorías requeridas, normalmente podríamos pensar de primera instancia en el soporte nutricional, sin embargo, en pacientes con demencia avanzada no es recomendado administrar este tipo de nutrición fuera del ámbito hospitalario. Su uso se asocia en este tipo de pacientes con un riesgo elevado de neumonía por aspiración, problemas gastrointestinales, úlceras por presión e infecciones frecuentes, además de otros motivos de seguridad, ya que los pacientes podrían llegar a retirar la sonda o el catéter, pudiendo generarse algún daño físico o alguna otra afectación grave a su salud. No es recomendada su utilización a largo plazo y fuera de una estricta supervisión, por lo tanto, el responsable del paciente debe conocer todas las implicaciones que

conlleve la nutrición enteral o parenteral y las repercusiones en la calidad de vida del paciente para tomar decisiones sobre la continuidad o el cese del soporte nutricional, ya que, su uso en este tipo de pacientes no supone una mejoría ni detiene el avance en la demencia, Por lo tanto, conllevaría más desventajas y problemas que beneficios.^{39,41,42}

X Conclusiones

El estado nutricional del adulto mayor con demencia debe ser considerado y evaluado minuciosamente por los profesionales de la salud ya que el riesgo de desnutrición en esta etapa es importante, sobre todo si el adulto mayor se encuentra en instituciones de cuidado como asilos, casas de reposo o está hospitalizado. Cabe señalar que la desnutrición trae consigo un sinfín de problemáticas, que afectaran la calidad de vida del adulto mayor y aumentaran la morbilidad, por lo que es importante su detección temprana.

La evaluación nutricional tiene una importancia fundamental en los adultos mayores con demencia ya que permite identificar personas en riesgo de desnutrición o con desnutrición, de igual forma, a través de los diferentes tamizajes se pueden hacer seguimientos y estrategias de intervención nutricional para optimizar el manejo medico integral.

En cuanto al soporte nutricional a través de suplementos por la vía oral o enteral esta debe ser considerada únicamente en ciertos casos donde no se cubran los requerimientos de calorías y nutrientes bajo vigilancia muy cerrada, lo cual en adultos mayores con demencia llega a ser común. Se debe preferir la suplementación oral por ser más segura, la enteral sólo está indicada en sujetos hospitalizados por periodos cortos para estabilizar. Cada paciente debe ser evaluado para que en caso de que se requiera soporte nutricio, se implemente lo antes posible sin complicar el manejo del trastorno neurocognitivo.

Finalmente, es importante mencionar que existe una falta de información precisa y actualizada para poder tratar a los adultos mayores con demencia que cursan con desnutrición, así mismo esto es de suma importancia para los cuidadores de los mismos ya que al no haber información actualizada y precisa, esto ocasiona dudas acerca del cuidado en cuanto a la alimentación del adulto mayor con demencia y puede derivar en una complicación en el estado de salud del mismo por esto es importante que se capacite al cuidador sobre la nutrición en esta etapa de la vida, esto se vio reflejado en la institución ya que la mayoría de los familiares o cuidadores no sabían cómo poder nutrir correctamente a los pacientes. Cabe señalar que esta población es considerada de riesgo, por lo tanto, es importante que se les de mayor prioridad y atención a este sector, ya que también la esperanza de vida se está incrementando cada vez más y esto conlleva a un incremento en la población de adultos mayores con demencia.

XI Recomendaciones

Basándonos en las conclusiones antes mencionadas se constatan algunas necesidades y se proponen las siguientes recomendaciones:

Realizar evaluaciones constantes acerca del estado de salud del adulto mayor, esto para en caso de detectar alguna problemática en cuanto a su salud y alimentación, poder tratarla adecuadamente

Crear estrategias en materia de salud y nutrición que sean asumibles por los cuidadores de los adultos mayores con desnutrición y demencia, a fin de fomentar una alimentación saludable, suficiente y variada encaminada a mejorar la salud de la población.

Fomentar la alimentación variada y completa para poder cubrir así todos los requerimientos para esta población.

XII Referencias

- 1.- García A., Reyes L., Tabares K., La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enferm. Univ. México* 2017; 14 (3): 200-201. [internet] [consultado el 9 de marzo] Disponible en: [La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería \(scielo.org.mx\)](http://scielo.org.mx)
- 2.-Tafur J., Ramírez M., Carbonell A., López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2018; 13(5): 360-361. [internet] [consultado el 10 de marzo] Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf
- 3.-Botella, J., & Ferrero, M. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. *Nutrición Hospitalaria* 2004; 19(3):154-159. [internet] [consultado el 9 de marzo] Disponible en: [La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar \(isciii.es\)](http://isciii.es)
- 4.-Wanden-Berghe, C.; Culebras J. Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutrición Hospitalaria* 2010, 25 (3): 1-9. [internet] [consultado el 10 de marzo] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226766001.pdf>
- 5.-IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-553-12 Evaluación y Manejo Nutricional en el Anciano Hospitalizado. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2015. [internet] [consultado el 9 de marzo] Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/553GRR.pdf>
- 6.-Fundación Alzheimer Alguien con quien contar A.C. *Quienes somos*, 2015 [consultado 11 Agosto 2022] Disponible en: [Alzheimer | Alguien con quien contar IAP](http://www.alzheimeriap.org)
- 7.-ONU. Demencia. Hoja informativa, Demencia 2013. [internet] [consultado el 9 de Mayo] Disponible en:

[Demencia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

8.- Vásquez L., Asenjo-Alarcón J., Factores patológicos asociados a demencia senil en adultos mayores de un centro médico. Ciencia y Salud 2021; 5(2): 20 [Internet] [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [Vista de Factores patológicos asociados a demencia senil en adultos mayores de un centro médico \(intec.edu.do\)](#)

9.- Cisneros T., Castro S., Montes B. y Carrillo N., Alzheimer: diferencias por género entre América Latina y otras regiones del mundo, Secretaria de salud, género y salud en cifras, 2017; 15 (3) 2. [internet] [consultado el 1 Agosto] Disponible en: [revista_15-3-1.pdf \(www.gob.mx\)](#)

10.- Dávila L., Demencia. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2016, [internet] [consultado el 9 de Mayo] Disponible en: Demencia (epsnutricion.com.mx) https://www.epsnutricion.com.mx/infografias/que_son_las_demencias.pdf

11.- Martín M., Demencia con cuerpos de Lewy: diagnóstico, clínica y tratamiento, SEMERGEN. 2006;32(4):168 [consultado el 9 de Mayo] Disponible en: [Demencia con cuerpos de Lewy: \(elsevier.es\)](#)

12.- Fundación Alzheimer España. Clasificación de las demencias, 2015 [consultado 11 mayo 2022] Disponible en: [Clasificación de Demencias - Fundación Alzheimer España \(alzfae.org\)](#)

13.- Gil G., Sánchez J., Demencia, Tratado de geriatría para residentes, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid, 2006: 181-182. [internet] [consultado el 11 de Mayo] Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>

14.- Cantón A., Lozano F., García M., Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE, Nutr. Hosp. 2019; 36 (4): 988-989. [Internet] [consultado el 11 de Mayo] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n4/1699-5198-nh-36-04-00988.pdf>

15.- Camacho O., Medina M., Serrano C., Demencia y depresión: dos entidades relevantes en el envejecimiento patológico, Acta Neurol Colomb. 2006; 22 (3): 272 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: https://www.acnweb.org/acta/2006_22_3_269.pdf

16.-Rodríguez I., Nutrición y alimentación en el paciente con demencia, Revista Mexicana de Neurociencia. 2015; 16 (1): 98-99. [internet] [consultado 20 de Mayo] Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_III/UNIDAD_4/Nutricion.pdf

17.- Zenón T., Silva J. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Medicina Interna de México 2012; 28(1): 57-58. [internet] [consultado el

21 de mayo] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121i.pdf>

18.- Galindo C., Aguilar D., Disfagia en el adulto mayor, Univ. Med. 2020; 61 (4): 1. [Internet] [consultado el 10 de Mayo] Disponible en: [Vista de Disfagia en el adulto mayor \(javeriana.edu.co\)](http://javeriana.edu.co)

19.- Molina A., Disfunciones en el gusto y el olfato en la enfermedad de Alzheimer, [Tesis] Universidad Miguel Hernández de Elche. 2018, pg 7. [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6134/1/TFG%20Santonia%20Molina%2C%20Andr%C3%A9s.pdf>

20.-Montero M., Díaz T., Esteban F., Jiménez V., Pascual A., Malnutrición. Tratado de geriatría para residente. 2006; 1: 227-228. [internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2022_II.pdf

21.- Caballero M., Martínez E., Estado nutricional en personas mayores y su influencia sobre el deterioro cognitivo y la demencia, Psicogeriatría 2016; 6 (3): 101. [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO_0603_099_R_2616007_Leon.pdf.

22.- Rolland Y, V Lauwers-Cances, M Courtnot. Sarcopenia, calf circumference and physical function of elderly women: A cross-sectional study. J Am Geriatr Soc 2003; 51(8): 1120. [Internet] [consultado el 12 de Mayo] Disponible en: [Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study - PubMed \(nih.gov\)](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

23.- Velásquez M., Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional, RESPYN Revista de salud pública y nutrición, 2011; 12 (2): 4 [Internet] [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [Disponible en: untitled \(medigraphic.com\)](http://medigraphic.com)

24.- D'Hyver C., Valoración geriátrica integral Rev. Fac. Med. 2017; 60 (3): 40-41 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [Valoración geriátrica integral \(scielo.org.mx\)](http://scielo.org.mx)

25.-Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, Valoración del estado nutricional en personas mayores. 2023; 1: 34-35 [Internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: [valoracion-del-estado-nutricional-en-personas-mayores--aadynd.pdf](http://aadynd.org)

26.-. Camina M., Beatriz M., Vincenzo M., Valoración del estado nutricional en Geriatría declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol, 2016; 51(1): 54-55. [Internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: [Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología \(elsevier.es\)](http://elsevier.es)

- 27.- BAPEN British Association of Parenteral and Enteral Nutrition, Malnutrition Universal Screening Tool'. [internet] [consultado el 1 de Agosto] Disponible en: [must-toolkit.pdf \(bapen.org.uk\)](https://www.bapen.org.uk/must-toolkit.pdf)
- 28.- Zhang F., He S., Dong L., Front. Comparison of Two Malnutrition Assessment Scales in Predicting Postoperative Complications in Elderly Patients Undergoing Noncardiac Surgery, Public Health, 2021, 9 (2) 2-3 [Internet] [consultado el 1 de agosto] Disponible en: [Frontiers | Comparison of Two Malnutrition Assessment Scales in Predicting Postoperative Complications in Elderly Patients Undergoing Noncardiac Surgery \(frontiersin.org\)](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.684111/full)
- 29.- IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-095. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2009. [internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: [095GRR \(imss.gob.mx\)](https://www.imss.gob.mx/gpc/guia/095GRR)
- 30.- Ríos M., Raviña A., La nutrición en el anciano, OFFARM, 2003; 22 (5); 102 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [La nutrición en el anciano | Offarm \(elsevier.es\)](https://www.elsevier.es/la-nutricion-en-el-anciano-offarm)
- 31.- Balcón K., Estrategias de intervención nutricia en adultos con desnutrición Proyecto de titulación para obtener el grado de Maestría en Nutrición Clínica, instituto nacional de salud pública escuela de salud pública de México, [Tesis] 2017. [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/55490.pdf>
- 32.- Restrepo J., Sevilla V., Rebollo I., Jimenez J., Abordaje nutricional de las personas mayores. Problemática nutricional del anciano institucionalizado, Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética, 2015; 1(1): 1 102 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [Abordaje Nutricional Del Adulto Mayor Desnutrido | PDF | Dieta | Nutrición \(scribd.com\)](https://www.scribd.com/document/248888888/Abordaje-Nutricional-Del-Adulto-Mayor-Desnutrido-PDF-Dieta-Nutricion)
- 33.- Garcia J., Pastor E., Vidal A., Bach A., Desnutrición en el adulto mayor: cómo abordarla desde la farmacia comunitaria, El farmacéutico 2022; 610: 34 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [ef-610-tendencias-te-interesa-desnutricion.pdf \(elfarmacaceutico.es\)](https://www.elfarmacaceutico.es/ef-610-tendencias-te-interesa-desnutricion.pdf)
- 34.- Bechtold M., Brown P., Escuro A., Johnston T., Kozenieck M., Limketka B., et al. When is enteral nutrition indicated?, ASPEN J Parenter Enteral Nutr. 2022;46: 1470 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [When is enteral nutrition indicated? \(wiley.com\)](https://www.wiley.com/doi/10.1002/ajpen.1470)
- 35.- IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-563. Nutrición enteral: fórmulas, métodos de infusión e interacción fármaco-nutriente. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2018. [internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/563GER.pdf>
- 36.- IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-556. Nutrición parenteral: prevención de complicaciones metabólicas, orgánicas y relacionadas a las mezclas de nutrición parenteral. Centro Nacional de

Excelencia Tecnológica en Salud. 2012. [internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: [Microsoft Word - GER NutricionParenteralComplicaciones.doc \(ssm.gob.mx\)](#)

37.- Lopez L., Indicaciones de la nutrición parenteral Nutr. Hosp. 2017; 34 (3):1 [internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: [Indicaciones de la nutrición parenteral \(isciii.es\)](#)

38.- ASPEN. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. ¿Qué es la nutrición parenteral?, Nutrition care, 2007. [internet] [consultado el 25 de Mayo] Disponible en: [ASPEN | Que es la Nutricion Parenteral \(nutritioncare.org\)](#)

39.-Volkert D., Chourdakis M., Faxen-Irving G., Frühwald Thomas., et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical nutrition 2015; 34: 1052-1053 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026156141500237X>

40.- Schwartz D., Barrocas A., Annetta G., Stratton K., et al. Ethical aspects of artificially administered nutrition and hydration: An ASPEN position paper, Rev. Clinic. Med. Fam. 2021; 36 (2): 265 [internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33616284/>

41.-Escuá L., Vaca J., Carbonell J., et al. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revista clínica medica. 2013; 6 (1): 42 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000100007

42.-Brooke Joanne. & Ojo O. Enteral Nutrition in dementia Nutrient. 2015; 7 (1): 2465 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425154/>

43.- Velázquez C. y Orozco J. Dislipidemia en niños con desnutrición aguda. Perspectivas en nutrición humana 2012; 14 (2): 168 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082012000200005

Anexos

Anexo 1 Mini Nutritional Assessment

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Suma los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltarle apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	<input type="checkbox"/>
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/>
Cribaje	<input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	

Re: Velazco B, Vilarejo H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10 : 456-603.
 Rubenstein LZ, Haber JO, Saha A, Guigoz Y, Velazco B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice - Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geriatr* 2001; 56A : N366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revisión 2009.
 Para más información: www.nestle.com

Anexo 2. Guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias



Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Licenciatura en Nutrición Humana

Guía de tratamiento para la desnutrición en el paciente adulto mayor con demencias

Presenta: Karla Valeria Vilchis Méndez

2173026887@alumnos.xoc.uam.mx

Matrícula: 2173026887

Asesor: M. en C. María Magdalena Sánchez Jesús

Agosto, 2024

INDICE

Introducción	¡Error! Marcador no definido.
II Objetivos	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo general:.....	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos específicos:.....	¡Error! Marcador no definido.
III Alimentación en personas con demencia	¡Error! Marcador no definido.
Imagen 1. Cuidados del adulto mayor	¡Error! Marcador no definido.
3.1 Demencias: conceptos	¡Error! Marcador no definido.
3.2 Cambios en la alimentación y conducta alimentaria en personas con demencia	¡Error! Marcador no definido.
3.3 Desnutrición y demencias	¡Error! Marcador no definido.
3.4 Valoración nutricional geriátrica	¡Error! Marcador no definido.
3.5 Tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor	¡Error! Marcador no definido.
3.6 Soporte nutricional.....	¡Error! Marcador no definido.
IV Recomendaciones generales y dietéticas.....	¡Error! Marcador no definido.
V REFERENCIAS.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexos.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1. Bitácora de peso.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2. Diario de 3 días de alimentación.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 3. Mini Nutritional Assessment	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 4. Maniobra de Heimlich.....	¡Error! Marcador no definido.

Introducción

El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y sociales importantes que incrementan los problemas del estado nutricional del adulto mayor, predominando la desnutrición.¹

La desnutrición es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes. Ésta conlleva un cambio en el estado de nutrición.

La desnutrición produce alteraciones del sistema de defensa, lo que deriva en mayor número y gravedad de infecciones y complicaciones de otras enfermedades, que pone en riesgo la vida del paciente.²

Existe una relación entre el progreso de la demencia senil y la pérdida de peso debido a la incapacidad para preparar y comprar alimentos, depender de ayuda para comer, incapacidad para comunicar lo que se desea comer, disminución del olfato y del gusto, aumento de los requerimientos de energía por deambulación y agitación. En etapas más avanzadas de la enfermedad no reconocer los alimentos, perder la capacidad y habilidad de comer.³

La desnutrición puede detectarse clínicamente por signos y síntomas físicos, medidas antropométricas y pruebas bioquímicas que deberán ser realizadas por un profesional de la salud.^{4,5} En este documento se explican para que los cuidadores y familiares comprendan los reportes y la importancia de las indicaciones dadas por el médico, enfermera, nutriólogo u otro personal de salud.

En el tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor con demencia, se recomienda iniciar con aumento de las calorías y proteínas diarias del adulto mayor, adecuado a las enfermedades que presente y modificando la textura acorde con sus capacidades y habilidades de alimentación.

En caso de no poder dar las calorías y proteínas necesarias para el paciente con desnutrición y problemas de alimentación, se necesitará de un suplemento alimenticio que debe ser indicado y vigilado por un profesional de la salud.

II Objetivos

Objetivo general:

Ofrecer una guía de tratamiento para la desnutrición en el adulto mayor con demencias dirigida a los cuidadores y familiares

Objetivos específicos:

-Facilitar la comprensión de las pruebas de detección de desnutrición en el adulto mayor con demencias aplicadas por el profesional de la salud.

-Brindar estrategias nutricionales al cuidador y familiares del adulto mayor para el tratamiento nutricional de la desnutrición en forma simple.

III Alimentación en personas con demencia

La alimentación en el adulto mayor con demencia implica un problema para el cuidador y los familiares, ya que hay alteraciones en la conducta al momento de comer y en etapas avanzadas de la demencia puede haber una pérdida de la capacidad de comer por olvidos. Esto convierte la hora de comer en un reto e interfiere con un estado nutricional saludable.

Imagen 1. Cuidados del adulto mayor



Fuente: Ardizzone M., La importancia de la buena alimentación en los mayores Supercuidadores, 2014.

3.1 Demencias: conceptos

La demencia es el deterioro de la capacidad para procesar el pensamiento (capacidad cognitiva). Afecta funciones mentales superiores como la memoria, la concentración, el juicio, la orientación, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la comunicación, la capacidad de aprendizaje y destrezas previamente aprendidas, como las que se usan en la alimentación y el cuidado personal. Este deterioro puede ir acompañado por trastornos del control de emociones o del comportamiento social⁶, provocando aislamiento e inmovilidad que agravan y aceleran la demencia y el deterioro del estado de nutrición.

La demencia afecta a cada persona de manera diferente y su avance depende de los cuidados médicos, de las causas de la demencia y de la atención oportuna para cada probable complicación. De ahí la importancia de asegurar las evaluaciones con los diferentes especialistas y seguir las indicaciones específicas. La demencia

tiene tres etapas de avance, sus características individuales se resumen en la siguiente tabla.⁶

Tabla. Etapas de la demencia	
ETAPA	Características
Inicial	Poco evidente, hay Tendencia a olvidos de responsabilidades habituales, pérdida de la noción del tiempo, lenguaje simplificado y una disminución de habilidades manuales.
Intermedia	Olvido de acontecimientos recientes y datos precisos, como los nombres de personas conocidas, extravíos en lugares incluso en su propio hogar, dificultad para comunicarse y comienzan a requerir ayuda en actividades de la vida diaria.
Tardía	Dependencia casi total. Alteraciones de la memoria graves, hay confusión en el tiempo y en el espacio, existe dificultad para reconocer a familiares y amigos, puede haber dificultad para caminar, hay alteraciones del comportamiento que y las actividades básicas de la vida diaria se ven afectadas
Fuente: Elaboración propia	

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico, se basa en la historia clínica, la exploración física y la evaluación neuropsicológica y funcional del adulto mayor, por lo que, participan psiquiatras, médicos, psicólogos, nutriólogos, enfermeras, fisioterapeuta y trabajadora social. Pueden ser necesarias otras especialidades si el paciente presenta otras enfermedades como: diabetes, hipertensión, problemas hepáticos, entre otras.

Su tratamiento es multifactorial y de vital importancia seguir el tratamiento farmacológico para los síntomas cognitivos y conductuales. Los cuidados paliativos incluyen todos los procedimientos y acciones que requiere el paciente con demencia para mejorar su calidad de vida al prevenir oportunamente las complicaciones derivadas.^{7,8}

3.2 Cambios en la alimentación y conducta alimentaria en personas con demencia

Los factores de riesgo derivados de la demencia que afectan la conducta durante la alimentación son diversos y distintos en cada persona. Algunos de las conductas más comunes son^{9,10}

- Falta de atención durante las comidas.
- Agnosia (pérdida de la capacidad de reconocer los objetos o para qué se usan) que se puede observar cuando el adulto mayor olvida como usar los cubiertos durante las comidas, o ponerse su dentadura para comer.
- Alteraciones del comportamiento durante las comidas olvidando que están comiendo, quedarse dormidos, levantarse de la mesa y querer deambular, arrojar o tirar la comida o guardarla en la ropa, pudiendo llegar a agresiones físicas.

- Otros factores de riesgo de en cuanto a la alimentación son la dispraxia (pérdida de la capacidad de comer por alteración de la coordinación), así mismo pueden presentar otras conductas como el querer comer objetos como las servilletas, papel de baño, entre otros objetos a su alcance; Además de la alteración en las funciones ejecutivas de la persona con demencia como la compra y preparación de las comidas, son las primeras en aparecer y conforme avanza la enfermedad, los adultos mayores serán dependientes de algún cuidador.^{11,12}

Otros determinantes pueden ser la limitación de recursos económicos, ya que al no poder laborar tienen poco dinero para la compra de alimentos y su alimentación se ve limitada o restringida.^{2, 12}

De igual forma, la parte emocional tiene un papel determinante en la alimentación. Muchos adultos mayores viven en asilos porque sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos pueden sentirse solos, lo que afecta su estado de ánimo, aunado a que la demencia por si sola tiene un gran impacto emocional. La gran mayoría de adultos mayores que la padecen pueden tener periodos de ansiedad, tristeza extrema y depresión, irritabilidad, agitación, llanto y alteración del sueño, lo que en la mayoría de los casos provoca pérdida de apetito.^{2, 12}

Desde el cambio en las conductas de alimentación y las capacidades para comer, hasta los factores socioeconómicos y emocionales, disminuyen la calidad de vida de los adultos mayores con demencia, por esto tienen una mayor predisposición a padecer de desnutrición.

Imagen 2. Alimentación en el adulto mayor



Fuente: Osete J., ¿Cómo puedes actuar cuando una persona mayor no quiere comer?,
Dosfarma, 2018

3.3 Desnutrición y demencias

En adultos mayores con o sin demencias 15 de cada 100 en comunidad, 23 a 62 en hospitalizados y 85 o más en los que están en asilos.¹² presentan desnutrición.

La desnutrición entre los pacientes con cualquier enfermedad del sistema nervioso, como las demencias, es alta y debe ser tratada oportunamente. Afecta de 30 a 40 por cada 100 pacientes en cualquier fase de la enfermedad.¹³

Los adultos mayores con o sin demencia pueden tener problemas de masticación, por carecer de piezas dentales, tener saliva insuficiente y espesa, debilidad de los músculos de la cara o estar bajo el efecto de medicamentos.^{8,9} Se debe tener especial cuidado cuando se nota aflojamiento de los dientes y sangrado de las encías, ello amerita atención dental.

La dificultad de poder tragar la comida (disfagia orofaríngea) es frecuente en etapas avanzadas en las personas con demencia^{10,12}.

La disminución en la sensibilidad gustativa y olfativa (percibir sabores, olores y temperatura de los alimentos) se puede observar en etapas iniciales de la demencia, por lo que muchas veces el adulto mayor se rehúsa a comer ciertos alimentos o utiliza exceso de sal o azúcar.¹³

Los adultos mayores con demencia incrementan sus necesidades de energía por movimientos excesivos, como deambular por largo tiempo.

Todo lo anterior aumenta el riesgo de desnutrición en el adulto mayor con demencia.

3.4 Valoración nutricional geriátrica

La desnutrición en el adulto mayor provoca muchas consecuencias que resultan en debilidad y fragilidad, favoreciendo las caídas y mayor riesgo de fracturas.^{13,15}

- Al no consumir lo suficiente, incrementa el riesgo de padecer anemia y estos dos factores pueden favorecer las infecciones.
- La regeneración de las heridas es lenta y la estancia hospitalaria es más larga.
- Puede haber deterioro cognitivo más acelerado por bajo consumo de alimentos ricos en antioxidantes como frutas y verduras, y ácidos grasos que encontramos en pescados y semillas.

Una adecuada valoración del estado nutricional es fundamental para detectar en forma oportuna la desnutrición, determinar situaciones de riesgo, identificar las causas de las deficiencias nutricionales y, finalmente diseñar el plan de actuación para mejorar el estado nutricional y evaluar los beneficios de la intervención nutricional.

La valoración nutricional geriátrica es un proceso complejo que considera las causas de la desnutrición y la condición clínica de los adultos mayores evaluados. Debe ser hecha por profesionales de la salud en constante comunicación después de cada evaluación para hacer más fácil aplicar las indicaciones en la vida diaria.

Se recomienda llevar una bitácora para anotar todos los datos proporcionados y solicitados por los profesionales de la salud. Cada 2 semanas anote el peso del adulto mayor para notar cualquier cambio y reportarlo al profesional de la salud para atender lo antes posible.¹⁵

El profesional de la nutrición evaluará la circunferencia de brazo y pantorrilla, y otras mediciones adicionales que considere necesarios, así como estatura exacta con algunas ecuaciones, ya que ésta puede variar si el adulto mayor tiene alguna afectación en la columna.¹⁶

La valoración bioquímica complementa la información y permite detectar deficiencias nutricionales no evidentes, esto lo determinará el médico.¹⁷

El profesional de la salud hará una exploración física detallada e identificará el estado clínico a detalle, sin embargo, es de vital importancia que el cuidador o el familiar observe siempre al adulto mayor. Si nota palidez, alguna lesión, ulcera o resequedad o cualquier otro cambio, es importante hacerlo saber al profesional de la salud.¹⁸

El nutriólogo aplicará el recordatorio de 24 horas para calcular el consumo del paciente. La prueba consiste en mencionar todo lo que el adulto mayor coma a detalle en 24 horas¹⁶:

- Se empieza por el primer alimento o bebida del día, incluye porciones, ingredientes y horarios, incluso con los que se cocinaron los alimentos, se continua con las siguientes comidas y lo que come entre comidas principales, esto hasta terminar con todo lo que se consumió en 24 horas, por lo tanto, es recomendable siempre tener una noción de cantidades y productos con los que se alimenta el adulto mayor, para tener todo con mayor detalle se sugiere antes de acudir con el profesional de la salud.
- El diario de 3 días se anotarán horarios de comidas, y en cada tiempo de comida se pondrá lo que comió, por cada alimento se debe anotar cuanto se consumió en cucharadas, tazas (250ml), platos medianos o vasos incluyendo las bebidas. Por ejemplo, si el paciente desayuna un licuado de plátano se debe anotar: 10 am, un licuado de plátano para el cual se usó 1 taza de leche entera de 250ml, 1 plátano mediano y 1 cucharada sopera de azúcar. Esto por cada preparación que coma.

También aplicará una prueba de tamizaje nutricional, la más recomendada es el Mini Nutritional Assessment (MNA). Es el cuestionario más aceptado y utilizado a nivel mundial. Es un método de valoración nutricional enfocado para personas mayores de 65 años. Con éste, el nutriólogo determinará si hay riesgo de desnutrición, desnutrición o ningún problema. Consiste en preguntar sobre la alimentación del adulto mayor, si este ha comido menos o tiene menos apetito, cuantos líquidos y comida consume al día, también se pregunta por la cantidad de medicamentos que consume, y sobre el peso y movilidad del paciente.

Posteriormente el nutriólogo tomará distintas medidas corporales, como la circunferencia de brazo y pantorrilla. Esta información facilita completa em MNA.^{1, 20}

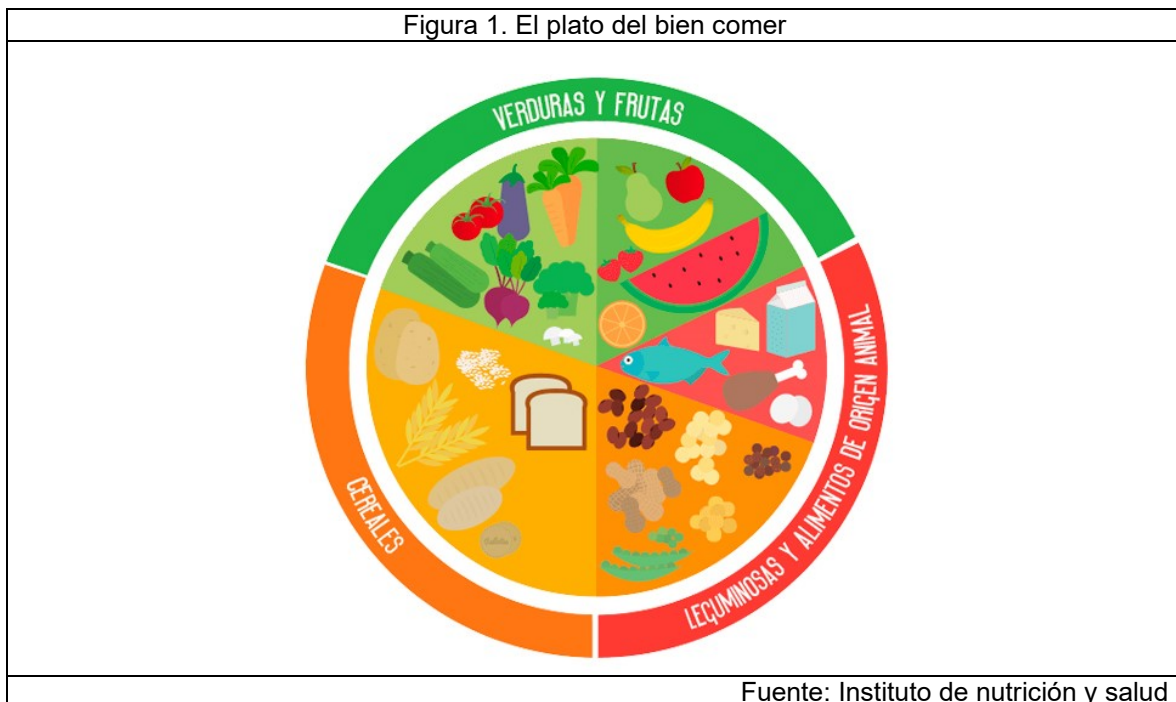
3.5 Tratamiento nutricional de la desnutrición en el adulto mayor

Se inicia con el incremento del aporte en las calorías que consume al día el adulto mayor y un aumento en el aporte de proteína. Debe ser adecuado para las enfermedades que tenga el paciente y modificando la textura de acuerdo con sus capacidades y habilidades de alimentación.²¹

Hay que procurar que la alimentación diaria del adulto mayor sea suficiente para cubrir sus necesidades energéticas, el nutriólogo le dará las instrucciones en forma sencilla de seguir. Se deben evitar los intervalos entre comidas amplios, ofrecer alimentos cada 4 horas es adecuado en la mayoría de los casos. Respetar los horarios de comida facilita cubrir varias porciones al día.

Para la alimentación podemos basarnos en el plato del bien comer, este se creó para orientar a la población hacia una alimentación balanceada, mostrando cuáles son los diferentes grupos de alimentos y cómo debemos combinarlos en nuestra alimentación diaria.²²

Los alimentos están distribuidos en el plato del bien comer en tres grandes grupos, según sus características y por los nutrimentos que nos aportan como se muestra en la **Figura 1**.²²



El consumo de proteínas es importante para mantener defensas activas y frenar las infecciones, la fuerza muscular para un mejor movimiento y sanar en forma adecuada las heridas. En adultos mayores con problemas para comer se ve limitado el consumo de alimentos que aportan proteínas, el nutriólogo le orientará en cómo mejorar la cantidad de proteína consumida. Si su paciente tiene problemas renales, el nutriólogo le indicará el ajuste en las cantidades de proteína por tipo y cantidad de alimentos para no forzar al riñón y no provocar deficiencia de este nutrimento. Las proteínas de origen animal son las más completas para el organismo. La leche y sus derivados, el pescado y el huevo son buenas fuentes de proteínas para el adulto mayor por su digestibilidad, alto valor biológico y facilidad de uso en preparaciones culinarias blandas y trituradas.¹⁴

Los cereales deben ser en su mayoría integrales como pan integral, pasta integral, arroz integral, quinua, avena, así como fomentar el consumo de tubérculos, y leguminosas. Se deberá fomentar el consumo de frutas al menos 2 porciones al día, se deben evitar los jugos por la alta cantidad de azúcares que contienen, de preferencia que se consuman de forma completa y si es posible con cáscara. Se recomienda al menos 3 porciones de verduras al día.²³

Para cubrir las necesidades de grasas al día, es necesario, tener un aumento en el consumo de grasas “grasas saludables” (conocidas como mono y poliinsaturadas), las encontramos en el aceite de oliva en mayor cantidad, pero también en cualquier aceite vegetal. Es importante no sobrecalentar o reutilizar el aceite porque pierden sus propiedades benéficas. Los pescados como el salmón y el atún, los frutos secos (cacahuates, nueces) y el aguacate aportan este tipo de grasa saludable, debe consumirlos en cantidades pequeñas.

Se recomienda una reducción de grasas saturadas “grasas malas”. Las encontramos en la grasa animal, coco y palma, también en margarinas y grasas de productos industrializados, disminuir su consumo reduce el riesgo de problemas cardíacos y cerebrales.²³

Para las vitaminas y minerales no varían respecto al adulto mayor sano y para asegurar que se cubra el consumo de vitaminas requiere el adulto mayor, es necesario fomentar el consumo de ciertos alimentos en específico, los cuales podrá observar a detalle en la **Tabla 2**.

Se debe asegurar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, fomentando el consumo de lácteos, yogures y queso fresco. Para mejorar los niveles de vitamina D en nuestro organismo se recomienda la exposición al sol, no directamente, antes del mediodía, durante 10 a 15 minutos diarios (se necesitan suplementos diarios en adultos mayores asilados) para prevenir la osteoporosis.²³

Las recomendaciones de agua son de 30 a 35 ml por kg de peso corporal, con un mínimo de 1500 ml/día, por ejemplo, si el adulto mayor tiene un peso de 60kg, estos los debemos de multiplicar por 30 ml (60 kg X 30 ml = 1800 ml.) el resultado es de 1800ml o 1.8 L, esto es lo que debe consumir el adulto mayor al día.^{8,12} Una forma sencilla de lograr una buena hidratación es beber de 4 a 5 vasos de agua de 350 ml cada uno.

Tabla 2. Nutrientes y alimentos	
Nutriente	Alimentos
Vitamina A	Hortalizas de hoja verde, yema de huevo, productos lácteos y leche enriquecidos (queso, yogur, mantequilla y crema de leche), hígado, carne de res y pescado.
Vitamina D	Pescado (graso como el salmón, la caballa, el arenque y la perca emperador), aceites de hígado de pescado (aceite de hígado de bacalao), cereales enriquecidos, productos lácteos y leche enriquecidos (queso, yogur, mantequilla y crema de leche).
Vitamina E	Aguacate, hortalizas de hoja verde oscura (espinaca, brócoli, espárrago y hojas de nabo), aceites (cártamo, maíz y girasol), papaya y mango, semillas y nueces, germen de trigo y aceite de germen de trigo.
Vitamina K	Repollo (col), coliflor, cereales, hortalizas de hoja verde oscura (brócoli, col de Bruselas y espárrago), verduras de hoja oscura (espinaca, col rizada, berza y hojas de nabo), pescado, hígado, carne de res y huevos.
Tiamina	Leche en polvo, huevo, pan y harina enriquecidos, carnes magras, legumbres (frijoles secos), nueces y semillas, vísceras, guisantes, granos integrales.
Niacina	Aguacate, huevos, panes enriquecidos y cereales fortificados, pescado (atún y peces de agua salada), carnes magras, legumbres, nueces, patata, carne de aves de corral.
Vitamina B6	Aguacate, plátano, legumbres, carne de res, nueces, carne de aves de corral, granos integrales.
Biotina	Chocolate, cereal, yema de huevo, legumbres, leche, nueces, vísceras (hígado, riñón), carne de cerdo, levadura
Vitamina B12	Carne, huevos, alimentos fortificados como la leche de soya (soja), leche y productos lácteos, vísceras (hígado y riñón), carne de aves de corral, mariscos.
Folatos	Espárragos y brócoli, remolachas, frijoles secos (moteado, blanco común, poroto, lima), cereales fortificados, hortalizas de hoja verde (espinaca y lechuga romana), lentejas, naranjas y jugo de naranja, mantequilla de maní, germen del trigo
Vitamina C	Brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, cítricos, papas, espinaca, fresas, tomate y jugo de tomate

Fuente: Elaboración propia

3.6 Soporte nutricional

El soporte nutricional implica el suministro de nutrimentos más allá de la proporcionada por la ingesta normal de alimentos, mediante la administración de suplementos orales. El objetivo general del soporte nutricional es asegurar que la ingesta total de nutrientes proporcione todos los requerimientos de energía, proteína, líquidos y micronutrimentos. La indicación de soporte nutricional se debe considerar en pacientes con desnutrición o en riesgo de desnutrición cuya ingesta ha disminuido considerablemente y no son capaces de cubrir 2/3 de los requerimientos de la dieta oral.^{24, 25}

Para determinar si el adulto mayor está disminuyendo su ingesta alimentaria podemos recurrir a un cuestionario de residuos en el plato como se muestra en la **Figura 2**.²⁶

Del lado izquierdo contiene los tiempos de comida, mismos que pueden adaptarse a las comidas que realiza normalmente el adulto mayor y en la parte de arriba hay algunas que constan de cinco categorías para valorar la ingesta de forma visual: todo (> 80%), casi todo (80-60%), la mitad (60-40%), casi nada (40-20%) o nada (< 20%).²⁶

Esto nos sirve como seguimiento de la ingesta del adulto mayor y si notamos que esta está disminuyendo y no puede cubrir más del 60% por la vía oral, debemos recurrir con un profesional de la salud para verificar el motivo de la disminución de la ingesta y si se requiere comenzar con un suplemento oral.^{25,27}

Figura 2. Cuestionario de residuos en el plato

	Todo	Casi todo	La mitad	Casi nada	Nada
Desayuno					
Comida					
1 er plato					
2 ndo plato					
Merienda					
Cena					
Otros					

Fuente: Elaboración propia

Se recomienda la utilización de suplementos orales en adultos mayores para aumentar la ingesta energética y de nutrientes, sobre todo cuando se niega a comer. Esto permite mantener o mejorar el estado nutricional.^{28, 29}

Los suplementos orales son una medida de soporte efectiva para prevenir y tratar la desnutrición. Deben usarse como complemento a la dieta, no sustituirla. Se deben tomar en un horario que no interfiera con la alimentación, evitando la sensación de saciedad. La gama de suplementos disponibles en el mercado es amplia, con varias formas de presentación: líquidas, semisólidas y en polvo para dilución. Es fundamental implementar el suplemento que mejor se adapte al gusto y capacidad de alimentación del adulto mayor, por esta razón siempre se debe tomar en cuenta el sabor, la textura y la consistencia.³¹ El nutriólogo le sugerirá la mejor opción para el paciente, el cuidador debe asegurarse de que se cumpla con las ingestas que le prescriban.

Cuando el paciente con alto riesgo nutricional no puede mantener un estado nutricional adecuado a través de la ingesta oral ni con suplementos, se debe iniciar con la nutrición enteral o a través de sondas directas al estómago o intestino.²⁷

Cuando la administración de nutrientes vía enteral es insuficiente debido a una ingesta limitada, una alteración de la digestión y/o absorción, así como también, tras una cirugía digestiva, por necesidad de reposo intestinal; se recomienda iniciar con nutrición parenteral.^{28,29} La nutrición parenteral es la administración de los nutrientes

como aminoácidos, glucosa, grasa, electrolitos, vitaminas y minerales, por vía intravenosa.³⁰

Se debe señalar que la administración de nutrición enteral o parenteral en pacientes con demencia avanzada no se recomienda fuera de ámbito hospitalario.^{32,33,34}

IV Recomendaciones generales y dietéticas

Hay que cuidar la presentación de los platos ofreciendo variedad de menús; alimentos identificables por la vista, color y olor; varias comidas al día de varios platos. El lugar donde se come debe resultar agradable, mejorar el entorno donde se realiza la comida puede mejorar significativamente la ingesta.³⁵

A la hora de comer:

- -Eliminar todos los objetos que no sean comestibles de la mesa,
- -Eliminar todas las distracciones,
- -Tener horarios fijos de comidas
- -Tratar de comer siempre en el mismo espacio
- -Evitar el uso de cubiertos afilados o con los que el adulto mayor pudiera lastimarse. Si es posible, tener cubiertos especiales (Imagen 3)
- -Ponga en mesa con elementos simples y evite platos, manteles individuales con muchos dibujos que podrían confundir a la persona.
- -De porciones pequeñas y espere con paciencia a que el adulto mayor trague el bocado completo



- Si la persona no quiere comer, haga una pausa, entreténgala con otra actividad y vuelva a intentar que coma más adelante
- Aliente a la persona a sentarse recta con la cabeza ligeramente hacia adelante para evitar que se atragante. Si la persona se inclina hacia atrás, muévala hacia adelante.(Imagen 4)

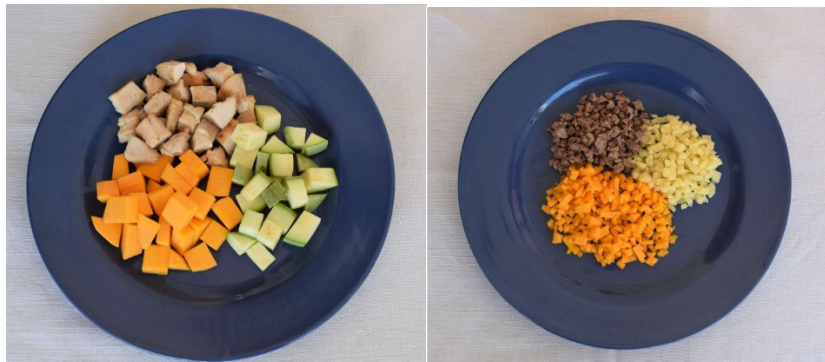
Imagen 4. Posición correcta para las comidas



Fuente: Amavir, Disfagia en personas mayores: qué tipos hay y cómo prevenirla, 2023.

- Sirva a temperatura media los alimentos.
- Adapte las comidas a las texturas dependiendo las enfermedades del adulto mayor, el profesional de la salud deberá determinar la textura, es importante que siga las instrucciones dadas correctamente para evitar atragantamiento.
- Procure hacer varias comidas al día (fragmentar la comida). El nutriólogo le puede orientar acerca de la forma de hacerlo. (Imagen 5)

Imagen 5. Distintas texturas de alimentos



Picado

Picado Fino



Puré

Fuente: Ruiz M., Cieri E., Luciano S. Atlas fotográfico de consistencias de alimentos, Escuela de Nutrición FCM, 2019

- Cada comida debe ser completa y variada basándonos en el plato del bien comer.
- Evite alimentos de consistencias muy duras como semillas.
- Es posible que la persona no recuerde cuándo comió o si lo hizo. Si continúa pidiendo comida puede considerar dividir la comida ejemplo: primero fruta y avena, después un yogur.
- Aprenda la maniobra de Heimlich (Anexo 4) y esté alerta a señales de ahogamiento.

Después de comer:

- Revise la boca de la persona para ver que haya tragado toda la comida.
- Al terminar de comer hacer el aseo dental necesario, es importante que el adulto mayor tenga una correcta higiene. (Imagen 6)

Imagen 6. Aseo dental



Fuente: Riboldi E., Menor tasa de infecciones y mortalidad con cepillado dental durante la hospitalización, Medscape 2023

V REFERENCIAS

- 1.- García A., Reyes L., Tabares K., La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enferm. Univ. México* 2017;14(3):200-201. [internet] [consultado el 9 de marzo] Disponible en: [La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería \(scielo.org.mx\)](https://scielo.org.mx)
- 2.-Tafur J., Ramírez M., Carbonell A., López M. Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2018;13(5): 360-361. [internet] [consultado el 10 de marzo] Disponible en: https://www.revhipertension.com/rh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf
- 3.-Botella, J., & Ferrero, M. La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. *Nutrición Hospitalaria* 2004;19(3):154-159. [internet] [consultado el 9 de marzo] Disponible en: [La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar \(isciii.es\)](https://www.isciii.es)
- 4.-Wanden-Berghe, C.; Culebras J. Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. *Nutrición Hospitalaria* 2010;25(3):1-9. [internet] [consultado el 10 de marzo] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226766001.pdf>
- 5.-IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-553-12 Evaluación y Manejo Nutricional en el Anciano Hospitalizado. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2015. [internet] [consultado

el 9 de marzo] Disponible en:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/553GRR.pdf>

6.-ONU. Demencia. Hoja informativa, Demencia 2013. [internet] [consultado el 9 de Mayo] Disponible en: [Demencia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

7.- Dávila L., Demencia. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2016: 1-3. [internet] [consultado el 9 de Mayo] Disponible en: Demencia (epsnutricion.com.mx)
https://www.epsnutricion.com.mx/infografias/que_son_las_demencias.pdf

8.- Gil G., Sánchez J., Demencia, Tratado de geriatría para residentes, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid, 2006:181-182. [internet] [consultado el 11 de Mayo] Disponible en:
<http://www.geriatría.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>

9.- Cantón A., Lozano F., García M., Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE, Nutr. Hosp. 2019;36(4):988-989. [Internet] [consultado el 11 de Mayo] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n4/1699-5198-nh-36-04-00988.pdf>

10.- Camacho O., Medina M., Serrano C., Demencia y depresión: dos entidades relevantes en el envejecimiento patológico, Acta Neurol Colomb. 2006;22(3):272-274 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en:
https://www.acnweb.org/acta/2006_22_3_269.pdf

11.- Zenón T., Silva J. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Medicina Interna de México 2012;28(1):57-58. [internet] [consultado el 21 de mayo] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121i.pdf>

12.- Galindo C., Aguilar D., Disfagia en el adulto mayor, Univ. Med. 2020;61(4):1-2. [Internet] [consultado el 10 de Mayo] Disponible en: [Vista de Disfagia en el adulto mayor \(javeriana.edu.co\)](#)

13.- Molina A., Disfunciones en el gusto y el olfato en la enfermedad de Alzheimer, [Tesis] Universidad Miguel Hernández de Elche. 2018, 7-8. [consultado el 15 de Mayo] Disponible en:
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/6134/1/TFG%20Santonja%20Molina%2C%20Andr%C3%A9s.pdf>

14.-Montero M., Díaz T., Esteban F., Jiménez V., Pascual A., Malnutrición. Tratado de geriatría para residente. 2006;1: 227-228. [internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2022_II.pdf

15.- Caballero M., Martínez E., Estado nutricional en personas mayores y su influencia sobre el deterioro cognitivo y la demencia, Psicogeriatría 2016;6(3):101-102. [consultado el 15 de Mayo] Disponible en:
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO_0603_099_R_2616007_Leon.pdf.

16.- Rolland Y, V Lauwers-Cances, M Courtnot. Sarcopenia, calf circumference and physical function of elderly women: A cross-sectional study. J Am Geriatr Soc

2003;51(8):1120-1121. [Internet] [consultado el 12 de Mayo] Disponible en: [Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study - PubMed \(nih.gov\)](#)

17.- Velásquez M., Desnutrición en los adultos mayores: la importancia de su evaluación y apoyo nutricional, RESPYN Revista de salud pública y nutrición, 2011;12(2):4-6 [Internet] [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [untitled \(medigraphic.com\)](#)

18.- D'Hyver C., Valoración geriátrica integral Rev. Fac. Med. 2017;60(3):40-41 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [Valoración geriátrica integral \(scielo.org.mx\)](#)

19.-Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, Valoración del estado nutricional en personas mayores. 2023;1:34-35 [Internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: [valoracion-del-estado-nutricional-en-personas-mayores--aadynd.pdf](#)

20.- Camina M., Beatriz M., Vincenzo M., Valoración del estado nutricional en Geriátrica declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol, 2016;51(1):54-55. [Internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: [Valoración del estado nutricional en Geriátrica: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología \(elsevier.es\)](#)

21.- IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-095. Evaluación y Control Nutricional del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2009. [internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: [095GRR \(imss.gob.mx\)](#)

22.- INSK, Instituto de nutrición y salud, El plato del bien comer, 2008, 1-2 [internet] [consultado el 25 de Mayo] Disponible en: [INSK | El plato del bien comer](#)

23.- Ríos M., Raviña A., La nutrición en el anciano, OFFARM, 2003;22(5):102-103 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [La nutrición en el anciano | Offarm \(elsevier.es\)](#)

24.- Balcón K., Estrategias de intervención nutricia en adultos con desnutrición Proyecto de titulación para obtener el grado de Maestría en Nutrición Clínica, instituto nacional de salud pública escuela de salud pública de México, [Tesis] 2017. [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/55490.pdf>

25.- Restrepo J., Sevilla V., Rebollo I., Jimenez J., Abordaje nutricional de las personas mayores. Problemática nutricional del anciano institucionalizado, Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética, 2015;1(1): 1-3 [consultado el 15 de Mayo] Disponible en: [Abordaje Nutricional Del Adulto Mayor Desnutrido | PDF | Dieta | Nutrición \(scribd.com\)](#)

26.- Calleja A., Casariego A., Cano I., Ballesteros M., Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica, Nutr. Hosp. 2016;33(2):2-3 [Internet] [consultado el 10 de Mayo] Disponible en: [Cuestionario](#)

[semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica \(isciii.es\)](#)

27.- IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-563. Nutrición enteral: fórmulas, métodos de infusión e interacción fármaco-nutriente. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2018. [internet] [consultado el 18 de Mayo] Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/563GER.pdf>

28.- IMSS. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-556. Nutrición parenteral: prevención de complicaciones metabólicas, orgánicas y relacionadas a las mezclas de nutrición parenteral. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2012. [internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: [Microsoft Word - GER_NutricionParenteralComplicaciones.doc \(ssm.gob.mx\)](#)

29.- Lopez L., Indicaciones de la nutrición parenteral Nutr. Hosp. 2017;34(3):1-2 [internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: [Indicaciones de la nutrición parenteral \(isciii.es\)](#)

30.- ASPEN. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. ¿Qué es la nutrición parenteral?, Nutrition care, 2007. [internet] [consultado el 25 de Mayo] Disponible en: [ASPEN | Que es la Nutricion Parenteral \(nutritioncare.org\)](#)

31.-Volkert D., Chourdakis M., Faxen-Irving G., Frühwald Thomas., et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical nutrition 2015;34: 1052-1053 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026156141500237X>

32.- Schwartz D., Barrocas A., Annetta G., Stratton K., et al. Ethical aspects of artificially administered nutrition and hydration: An ASPEN position paper, Rev. Clinic. Med. Fam. 2021;6(2):265-267 [internet] [consultado el 20 de Mayo] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33616284/>

33.-Escuá L., Vaca J., Carbonell J., et al. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revista clínica medica. 2013;6(1):42-44 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000100007

34.-Brooke Joanne. & Ojo O. Enteral Nutrition in dementia. Nutrient. 2015;7(1):2465-2466 [internet] [consultado el 30 de Mayo] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425154/>

35.-NIH, National Institute of Aging, ¿Cómo enfrentar las últimas etapas de la enfermedad de Alzheimer, 2017. [internet] [consultado el 30 de Mayo]: [Cómo enfrentar las últimas etapas de la enfermedad de Alzheimer | National Institute on Aging \(nih.gov\)](#)

Anexos

Anexo 1. Bitácora de peso

NOMBRE:		FECHA DE NACIMIENTO		
ALTURA				
MES				
SEMANA	1	2	3	4
PESO KG				

Anexo 2. Diario de 3 días de alimentación

Nombre:			Edad:
DIARIO DE 3 DIAS DE CONSUMO DETALLADO			
DIA 1			
Horario	Tiempo de comida	Alimentos y/o bebidas desglosado en ingredientes y cantidades (cucharadas, taza 250 ml, plato promedio, piezas)	
	Desayuno	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Colación	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Comida	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Colación	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Cena	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
DIA 2			
	Desayuno	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Colación	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Comida	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Colación	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Cena	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
DIA 3			
	Desayuno	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Colación	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Comida	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Colación	Alimento: Ingredientes y cantidad:	
	Cena	Alimento: Ingredientes y cantidad:	

Anexo 3. Mini Nutritional Assessment

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltado apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal	
8-11 puntos: riesgo de malnutrición	
0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cribaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>	malnutrición

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006 ; 10 : 458-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Saka A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA, 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-nestle.com

Anexo 4. Maniobra de Heimlich

