



# Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

## Intervenciones para reducir la desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia

### Recomendaciones

- La educación del personal debe centrarse en las necesidades de cada paciente con respecto a los requisitos de alimentación y nutrición, la valoración nutricional, y los trastornos comunes de los pacientes que sufren demencia, como son las dificultades en la deglución y la higiene bucal y el cuidado dental. (**Grado B**)
- Las estrategias deben centrarse en aumentar la ingesta dietética en pacientes con riesgo de desnutrición, como aumentar el contenido de energía, o modificar la textura de los alimentos y de las bebidas. (**Grado B**)
- Si es posible, se deben realizar modificaciones en el ambiente del comedor para que sea más propicio para comer. Pequeños comedores con un punto focal de atención como un acuario o música de fondo pueden promover la ingesta de alimentos y deben usarse en lugar de las grandes instalaciones de comedor, más impersonales. (**Grado B**)
- La vajilla con fuertes contrastes puede aumentar la ingesta de alimentos y líquidos y debe ser considerada en lugar de la vajilla blanca estándar. (**Grado B**)
- La asistencia en la alimentación debe ser proporcionada para fomentar la ingesta de comida y líquidos para quien lo requiera. (**Grado B**)
- Las intervenciones deben adaptarse a cada paciente según las necesidades detectadas por dietistas y mejorar la detección de necesidades nutricionales para los pacientes ancianos con demencia. (**Grado B**)

### Fuente de información

Este Best Practice Information Sheet se basa en una revisión sistemática integral publicada en 2011 en la JBI Library of Systematic Reviews. El texto completo del informe de la revisión sistemática<sup>2</sup> está disponible en el Instituto Joanna Briggs ([www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)).

### Antecedentes

El término "demencia" describe una variedad de síntomas como la pérdida de memoria y la disminución de capacidades de comunicación y razonamiento. Los síntomas de la demencia son resultado de enfermedades neurodegenerativas progresivas; la más común es la enfermedad de Alzheimer.<sup>2</sup> Otros tipos son la demencia vascular, la demencia frontotemporal y la demencia de cuerpos de Lewy.<sup>2</sup> En el mundo, en 2010 se estimó que había 35,6 millones de personas con demencia, de las cuales dos tercios vivían en países con ingresos bajos y medios.<sup>2</sup> La demencia afecta principalmente a personas mayores; una de cada mil personas mayores de 65 años sufre demencia, lo que aumenta a uno de cada cinco en personas de 80 años o más.<sup>2</sup>

Las personas mayores con demencia pueden tener dificultades en la alimentación por varias razones: pueden experimentar un deterioro de las habilidades motoras y cognitivas que dificulta comer, pueden olvidarse de comer, no reconocer los alimentos y también pueden sufrir disfagia.<sup>2</sup> Por estas razones, la ingesta de alimentos es a menudo pobre y la desnutrición es común.<sup>2</sup> Valorar el grado de desnutrición es complicado ya que no hay una sola medida ideal del estado nutricional.<sup>2</sup> Una de las opciones para hacer frente a la desnutrición en las personas con demencia (especialmente en los casos graves) consiste en iniciar una alimentación enteral por sonda nasogástrica (SN) o gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). La alimentación por sonda en la demencia es un controvertida y hay también muchas cuestiones éticas difíciles relacionadas con el inicio de la alimentación por sonda enteral en este grupo de pacientes.<sup>2</sup> Cuando la alimentación por sonda está contraindicada o considerada inapropiada, se deben encontrar estrategias para fomentar la ingesta de alimentos. Se han sugerido muchos consejos prácticos y estrategias para las etapas tempranas y menos severas de la demencia, sin embargo, la evidencia en la que se basan estos consejos no está clara.<sup>2</sup>

### Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los *Grados de efectividad*<sup>1</sup> del JBI2006

**Grado A** Recomendación demostrada para su aplicación

**Grado B** Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

**Grado C** Recomendación no demostrada

## Objetivos

El objetivo de este Best Practice Information Sheet es presentar la mejor evidencia disponible sobre la intervención para la prevención de la desnutrición en las personas mayores con demencia.

## Tipos de intervención

La revisión abarcó estudios que evaluaron los siguientes tipos de intervención para la prevención de la desnutrición en las personas mayores con demencia: las prácticas de enfermería, las intervenciones educativas para el personal sanitario, las prácticas médicas, las prácticas del servicio de comidas, las prácticas dietéticas, las prácticas de los técnicos en nutrición, las prácticas de terapia ocupacional, las prácticas de logopedia, la inclusión o exclusión de los cuidadores familiares, las prácticas de voluntariado.

## Calidad de la investigación

La revisión sistemática incluyó 11 estudios; estudios aleatorios experimentales y estudios no aleatorios.<sup>2</sup> En todos los estudios se utilizó el análisis estadístico apropiado. En los casos pertenentes, los grupos de estudio fueron tratados de manera idéntica (aparte de las intervenciones), y los resultados parecieron medirse de forma fiable en todos los estudios. En cada estudio, se realizaron intentos para controlar los factores de confusión y asegurarse de que cualquier resultado positivo detectado se debía a la intervención.

## Resultados

### Intervenciones educativas

Cuatro estudios incorporaron la educación del personal dentro de sus intervenciones. Dos estudios realizaron sólo la intervención educativa; los otros dos estudios combinaron la educación del personal con suplementos nutricionales orales o la modificación del entorno, como comedores más pequeños y bandejas de comida individualizadas.<sup>2</sup> Los temas tratados en las sesiones formativas incluyeron la desnutrición, necesidades de alimentos y nutrientes, problemas con la alimentación, dificultades para tragar, cuidados dentales, la modificación de la textura de los alimentos y de las bebidas, la valoración nutricional, el análisis de la dieta y el aumento del contenido energético de los alimentos. Los cuatro estudios detectaron una mejoría de al menos una medida de resultado durante el período de estudio; un aumento de peso estadísticamente significativo y un aumento de la ingesta de energía. También se describió un pequeño aumento en el promedio de Índice de Masa Corporal, aunque no había ninguna indicación de que fuera estadísticamente significativo. Ninguno de los estudios localizados proporciona pruebas sólidas sobre la efectividad sostenible de la educación del personal en el estado nutricional de las personas mayores que sufren demencia.

Si bien la educación del personal en relación con los mecanismos para promover la valoración nutricional y la ingesta en las personas que tienen demencia intuitivamente tiene sentido, no hay una evidencia sólida respecto a la forma más efectiva de educación, ni de la influencia sostenible de este tipo de intervención.

### Los cambios en el entorno del comedor y en la preparación de la mesa

Cuatro estudios consideraron cambios en el entorno del comedor o en la preparación de la mesa. Un estudio utilizó una vajilla con fuertes contrastes; un estudio cambió el entorno del comedor; un estudio utilizó comedores más pequeños y servir las bandejas de comida de una en una; otro estudio se realizó en cuatro fases. Un estudio utilizó tazas rojas y vajilla con fuertes contrastes durante un período de diez días. En los diez días anteriores y posteriores, se utilizó vajilla blanca estándar.

En un seguimiento probaron vajillas de fuerte contraste azul, de débil contraste rojo y de débil contraste azul. Otro introdujo acuarios especialmente diseñados con una gran área de visión a nivel del ojo. Ocho peces de colores brillantes fueron colocados en cada tanque y una iluminación especialmente diseñada en el fondo de los tanques permitió que los peces fueran vistos por los residentes con problemas de visión.

Se presentó una imagen escénica a un grupo de comparación, seguida de un período de lavado antes de la implantación de la intervención de los tanques de peces. Un tercero introdujo un pequeño comedor para 20-30 personas durante una semana y utilizó bandejas "thermostore" presentadas de una en una a los residentes. El cuarto utilizó un método en cuatro fases: la primera fase fue una fase de observación, en la fase dos utilizó comidas de picoteo y escalonadas, en la fase tres utilizó voluntarios para la ayuda en la alimentación mientras que en la fase cuatro introdujo música de fondo en el comedor.

Se comprobó que hubo aumentos significativos en la ingesta de alimentos y de líquidos cuando se usó una vajilla de fuerte contraste en comparación con cualquiera de las dos vajillas de contraste débil o el blanco. Los participantes mostraron un aumento del 21,1% en la ingesta de comida pesada con la introducción de acuarios y un aumento del 27,1% en la ingesta en el período post test. El grupo que recibió asistencia en la alimentación por parte de voluntarios comió significativamente más que los otros grupos y tuvo un incremento en el Índice de Masa Corporal. La intervención de la música describió un aumento de 129kcal por día, sin embargo, hubo una disminución en la ingesta de comida en el desayuno.

Estos estudios sugieren que manipulaciones sencillas del entorno como el uso de vajillas de alto contraste o de comedores pequeños, la introducción de algo de interés como un acuario o música de fondo, o proporcionar asistencia para comer puede ser beneficioso para mejorar el estado nutricional de los residentes con discapacidades cognitivas.

## Cambios en la provisión de menús y en el servicio de comida

Cinco estudios investigaron realizando cambios en la provisión de menús y en el servicio de comidas.<sup>2</sup> Cada estudio utilizó diferentes tipos de intervenciones que llevaban cambios en los menús o en la forma de presentación de los alimentos, por tanto, la comparación entre los estudios no fue posible. Tres estudios realizaron cambios en los tipos de alimentos proporcionados. Los cambios en el menú incluyeron la provisión de tentempiés para llevar con alto valor energético, la inclusión de purés de patatas con alto valor energético y proteico y leche rica en proteínas en las comidas y un desayuno variado y "enriquecido". Los participantes en un ECA recibieron una dieta completa basada en comida liofilizada natural con consistencia líquida o semisólida dependiendo de la cantidad de agua añadida. También se les permitió comer postres suaves, leche y zumos y galletas.

El grupo control recibió el mismo consejo dietético que el grupo de tratamiento, es decir, información acerca de las recomendaciones sobre la dieta y la forma de enriquecer los alimentos hechos en casa, pero sin paquetes de alimentos liofilizados. Dos estudios describieron el efecto de hacer cambios en la forma en que se proporcionaron o sirvieron los alimentos. Uno estudió el efecto de pasar de un sistema de provisión de alimentos centralizado a otro descentralizado de división de alimentos en porciones. Otro estudio incluyó 4 fases en su estudio de las cuales 2 se podrían considerar como un cambio en la forma en que se proporcionan los alimentos. En la fase 2 del estudio se proporcionó un frigorífico con puerta de vidrio llena de tentempiés para que los pacientes tuvieran acceso permanente. También en esta fase se escalonaron las horas de las comidas para dar más tiempo a los que necesitaban ayuda o eran comedores lentos. En la fase 3 se reclutaron voluntarios para ayudar a aquellos que necesitaban tiempo para comer.

Los resultados antropométricos medidos con mayor frecuencia en estos estudios fueron el peso corporal y el Índice de Masa Corporal. Cuatro estudios midieron la ingesta de energía y dos midieron la ingesta de otros nutrientes. Los 3 estudios incluyeron medidas bioquímicas del estado nutricional.



Un estudio evaluó el apetito. Sólo uno utilizó una herramienta para evaluar el estado nutricional. Ningún estudio midió el estado funcional. La capacidad de alimentación se evaluó mediante un estudio y los resultados clínicos por otro. La función cognitiva y los trastornos de conducta se evaluaron en dos estudios. Al menos un resultado positivo fue observado en cada estudio. Se registró el peso corporal o el Índice de Masa Corporal para mostrar aumentos significativos en 4 de los 5 estudios. Un estudio detectó un aumento significativo del consumo de comida, pero el tiempo de intervención corto de sólo 10 semanas pudo no haber sido suficiente para que se reflejaran cambios en el peso corporal o en las medidas bioquímicas del estado nutricional.

Todas las intervenciones que implicaron cambios en la provisión de menús y en el servicio de comidas fueron prometedoras. El cambio a un servicio de comidas descentralizado que permita flexibilidad en los tamaños de las porciones, la asistencia voluntaria en la alimentación, "el picoteo", y las comidas escalonadas, los menús enriquecidos con alimentos densos en energía, el suministro de una dieta de textura modificada basada en alimentos liofilizados y la administración de suplementos nutricionales a media mañana pueden ser todos de ayuda en el aumento de la ingesta de alimentos y en el mantenimiento del peso corporal.

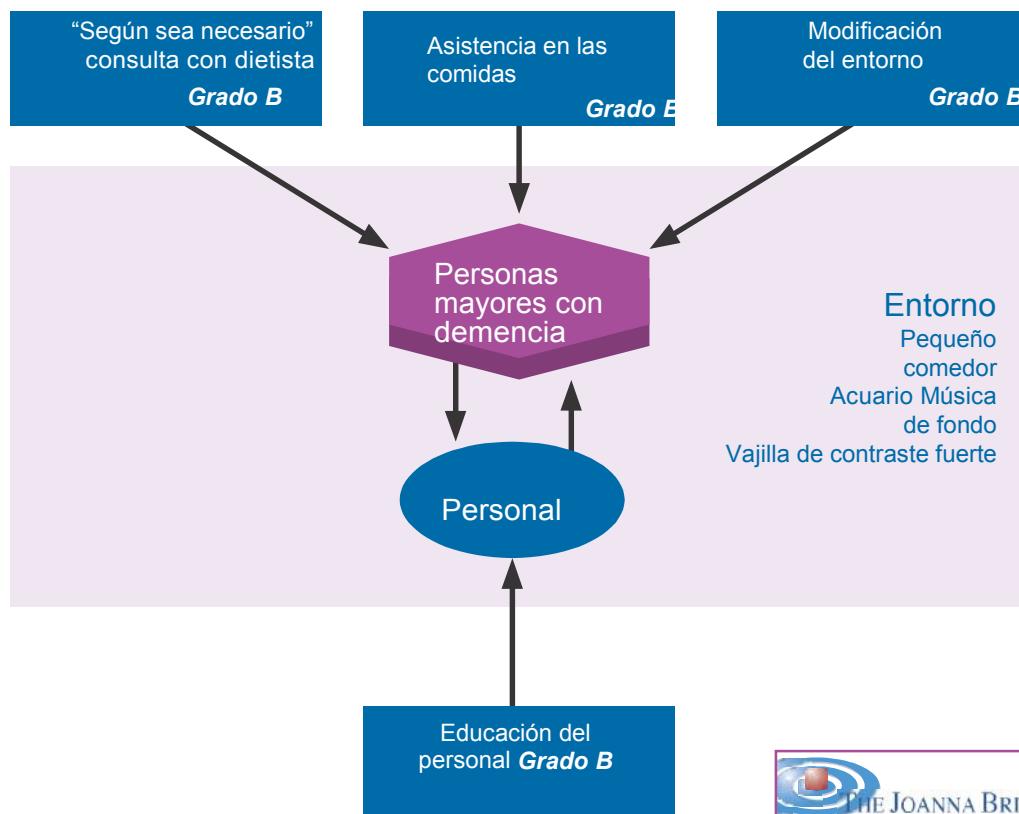
### Aumento del aporte dietético y mejora en la detección de necesidades nutricionales

En un estudio cuasiexperimental de intervención pre post, la intervención consistió en añadir sesiones personalizadas con un dietista para complementar la mejora de la provisión de alimentos. Mediante la incorporación de sesiones personalizadas con el dietista, el estudio permitió que se hicieran cambios para satisfacer las necesidades individuales de ese participante. De este modo, se demostró que se trataba de una intervención efectiva en la cual la estrecha supervisión catalizaba los cambios implantados en el menú y en el entorno.

Los datos se registraron durante nueve meses para la preintervención basal, nueve meses para la intervención y 12 meses para después de la intervención. Los resultados mostraron que los menús adaptados y el entorno solos no tuvieron la capacidad para promover el aumento de peso o incluso mantener el peso. Cuando se combinaban con planes de atención individualizados realizados por un dietista se obtuvieron resultados significativos. Los datos antropométricos, en forma de peso corporal registrado mensualmente, fueron prueba de ello.

La supervisión y la implantación de comidas de alto valor energético y proteico servidos específicamente para el individuo demostraron que eliminaban la pérdida de peso en casos de demencia. Este tiempo dedicado a cada uno también permitió una pronta identificación de los cambios en los patrones de alimentación y de los comportamientos de cada participante, que pudieron ser abordados y corregidos rápidamente.

# Intervenciones para reducir la desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia



## Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido desarrollado por el Instituto Joanna Briggs.

Además este *Best Practice information sheet* ha sido revisado por expertos Internacionales de los centros colaboradores de Joanna Briggs.

**Traductor:** Cintia Escandell García  
**Revisor:** David López-Zorraquino

## Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>
2. Jackson J, Currie K, Graham K, Robb Y. The effectiveness of interventions to reduce undernutrition and promote eating in older adults with dementia: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews* 2011;9(37):1509-1550.
3. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215



Este *Best Practice information sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Las implicaciones para la práctica se realizan con la expectativa de que los profesionales de salud utilicen esta evidencia teniendo en cuenta su contexto, las preferencias de sus clientes y su juicio clínico<sup>3</sup>.