



---

# ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DEMENCIA

---

PARA PROFESIONALES  
DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

---





---

# **ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DEMENCIA**

---

PARA PROFESIONALES  
DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

---

## **DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

iLUNE Diseño

Se autoriza la reproducción parcial o total y la difusión del documento sin fines de lucro y sujeto a que se cite la fuente

© CEAFA 2025 - [www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)

# ÍNDICE

<b>1. Introducción General</b>	<b>4</b>
1.1. Evidencia actual sobre la dieta y prevención de la demencia	4
1.2. Nutrientes clave: omega-3, vitaminas B, antioxidantes, polifenoles	5
1.3. Dieta Mediterránea, MIND y otras estrategias nutricionales	8
1.4. Microbiota intestinal y eje intestino-cerebro	10
1.5. Interacción con otras comorbilidades	11
<b>2. Guía nutricional para la prevención de la demencia</b>	<b>13</b>
2.1. Recomendaciones dietéticas prácticas	13
2.2. Alimentos que favorecen la salud cerebral	17
2.3. Alimentos a evitar o reducir	18
2.4. Cómo leer etiquetas y elegir alimentos adecuados	18
2.5. Hidratación y demencia	19
<b>3. Abordaje interdisciplinar y buenas prácticas</b>	<b>21</b>
3.1. El trabajo conjunto de profesionales sociosanitarios y cuidadores	21
3.2. Resolución de problemas	27
3.3. Protocolos de intervención temprana y seguimiento nutricional	29
<b>4. Lista de abreviaturas</b>	<b>33</b>
<b>5. Referencias</b>	<b>35</b>

# 1. Introducción general

---

## 1.1. Evidencia actual sobre la dieta y prevención de la demencia

La demencia se caracteriza por ser un síndrome de etiología diversa. Dentro de los diferentes tipos de demencia, la más común es la Enfermedad de Alzheimer, que se produce principalmente debido a la presencia de ovillos de proteína Tau dentro de las neuronas o al depósito de placas de beta amiloide (A $\beta$ ) fuera de la neurona. Esto puede provocar alteraciones en la homeostasis del calcio, neuroinflamación y degeneración vascular, lo que finalmente conduce a la muerte neuronal. En los últimos años, se ha producido una gran evolución en la comprensión de los mecanismos relacionados con la salud cerebral y en cómo se relacionan con la situación nutricional. Estos mecanismos relacionados con la nutrición se pueden resumir en:

### Factores vasculares

Alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral (muchas de ellas relacionadas con la edad), como alteraciones en la perfusión vascular o la inflamación capilar, reduciendo la disponibilidad de nutrientes en el cerebro. En este sentido, el aumento de la aterogenicidad, ampliamente relacionada con factores dietéticos y de estilo de vida, aumenta el riesgo de sufrir alguna de estas alteraciones.

### Factores metabólicos

El estrés oxidativo también se ha visto relacionado con el deterioro cognitivo y la demencia, ya que las especies reactivas de oxígeno producen daño a nivel neuronal y endotelial. Algunos nutrientes, como los ácidos grasos omega-3, han mostrado reducir los radicales libres y mitigar los daños producidos por estos.

Además, niveles elevados de homocisteína pueden producir deterioro cognitivo por neurotoxicidad, modificando de la producción de neurotransmisores y alterando la expresión génica, lo que conduce a la hiperfosforilación de la proteína Tau. Esta homocisteinemia puede producirse por deficiencias de nutrientes que participan en la metabolización de la homocisteína a metionina.

Por otro lado, alteraciones en el metabolismo de la glucosa, principalmente derivadas de una menor sensibilidad a la insulina, pueden conducir a una utilización subóptima de la misma por parte del cerebro, derivando en un peor rendimiento cognitivo. Asimismo, la resistencia a la insulina habitualmente produce alteraciones de forma simultánea tanto en el metabolismo de la glucosa como en el metabolismo de los lípidos, creando un entorno metabólico desfavorable para la salud cerebral, debido a un aumento de la neuroinflamación, el daño oxidativo y la acumulación de placas de A $\beta$ .

### **Factores genéticos**

A pesar de que los factores genéticos no son modificables, sí se ha observado relación entre aspectos nutricionales y la expresión génica. En este sentido, algunos estudios han observado diferencias en la expresión génica en individuos con el genotipo APOE4 en función del tipo de ácidos grasos que consumían de manera predominante en su dieta.

### **1.2. Nutrientes clave: omega-3, vitaminas B, antioxidantes, polifenoles**

La evidencia actual sugiere la implicación de varios nutrientes clave en la protección frente al deterioro cognitivo y la demencia. No obstante, esta es un área que se encuentra todavía en investigación. Entre estos nutrientes clave se encuentran: como los ácidos grasos omega-3, las vitaminas del grupo B, la vitamina D y los antioxidantes, además de compuestos bioactivos como los polifenoles (que no son un nutriente per se).

## Ácidos grasos Omega-3

Desempeñan un papel crucial manteniendo la integridad estructural del cerebro: preservan la barrera hematoencefálica, combaten la atrofia cerebral, promueven la neurogénesis y previenen el deterioro relacionado con la edad de las funciones cognitivas.

Existe sólida evidencia de que los ácidos grasos omega-3, concretamente los ácidos grasos EPA y DHA, se asocian con un menor riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Las intervenciones clínicas publicadas hasta el momento han mostrado efectos neuroprotectores de la suplementación con estos ácidos grasos sobre la cognición general y la función ejecutiva en personas mayores con ingesta insuficiente de omega-3, así como una disminución en el avance de la Enfermedad de Alzheimer en personas que se encontraban en estadios tempranos de dicha enfermedad.

## Vitaminas grupo B

Bajos niveles de vitaminas del grupo B (especialmente ácido fólico, vitamina B<sub>12</sub> y vitamina B<sub>6</sub>) se han relacionado con homocisteinemia (al estar algunas de estas vitaminas implicadas en el metabolismo de la homocisteína a metionina), y se han visto también relacionados con mayores tasas de atrofia cerebral, así como con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Diversos ensayos clínicos que utilizaban suplementos con vitaminas del grupo B han mostrado una reducción de la atrofia cerebral y disminución del del deterioro cognitivo en pacientes con niveles bajos de vitamina B o deterioro cognitivo leve, que eran más evidentes cuando además existían niveles elevados de homocisteína plasmática.

## Antioxidantes

Aunque todavía es necesaria más investigación en relación al papel de los antioxidantes en la función cognitiva, se han observado concentraciones más bajas de antioxidantes en personas con Enfermedad de Alzheimer. Los mecanismos que subyacen a esta relación pueden ser:

- Protección frente al daño oxidativo.
- Vitamina A: participa en la plasticidad de la sinapsis en el hipocampo, regula la expresión génica y protege la membrana celular.
- Vitamina E: protege las membranas celulares de la peroxidación lipídica.
- Vitamina C: participa en la síntesis de serotonina y noradrenalina. Cuando existe una deficiencia, aumenta las especies reactivas de oxígeno, las citoquinas proinflamatorias y las neurotoxinas, lo que produce un aumento del estrés oxidativo y la inflamación.

### Vitamina D

Los niveles bajos de vitamina D se han visto asociados con un mayor deterioro cognitivo. De hecho, las últimas revisiones y meta-análisis al respecto, consideran la vitamina D como uno de los principales factores de riesgo modificables para el desarrollo de demencia (tanto leve como grave) y, concretamente, Enfermedad de Alzheimer.

Algunos mecanismos que pueden asociarse a esta relación son, la función neuroprotectora de la vitamina D, así como la aceleración de la formación de placas de A $\beta$  que se ha observado en personas con niveles insuficientes de esta vitamina. No obstante, todavía es necesario investigar más acerca de estos mecanismos.

### Polifenoles

Se tratan de componentes bioactivos que están presentes en alimentos de origen vegetal (como las bayas) y que muestran propiedades antioxidantes y antiinflamatorias. Estudios previos sugieren que los polifenoles pueden influir en la plasticidad cerebral promoviendo la neurogénesis y mejorando principalmente regiones cerebrales relacionadas con el aprendizaje y la memoria. Además, también se ha observado que pueden modular las vías de señalización implicadas en la formación de placas de A $\beta$ , que se relacionan con la Enfermedad de Alzheimer.

Los ensayos clínicos realizados hasta la fecha en humanos han producido resultados positivos para el rendimiento cognitivo con la administración de polifenoles, especialmente antocianinas.

### **1.3. Dieta Mediterránea, MIND y otras estrategias nutricionales**

Aunque se han asociado diferentes grupos de alimentos de forma individual con un efecto positivo sobre la salud cerebral, como las frutas y verduras, el pescado, las aves o los alimentos ricos en fibra (como los cereales integrales), cada vez hay más evidencia que respalda las intervenciones aplicando patrones dietéticos. Esto se debe a que la sinergia entre los distintos nutrientes presentes en los diferentes grupos de alimentos tiene un mayor efecto positivo que los nutrientes de forma aislada.

Los patrones dietéticos asociados con una menor incidencia de deterioro son principalmente aquellos cuya base son alimentos de origen vegetal, entre los que destacan la Dieta Mediterránea, la Dieta DASH y la Dieta MIND.

#### **Dieta Mediterránea**

Se caracteriza por una alta ingesta de frutas y verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos y semillas, además del uso de aceite de oliva virgen extra como grasa principal, consumo alterno de fuentes animales de proteína (lácteos, pescado, huevos y aves), limitación del consumo de carne roja y consumo moderado de vino durante las comidas. Además, tiene en cuenta otros factores como técnicas de cocinado (cocción lenta, sofrito), producción de alimentos (uso de alimentos de cercanía y bajo procesamiento) y aspectos del estilo de vida (como la práctica de actividad física y la socialización durante las comidas).

Una mayor adherencia a este tipo de patrón dietético se ha asociado con una reducción de entre un 10 y un 20% del riesgo de deterioro cognitivo y desarrollo de demencia.

Además, estudios en los que han realizado intervenciones dietéticas basadas en el patrón de Dieta Mediterránea, como el MED-EX, PROMED-EX o PREDIMED han mostrado mejoras en la función cognitiva global, la memoria y el lenguaje.

### **Dieta DASH**

La dieta DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) es un patrón dietético similar a la Dieta Mediterránea, que hace especial hincapié en la reducción de sodio, aunque difiere en algunos aspectos, como el uso del aceite de oliva. Este patrón también se ha asociado con un menor riesgo de deterioro cognitivo, aunque las intervenciones con este tipo de dieta iban más enfocadas a una disminución de la hipertensión arterial, la cual también se relaciona con el desarrollo de demencia (ver apartado 5 de este módulo).

### **Dieta MIND**

Este patrón dietético es una propuesta más reciente que combina características de los dos patrones mencionados anteriormente y, además, incorpora componentes específicos enfocados a la mejora de la salud cerebral. Entre estos elementos destacan un énfasis en el consumo de verduras de hoja verde, consumo de frutas concretas (como las bayas) y el consumo de frutos secos. Además, incluye los alimentos fritos como alimentos a evitar.

En adultos mayores con una alta adherencia a la dieta MIND se ha observado una mejora en la función cognitiva global, así como en diferentes dominios específicos. Además, se ha observado un riesgo de demencia un 17% menor en estas personas que tienen una alta adherencia a este patrón dietético.

## Efecto combinado

A pesar de que todos estos patrones dietéticos se han visto relacionados con la mejora de la función cognitiva, para potenciar su efectividad es importante tener en cuenta otros aspectos.

En primer lugar, es importante tener en cuenta los diferentes contextos culturales a la hora de implementar un patrón dietético mediterráneo, para conseguir una mayor aceptabilidad y sostenibilidad de la dieta.

Además de la dieta, es importante también cuidar otros factores asociados con el estilo de vida que se relacionan con la salud cognitiva, como la práctica de actividad física, el mantenimiento de un patrón de sueño estable y de calidad y reducir el sedentarismo, así como evitar el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.

Estudios como el FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) ponen de manifiesto que tener en cuenta diversos factores simultáneamente, favorece la efectividad de las intervenciones enfocadas a la prevención de la demencia.

## 1.4. Microbiota intestinal y eje intestino-cerebro

Cada vez existe más evidencia resaltando la interacción ente el intestino y el cerebro (denominada eje intestino-cerebro). En este sentido, el envejecimiento se asocia con cambios en la microbiota intestinal que contribuyen a un estado de inflamación crónica de bajo grado, que agrava el deterioro cognitivo asociado a la edad. En personas con Enfermedad de Alzheimer se ha observado disbiosis intestinal, con superpoblación de bacterias proinflamatorias.

Por otro lado, los microorganismos que forman parte de la microbiota intestinal pueden influir en el aprendizaje y la plasticidad dependiente del hipocampo, mediante la regulación de la secreción de neurotransmisores: serotonina, ácido gama-aminobutírico (GABA) y la dopamina.

En etapas tempranas del deterioro cognitivo, como el Deterioro Cognitivo Leve, que a menudo precede a la Enfermedad de Alzheimer, se han evi-

denciado alteraciones en la microbiota intestinal. En este sentido, cobra una especial importancia la fibra dietética, ya que desempeña un papel crucial en la regulación de la salud microbiana y su fermentación por parte de la microbiota intestinal produce ácidos grasos de cadena corta, que contrarrestan los mediadores proinflamatorios y favorecen los mediadores antiinflamatorios, además de promover la integridad de las barreras intestinal y hematoencefálica. De hecho, las intervenciones dietéticas ricas en fibra han surgido como una estrategia terapéutica prometedora, apoyando la salud intestinal y la función cognitiva mediante la modulación del eje intestino-cerebro. Además, cada vez se están desarrollando más ensayos clínicos que analizan el efecto de determinadas cepas de probióticos con la función cognitiva, aunque es un área de investigación todavía en desarrollo.

### **1.5. Interacción con otras comorbilidades**

#### **Diabetes**

La sensibilidad reducida a la glucosa asociada a la resistencia a la insulina (que se da en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2) puede conducir a una utilización subóptima de la glucosa a nivel cerebral. Esta deficiencia es especialmente destacable en el contexto del deterioro cognitivo asociado a la edad, donde la disminución de la captación de glucosa en regiones cerebrales determinadas (como el hipocampo) se ha visto asociada a peor memoria y función cognitiva general.

Además, la disfunción crónica de la utilización metabólica de la glucosa también se ha observado en fases previas a la acumulación de placas de A $\beta$  y sintomatología clínica en personas que desarrollan Enfermedad de Alzheimer.

## Hiperlipemias

Niveles elevados de lípidos en sangre (colesterol y triglicéridos), derivada de una desregulación del metabolismo lipídico, también se ha asociado con la Enfermedad de Alzheimer, ya que favorece el deterioro de la integridad de las membranas celulares alterando la señalización sináptica. Además, las hiperlipemias también favorecen la aterogénesis, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares, relacionadas con la demencia vascular.

## Hipertensión arterial

La hipertensión en la mediana edad (definida desde los 40 años) se asocia con menor volumen cerebral y alteraciones en la sustancia blanca. De hecho, la hipertensión en la mediana edad se ha asociado con mayor riesgo de deterioro cognitivo, demencia vascular y Enfermedad de Alzheimer en la vejez. Esto se acentúa cuando coexiste otros factores de riesgo cardiovascular como sobrepeso u obesidad, hábito tabáquico o ingesta excesiva de alcohol. No obstante, cabe destacar que una notable disminución en la presión arterial en la vejez puede estar relacionada con el desarrollo de demencia.



## 2. Guía nutricional para la prevención de la demencia

---

### 2.1. Recomendaciones dietéticas prácticas

#### Enfoque general y calidad de la evidencia

El abordaje nutricional en demencia y deterioro cognitivo se apoya en la evidencia científica basada en estudios de cohortes que relacionan patrones dietéticos saludables con menor riesgo de deterioro y demencia; ensayos aleatorizados que muestran beneficios sobre dominios cognitivos o marcadores intermedios; y revisiones sistemáticas y metaanálisis que, pese a la heterogeneidad de poblaciones y mediciones, confirman señales consistentes a favor de patrones basados en alimentos mínimamente procesados (Mediterráneo, DASH y su hibridación MIND).

Estos patrones modulan múltiples vías: neuroinflamación, estrés oxidativo, endotelio, resistencia a la insulina, riesgo vascular y eje microbiota–intestino–cerebro. En conjunto, la calidad de la evidencia puede considerarse moderada para asociaciones y baja–moderada para causalidad a largo plazo, aumentando su robustez cuando se integran actividad física, sueño y reducción del sedentarismo.

#### Prescripción cuantificada (orden-dieta)

La prescripción debe quedar escrita y cuantificada, con adaptación a comorbilidad, polimedicación, estado funcional, deglución, preferencias y contexto (domicilio/institucionalizado).

- Energía (orientativa): 25–30 kcal/kg/día; ajustar según objetivo ponderal, gasto, fragilidad, comorbilidad y evolución.
- Proteína: 1,0–1,2 g/kg/día (considerar 1,2–1,5 g/kg/d en fragilidad/desnutrición si lo permite la función renal), distribuida en  $\geq 3$  ingestas con 25–

30 g por toma para optimizar la síntesis proteica y la preservación de fuerza y masa muscular.

- Grasas: AOVE como grasa culinaria; priorizar mono- y poliinsaturadas; evitar grasas trans.
- Carbohidratos: preferencia por integrales 100%, fruta entera (evitar zumos), legumbre 3–4 r/semana.
- EPA/DHA: pescado azul  $\geq 2$  r/semana.
- Fibra:  $\geq 25$  g/día con verduras, fruta, integrales y legumbres.
- Estilo de vida: AF multicomponente  $\geq 150$  min/sem, interrupciones del sedentarismo, higiene del sueño (7–8 h/noche).

Tabla 1. Raciones-semana recomendadas (orientativo)

Grupo	Raciones/sem	Observaciones
Verduras/hortalizas	$\geq 14$	½ plato en comida y cena
Fruta entera	14	Priorizar pieza entera
Legumbres	3-4	Guisos, purés, hummus
Cereales 100% integrales	$\approx 21$ ( $\approx 3$ /día)	"Harina integral 100%" en ingredientes
Pescado total / azul	$\geq 3$ / $\geq 2$	Horno/plancha; evitar frituras
Frutos secos/semillas	7 ( $\approx 30$ g/d)	Molidos si riesgo de atragantamiento
Lácteos naturales/fermentados	7-14	Sin azúcares añadidos
AOVE	Diario ( $\approx 2$ c/s)	Aliño y cocción



Tabla 2. Ejemplo práctico de proteína por comida

Peso corporal	Objetivo diario	Por comida (3 ingestas)	Alternativas prácticas
50 kg	50-60 g	17-20 g	2 huevos + yogur; 1 filete pescado mediano; 1 plato legumbre + cereal
65 kg	65-78 g	22-26 g	150 g pescado/ave; 200 g yogur + 30 g frutos secos; 80 g legumbre seca (cruda) rehidratada
80 kg	80-96 g	27-32 g	170-200 g carne blanca/pescado; 2 huevos + 1 vaso leche; legumbre + cereal integral

**Nota operativa:** Fortificar platos (p. ej., purés con leche en polvo, yogur griego, frutos secos molidos, AOVE) cuando la ingesta sea baja o exista riesgo de desnutrición.

### Implementación clínica (Ask-Assess-Advise-Agree-Assist)

- **Ask/Assess:** hábitos alimentarios y barreras; cribado nutricional (**MNA-SF** o **MUST**); si positivo, **GLIM**; cribado de **disfagia** (EAT-10) y signos de alarma; valoración funcional (SARC-F, SPPB); revisión cognitiva (p. ej., MoCA) y **polimedicación** (fármacos que reducen apetito o alteran deglución).
- **Advise:** orden-dieta escrita con metas cuantificadas; materiales visuales (plato  $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ , **semáforo de etiqueta**, **plan de hidratación**).
- **Agree:** fijar objetivos realistas y medibles (p. ej., legumbre 3-4/sem; pescado azul 2-3/sem;  $\geq 6$  ofertas de líquido/d).
- **Assist:** registro simplificado de ingestas/hidratación; lista de compra; **batch-cooking**; formación del cuidador; circuito de seguimiento.

#### Flujo asistencial:

Cribado → Valoración (GLIM + deglución + dieta + función) → Diagnóstico → Orden-dieta (patrón, raciones, textura/viscosidad) + educación → Hidratación programada + registro → Seguimiento con KPIs (4-8 sem) → Ajustes.

## Adaptaciones por comorbilidad

- **Fragilidad/desnutrición:** densificar energía y proteína; más ingestas pequeñas; ONS entre comidas si precisa, con plan temporal y metas.
- **DM2:** integrales reales, fruta entera, limitar zumos; ajustar hidratos por ración; priorizar patrón Mediterráneo/MIND.
- **ERC:** ajustar potasio/fósforo/fluido según estadio y analítica; coordinar con nefrología/dietética renal.
- **IC/HTA:** moderación de sodio y fluidos según pauta; vigilancia de diuréticos.
- **Osteoporosis:** asegurar proteína suficiente, vitamina D y calcio dietario.
- **Disfagia:** modificar texturas.

## Seguimiento basado en indicadores

Área	Indicador	Meta	Revisión
Nutrición	Peso, % pérdida; MNA-SF/MUST; GLIM si procede	Estabilizar/↑; MNA-SF ≥12	6-12 sem
Deglución	EAT-10; tos/atragantamientos	Disminución; 0 aspiraciones	4-8 sem
Hidratación	Nº ofertas/d; diuresis	≥6 ofertas; diuresis adecuada	4-8 sem
Dieta	% ultraprocesados; adherencia patrón	UPF ↓; adherencia ≥80%	6-12 sem
Función	Handgrip / SPPB	Mantenimiento o mejora	3 meses
Estilo de vida	Min AF/sem; sueño	≥150 min; 7-8 h/noche	6-12 sem

Tabla 3. Indicadores y periodicidad

## 2.2. Alimentos que favorecen la salud cerebral

Se priorizan matrices densas en micronutrientes y compuestos bioactivos que influyen en neuroinflamación, estrés oxidativo, función endotelial y microbiota: verduras de hoja/crucíferas (folatos, vitamina K, carotenoides, glucosinolatos), frutas intensamente coloreadas (antocianinas, flavononas), legumbres e integrales 100% (fibra fermentable y almidón resistente → AGCC), frutos secos/semillas (insaturadas, polifenoles, minerales), pescado azul (EPA/DHA), AOVE (fenoles, como el hidroxitirosol) y lácteos fermentados. El huevo destaca por su colina, precursora de acetilcolina implicada en memoria y aprendizaje.

Alimento	Frecuencia	Porción orientativa
Verdura de hoja	Diario	1 taza
Crucíferas	3-4/sem	½-1 taza
Bayas	3-5/sem	½ taza
Cítricos	4-7/sem	1 pieza
Legumbres	3-4/sem	½-1 taza cocida
Integrales 100%	Diario (≈3/d)	1 rebanada/½ taza
Pescado azul	2-3/sem	1 palma
Frutos secos	Diario	30 g
AOVE	Diario	1-2 c/s
Yogur/fermentados	5-7/sem	1 unidad

Tabla 4. Alimentos y frecuencia sugerida

### Suplementación

No se recomienda de rutina. Considerar vitamina D, B12 y folato en situaciones de riesgo o déficit documentado; la colina debe priorizarse por la dieta (huevo). Cuando se indique un suplemento, establecer objetivo clínico, pauta y duración, con reevaluación.

## 2.3. Alimentos para evitar o reducir

La alta exposición a ultraprocesados se asocia a peor calidad global de la dieta, mayor carga de sodio, azúcares libres, grasas trans/saturadas y aditivos. Diversos estudios sugieren relaciones con peor rendimiento cognitivo y mayor declive, aunque con heterogeneidad y posible confusión residual. En práctica clínica, la reducción de UPF facilita la adherencia al patrón recomendado y reduce la “densidad calórica vacía”.

Tabla 5. Sustituciones operativas

Ítem a reducir	Alternativa recomendada
Bollería/galletas	Yogur natural + fruta + nueces
Cárnicos procesados	Legumbre guisada / tortilla / pescado
Harinas refinadas	Pan/pasta/arroz 100% integral
Refrescos/Zumos	Agua, infusión, agua aromatizada sin azúcar
Salsas industriales	Sofrito casero con AOVE y verduras

El alcohol no se recomienda con fines preventivos; si existe, que sea de bajo riesgo y nunca por indicación sanitaria.

## 2.4. Cómo leer etiquetas y elegir alimentos adecuados

La **lista de ingredientes** es el primer filtro de calidad: cuanto más **corta y reconocible**, mejor. La veracidad de “integral” solo se asume si aparece **“harina integral 100%”** en **ingredientes**. La **tabla nutricional por 100 g/100 ml** permite decisiones comparables entre marcas.

Tabla 6. Semáforo de etiqueta (por 100 g / 100 ml)

Nutriente	Verde (mejor)	Ámbar	Rojo (evitar)
Azúcares totales	≤5 g (≤2,5 g/100 ml)	5-10 g	>10 g
Sal (NaCl)	≤0,3 g (≤0,12 g/100 ml)	0,3-1 g	>1 g
Grasas saturadas	≤1,5 g	1,5-5 g	>5 g

*Checklist rápido de etiqueta:*

- “Integral” figura en ingredientes (no solo en el frontal).
- Grasa culinaria = AOVE (evitar “grasas vegetales” inespecíficas).
- Azúcares totales y sal dentro del semáforo verde.
- Lista de ingredientes breve y reconocible; sin “jarabes” y con azúcares visibles si los hay.
- Evitar edulcorantes en productos orientados a consumo frecuente (p. ej., lácteos).

## 2.5. Hidratación y demencia

El envejecimiento reduce la sensación de sed y altera la concentración urinaria, incrementando el riesgo de deshidratación. Pérdidas hídricas modestas ( $\approx 1-2\%$  del peso) afectan atención, velocidad de procesamiento y estado de ánimo. En demencia, la deshidratación agrava delirio, caídas, estreñimiento e infecciones, y dificulta la administración de tratamientos.

### Prescripción y programación

- **Objetivo diario:** habitualmente **1,4-1,6 L/d** si no hay restricciones (individualizar por IC, ERC, SIADH, etc.).
- **Ofertas programadas:** cada **2-3 horas**; establecer **registro** sencillo.
- **Bebidas:** agua como principal; **infusiones, caldos bajos en sal y lácteos naturales** como complemento.
- **Señales de alarma:** orina oscura/escasa, letargia, confusión, mareos, hipotensión ortostática.

Tabla 7. Plan de hidratación programada (modelo)

Momento	Volumen	Observaciones
Desayuno	250 ml	Registrar aceptación
Media mañana	200 ml	Alternativa: infusión
Comida	300 ml	Supervisar deglución
Merienda	200 ml	Alternativa: lácteo natural
Cena	300 ml	Evitar dobles texturas
Pre-sueño	150 ml	Ajustar a descanso nocturno

Es recomendable no esperar a tener sed; ofrecer líquidos con la medicación ( $\geq 180$  ml por toma); variar bebidas sin azúcar (agua, infusiones, caldos bajos en sal). El objetivo orientativo es  $\geq 1,5$  L/día.

Si aparece tos con líquidos, voz húmeda, atragantamientos o pérdida de peso, es imprescindible consultar para adaptar texturas (sólidos) y viscosidades (líquidos) según indicación profesional; no improvisar espesados.

Señales de alarma para tener en cuenta: sequedad de boca, orina escasa/oscura, mareo, somnolencia, confusión.



## 3. Abordaje interdisciplinar y buenas prácticas

---

### 3.1. El trabajo conjunto de profesionales sociosanitarios y cuidadores

La atención nutricional en personas con demencia requiere un abordaje interdisciplinar que integre la evaluación clínica, cognitiva, nutricional y funcional en un mismo circuito asistencial. La complejidad del proceso de alimentación en estas personas, influida por factores biológicos, psicológicos, sociales y conductuales, hace imprescindible la coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos sanitarios y sociosanitarios, así como la participación de la familia y de los cuidadores principales.

El equipo interdisciplinar debe trabajar con objetivos comunes centrados en la persona y orientados a la mejora del estado nutricional, la seguridad alimentaria, la función cognitiva y la calidad de vida. La detección precoz de desnutrición o disfagia, el ajuste farmacoterapéutico, la prevención de caídas, la educación alimentaria y el soporte emocional son componentes esenciales del proceso.

En este contexto, el **dietista-nutricionista (D-Nut)** lidera la planificación dietética, aplicando herramientas de cribado validadas —como el *Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)*, el *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)* y el diagnóstico GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*)—, estableciendo requerimientos calóricos (25–30 kcal/kg/día) y proteicos (1,0–1,2 g/kg/día), y coordinando la adaptación de texturas según los estándares IDDSI (*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*).

El **médico** (de familia, geriatría o neurología) garantiza la seguridad clínica, diagnostica comorbilidades, ajusta tratamientos y promueve la prevención cardiovascular y cognitiva. Por su parte, el **farmacéutico** revisa la farmacoterapia, previene interacciones fármaco-nutriente, optimiza la formulación en pacientes con disfagia y colabora en la adherencia a los suplementos nutricionales orales (ONS).

La **logopedia** desempeña un papel clave en la seguridad de la deglución y en la rehabilitación funcional, utilizando herramientas como el *Eating Assessment Tool (EAT-10)* y el método *MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad)* para establecer el nivel adecuado de textura y viscosidad. La **enfermería**, de manera complementaria, monitoriza el balance hídrico, supervisa la técnica de administración segura de alimentos y líquidos y registra la evolución ponderal.

El apoyo **psicológico** y **fisioterapéutico** favorece la adherencia a las rutinas, mejora el apetito y mantiene la funcionalidad física, mientras que el **trabajo social** asegura la continuidad asistencial mediante la coordinación con recursos comunitarios. Finalmente, el **cuidador o familiar** es el eje operativo del plan, responsable de aplicar las pautas educativas, adaptar el entorno de alimentación, registrar las ingestas y comunicar cualquier incidencia al equipo.

A continuación se sintetizan las funciones específicas de cada profesional, las herramientas empleadas, las decisiones clínicas y los indicadores de seguimiento (*Key Performance Indicators*, KPIs) propuestos para cada área, estableciendo una periodicidad de revisión basada en la evidencia.

Cuadro resumen

Dietista-nutricionista (D-Nut)	
<b>Objetivos principales</b>	Detectar riesgo/desnutrición; prescribir pauta alimentaria y texturas; coordinar educación.
<b>Cribados / herramientas</b>	MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), diagnóstico GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), registro de ingestas.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Orden-dieta cuantificada (25-30 kcal/kg/d; 1,0-1,2 g proteína/kg/d); patrón Mediterráneo/MIND; distribución proteica $\geq 3$ tomas; fortificación casera; indicación SNO/ONS (Suplementos Nutricionales Orales/Oral Nutritional Supplements) entre comidas; coordinación con Logopedia para IDDSI.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	Peso y % pérdida; MNA-SF/MUST; ingesta proteica diaria; adherencia $\geq 80\%$ ; % UPF (ultraprocesados).
<b>Periodicidad de revisión</b>	4-8 semanas y a 12 semanas.

	<b>Medicina (familia, geriatría, neurología)</b>
<b>Objetivos principales</b>	Diagnóstico etiológico y comorbilidades; seguridad clínica.
<b>Cribados / herramientas</b>	Valoración clínica; MoCA (Montreal Cognitive Assessment); analítica; riesgo cardiovascular.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Ajuste farmacológico; tratamiento de causas reversibles; objetivos de cuidado; derivaciones.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	Eventos adversos/ingresos; control de comorbilidades; estabilidad ponderal.
<b>Periodicidad de revisión</b>	8-12 semanas (o antes si cambios).

	<b>Farmacia (hospitalaria/atención primaria/comunitaria)</b>
<b>Objetivos principales</b>	Optimizar farmacoterapia y seguridad con la alimentación.
<b>Cribados / herramientas</b>	Reconciliación terapéutica; revisión de interacciones fármaco-fármaco y fármaco-nutriente; STOPP/START si procede.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Adecuación de formas farmacéuticas en disfagia (alternativas líquidas, no triturables, liberación modificada); pautas "con/sin alimentos"; revisión de SNO/ONS (osmolaridad, azúcares, sodio/potasio) según comorbilidad; plan de adherencia.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	PRM (problemas relacionados con medicamentos) detectados/resueltos; RAM; adherencia (MPR/PDC si disponible); eventos por administración inadecuada.
<b>Periodicidad de revisión</b>	4-8 semanas y en cada cambio terapéutico.

<b>Logopedia</b>	
<b>Objetivos principales</b>	Seguridad deglutoria y rehabilitación.
<b>Cribados / herramientas</b>	EAT-10 (Eating Assessment Tool-10), MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad), pruebas de consistencia; prescripción IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative).
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Entrenamiento deglutorio; prescripción de nivel IDDSI (sólidos/líquidos); postura 90-90-90 (caderas/rodillas/tobillos a 90°, cabeza neutra/ligero chin-tuck); formación a cuidadores.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	EAT-10; eventos de tos/atragantamiento; aspiraciones = 0
<b>Periodicidad de revisión</b>	4-8 semanas

<b>Enfermería</b>	
<b>Objetivos principales</b>	Monitorizar ingestas/hidratación y educación cotidiana.
<b>Cribados / herramientas</b>	Peso; balance hídrico; registros; cribado MNA-SF.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Programación de ofertas de líquido ( $\geq 6/d$ ); vigilancia de signos de alarma; higiene oral; técnica de administración segura.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	Nº ofertas/día; diuresis; cumplimiento de texturas/viscosidades; curas asociadas.
<b>Periodicidad de revisión</b>	Semanal / en visita.

<b>Psicología</b>	
<b>Objetivos principales</b>	Conducta alimentaria, motivación y sueño.
<b>Cribados / herramientas</b>	Entrevista; escalas de conducta.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Estrategias de apoyo (refuerzo, pasos simples, apoyos visuales); higiene del sueño; manejo de ansiedad.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	Cumplimiento de rutinas; calidad de sueño; conductas disruptivas.
<b>Periodicidad de revisión</b>	6-12 semanas

<b>Fisioterapia / Actividad Física</b>	
<b>Objetivos principales</b>	Mantener/recuperar función y apetito.
<b>Cribados / herramientas</b>	SPPB (Short Physical Performance Battery); handgrip (fuerza de presión manual).
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Plan de AF multicomponente (fuerza, equilibrio, resistencia); romper sedentarismo.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	SPPB; handgrip; tolerancia a la marcha.
<b>Periodicidad de revisión</b>	6-8 semanas

<b>Trabajo social</b>	
<b>Objetivos principales</b>	Acceso a recursos y apoyos.
<b>Cribados / herramientas</b>	Valoración sociofamiliar.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Tramitación de ayudas, comedor, teleasistencia; soporte al cuidador.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	Recursos activados; carga del cuidador.
<b>Periodicidad de revisión</b>	8-12 semanas

<b>Cuidadores / familia</b>	
<b>Objetivos principales</b>	Implementación y retroalimentación.
<b>Cribados / herramientas</b>	Registros sencillos de comida, bebida y síntomas.
<b>Decisiones e intervenciones</b>	Aplicación doméstica de pautas: menú con pictogramas, finger foods, postura 90-90-90, texturas IDDSI, hidratación; señalización de alarmas.
<b>Indicadores de seguimiento (metas)</b>	Adherencia $\geq 80\%$ ; registros completos; comunicación de señales.
<b>Periodicidad de revisión</b>	Diario

### 3.2. Resolución de problemas

El abordaje de incidencias nutricionales en demencia debe seguir un circuito estructurado y reproducible que combine detección precoz, intervención sencilla y reevaluación temprana. En la práctica, se recomienda:

1. Confirmar seguridad de la deglución (cribado EAT-10 y, si procede, Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad —MECV-V—)
2. Valorar estado nutricional con MNA-SF y criterios GLIM.
3. Definir un objetivo operativo (p. ej., 25–30 kcal/kg/d; 1,0–1,2 g proteína/kg/d)
4. Prescribir medidas domésticas concretas (entorno, menú, texturas IDDSI International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, hidratación programada)
5. Educar al cuidador con instrucciones de una sola tarea, apoyos visuales y registro diario simple.
6. Monitorear indicadores de seguimiento (peso, ingestas, episodios de tos/atragantamiento, adherencia)
7. Revisar en 4–8 semanas (antes si hay cambios clínicos). El uso de suplementos nutricionales orales (ONS) se reserva a ingestas insuficientes tras optimizar dieta y entorno, y siempre con plan de duración y revisión.

Tabla 1. Problemas frecuentes y soluciones prácticas

Problema frecuente	Solución práctica (pasos aplicables en domicilio/centro)
<b>Pérdida de peso / ingesta baja</b>	Fraccionar en $\geq 4$ -5 tomas; fortificación casera (AOVE, leche en polvo, frutos secos molidos, huevo en purés); proteína distribuida $\geq 25$ -30 g por toma; snacks proteicos entre comidas; revisar fármacos anorexígenos y horario de tomas.
<b>Apatía/alexitimia alimentaria</b>	Entorno sin distractores; platos pequeños y frecuentes; sabores/olores familiares; comer acompañado; reforzamiento positivo; ofrecer primero la proteína; paseo breve seguro antes de comer.
<b>Olvidos/confusión durante las comidas</b>	Menú con pictogramas y pasos numerados; preparar platos únicos de fácil manejo; instrucciones una a la vez; supervisión amable; repetir rutinas a la misma hora.
<b>Rechazo a verduras/ legumbres</b>	Presentaciones cremas/purés, tortillas de verdura, hummus; añadir color y temperatura agradables; introducir pequeñas cantidades de forma progresiva.
<b>Deshidratación</b>	Oferta programada cada 2-3 h (6-8 vasos/día), vasos medidos y visibles; alternar agua, infusiones y caldos bajos en sal; registro de ingestas; si precisa, espesar líquidos según nivel IDDSI.
<b>Disfagia (tos/ atragantamiento, infecciones respiratorias)</b>	Cribado EAT-10 $\rightarrow$ valoración logopédica; ajustar texturas IDDSI (sólido y líquido) + postura 90-90-90; educación al cuidador; higiene oral; revisar fármacos y formas farmacéuticas no triturables.
<b>Estreñimiento</b>	Fibra alimentaria diaria (verdura, fruta entera, legumbres, integrales); hidratación; actividad física adaptada; rutina de baño; evaluar fármacos.
<b>Hiperfagia/picoteo nocturno</b>	Cena temprana y saciante (proteína + fibra); rutina de sueño; limitar acceso nocturno a alimentos; bebida caliente sin azúcar antes de acostarse; gestionar estrés/ansiedad.
<b>Hiporexia matutina</b>	Inicio suave (lácteo + cereal integral + fruta); avanzar a media mañana con opción proteica; bebidas energéticas caseras (yogur + fruta + frutos secos molidos).
<b>Dificultad con utensilios</b>	Platos con borde y base antideslizante; cubiertos ergonómicos; finger foods saludables; altura de mesa y silla correctas; postura 90-90-90 y pies apoyados.
<b>Interacciones fármaco-nutriente / horarios</b>	Revisión farmacéutica (STOPP/START; IFN); alinear tomas "con/sin alimentos"; ajustar horarios que interfieran con apetito/sueño; plan de adherencia y recordatorios.
<b>Baja adherencia del cuidador</b>	Simplificar pauta (lista corta de acciones), checklist diario de 10 ítems, feedback semanal, resolver barreras logísticas (tiempo, presupuesto, texturas listas).

Si tras 1–2 semanas de medidas estructuradas la ingesta efectiva sigue <75% o persisten señales de alarma (aspiraciones, pérdida  $\geq 5\%$  peso/mes, deshidratación clínica), activar revisión interdisciplinar con valoración completa (GLIM, MECV-V/IDDSI, MNA-SF), optimizar tratamiento y formas farmacéuticas, e iniciar SNO/ONS con objetivo, duración y reevaluación a 4–8 semanas.

### 3.2. Protocolos de intervención temprana y seguimiento nutricional

El manejo nutricional en demencia debe estructurarse como una vía clínica secuencial y reproducible, orientada a la prevención de eventos (p. ej., aspiraciones, pérdida ponderal rápida, deshidratación) y al mantenimiento de la funcionalidad. La intervención comienza con cribados sistemáticos y la identificación de “banderas rojas” que priorizan la derivación, continúa con una valoración diagnóstica integral (nutrición, deglución, cognición y función), y culmina con un plan cuantificado de energía y proteína, ajustes de textura según IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), hidratación programada, intervenciones conductuales y actividad física multicomponente. La suplementación nutricional oral (SNO/ONS) se reserva para situaciones de ingesta insuficiente a pesar de optimización dietética, con objetivos, duración definida y reevaluación. El seguimiento a 4–8 y 12 semanas, con indicadores concretos, posibilita correcciones tempranas y la coordinación fluida entre Atención Primaria, especializada y recursos sociales.



Protocolo operativo

Paso	Responsable(s)	Qué hacer	Herramientas / Criterios
1. Cribado sistemático	Enfermería / D-Nut / Med.	Cribado nutricional, deglución y sarcopenia.	MNA-SF, MUST; EAT-10; SARC-F.
2. Banderas rojas	Med. / D-Nut / Enf.	Detectar urgencias y priorizar derivación.	Pérdida >5%/mes; aspiraciones; deshidratación; delirio; caídas repetidas.
3. Valoración diagnóstica	D-Nut / Med. / Físio / Log.	Diagnóstico nutricional, funcional y cognitivo.	GLIM; handgrip (kg); SPPB; MoCA.
4. Orden-dieta cuantificada	D-Nut	Prescripción energética y proteica; patrón dietético.	25-30 kcal/kg/d; proteína 1,0-1,2 g/kg/d (1,2-1,5 en fragilidad); ≥3 tomas/d; Mediterránea/MIND; integrales 100%; legumbre 3-4/sem; pescado azul 2-3/sem; AOVE.
5. Vía de disfagia	Log. / Enf. / D-Nut	<b>Seguridad deglutoria y texturas.</b>	IDDSI (sólidos/líquidos) según EAT-10 y valoración; postura 90-90-90; volúmenes pequeños; ritmo lento; evitar dobles texturas; higiene oral.
6. Hidratación programada	Enf. / D-Nut / Cuidador	Plan de oferta de líquidos con registro.	Objetivo 1,4-1,6 L/d (salvo restricción); ≥6 ofertas/d; espesado al nivel indicado.
7. Intervenciones conductuales	Psic. / D-Nut	Mejorar adherencia y entorno.	Apoyos visuales; menú con pictogramas; refuerzo positivo; batch-cooking; lista cerrada de compra.
8. Actividad física (AF)	Físio / Enf.	Mantener/recuperar función y apetito.	AF multicomponente ≥150 min/sem; romper sedentarismo; seguridad de la marcha.
9. ONS	D-Nut / Med. / Farm.	Indicar suplementos cuando procede.	Criterios: riesgo o desnutrición (GLIM) e ingesta <75% pese a fortificación; 1-2 tomas/d entre comidas; adaptar a IDDSI si disfagia.
10. Seguimiento y coordinación	Todo el equipo	Reevaluar y ajustar; coordinar niveles asistenciales.	Ajustes de IDDSI, orden-dieta, hidratación y AF; coordinación Primaria-Especializada-Social.
5. Vía de disfagia	Ajustar a descanso nocturno	Pre-sueño	Pre-sueño

“Med.” = Medicina; “D-Nut” = Dietista-nutricionista; “Enf.” = Enfermería; “Log.” = Logopedia; “Físio” = Fisioterapia; “Psic.” = Psicología.

Registro y umbrales	Revisión
Positivo en cualquiera pasar a Paso 2-3.	En cada contacto y ante cambios.
Si presente $\geq 1$ derivación prioritaria (logopedia/urgente).	Inmediata.
Desnutrición por GLIM; función reducida (SPPB/handgrip) intensificar plan.	1-2 semanas tras cribado.
Meta de ingesta $\geq 75-100\%$ del objetivo; adherencia $\geq 80\%$ .	4-8 semanas.
0 aspiraciones; eventos de tos/atragantamiento ; cumplimiento del nivel IDDSI.	4-8 semanas (antes si incidencia).
Diuresis adecuada; ausencia de signos de deshidratación.	Semanal (domicilio/centro).
Rutinas cumplidas; reducción de conductas disruptivas; adherencia $\geq 80\%$ .	4-8 semanas.
SPPB/handgrip / ; tolerancia a la marcha.	6-8 semanas.
Revisión a 4-8 semanas: peso / ; MNA-SF/MUST ; handgrip / ; tolerancia y adherencia; retirada escalonada al alcanzar metas.	4-8 semanas.
Registro integral: peso, % pérdida, EAT-10, ingestas, adherencia.	4-8 y 12 semanas (o antes si cambios).
Pre-sueño	Pre-sueño

Tabla 2. Indicadores de seguimiento y acciones correctoras

Área	Indicador	Meta	Acción correctora si no se alcanza
Nutrición	MNA-SF, peso, % pérdida	MNA-SF $\geq$ 12; peso /	Densificar (fortificación casera); revisar horarios; valorar SNO/ONS; descartar causas secundarias (GLIM); reeducación al cuidador.
Deglución	EAT-10; tos/atragantamientos	0 aspiraciones; tos	Reajustar IDDSI; reentrenamiento con logopedia; reforzar postura 90-90-90 y volúmenes pequeños; higiene oral.
Hidratación	Nº ofertas/d; diuresis	$\geq$ 6 ofertas/d; diuresis adecuada	Programar ofertas; vasos medidos y visibles; gelificar si procede; revisar diuréticos y horarios.
Dieta	% UPF; adherencia patrón	UPF ; adherencia $\geq$ 80%	Auditoría de compra y despensa; menú con pictogramas; simplificar recetas; apoyo en lista cerrada.
Función	Handgrip; SPPB	Mantener/	AF supervisada (fuerza-equilibrio-resistencia); paseos seguros; ajustar metas progresivas.

## 4. Lista de abreviaturas (Módulos 2 y 3)

---

**ADI:** Alzheimer's Disease International.

**AF:** Actividad física.

**AP:** Atención Primaria.

**AOVE:** Aceite de oliva virgen extra.

**CEAFA:** Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias.

**DASH:** Dietary Approaches to Stop Hypertension (patrón dietético para HTA).

**DCL:** Deterioro cognitivo leve.

**D-Nut:** Dietista-nutricionista.

**DHA:** Ácido docosahexaenoico (omega-3).

**EPA:** Ácido eicosapentaenoico (omega-3).

**EAT-10:** Eating Assessment Tool-10 (cribado de disfagia).

**GLIM:** Global Leadership Initiative on Malnutrition (criterios diagnósticos de desnutrición).

**IDDSI:** International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (estándar internacional de texturas/viscosidades).

**IFN:** Interacciones fármaco-nutriente.

**IMC:** Índice de masa corporal.

**KPIs:** Key Performance Indicators (indicadores de seguimiento/resultado).

**MECV-V:** Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (cribado clínico de disfagia).

**MIND:** Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (patrón dietético para salud cerebral).

**MNA-SF:** Mini Nutritional Assessment – Short Form (cribado nutricional).

**MoCA:** Montreal Cognitive Assessment (cribado cognitivo).

**MPR:** Medication Possession Ratio (indicador de adherencia a medicación).

**MUST:** Malnutrition Universal Screening Tool (cribado nutricional).

**ONS / SNO:** Oral Nutritional Supplements / Suplementos Nutricionales Orales.

**PDC:** Proportion of Days Covered (indicador de adherencia a medicación).

**PRM:** Problemas relacionados con los medicamentos.

**RAM:** Reacciones adversas a medicamentos.

**SARC-F:** Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs, Falls (cribado de sarcopenia).

**SEDENE:** Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

**SENC:** Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

**SPPB:** Short Physical Performance Battery (valoración de rendimiento físico).

**STOPP/START:** Screening Tool of Older Persons' Prescriptions / Screening Tool to Alert to Right Treatment (criterios para prescripción/depuración en mayores).

**UPF:** Ultra-Processed Foods (alimentos ultraprocesados).

**Postura 90-90-90:** Alineación para comer con seguridad (caderas/rodillas/tobillos a 90°, tronco erguido; cabeza neutra o ligero chin-tuck).

## 5. Referencias

---

### Introducción General

- Canhada S, Castro K, Perry IS, Luft VC. Omega-3 fatty acids' supplementation in Alzheimer's disease: A systematic review. *Nutr Neurosci.* 2018;21(8):529–38.
- Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44 Suppl 2:2-8.
- Godos J, Scazzina F, Paternò Castello C, et al. Underrated aspects of a true Mediterranean diet: understanding traditional features for worldwide application of a “Planeterranean” diet. *J Transl Med.* 2024; 22(1): 294.
- Huang L, Tao Y, Chen H, Chen X, Shen J, Zhao C, et al. Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diet and Cognitive Function and its Decline: A Prospective Study and Meta-analysis of Cohort Studies. *Am J Clin Nutr.* 2023;118(1):174–82.
- Jennings A, Shannon OM, Gillings R, et al. Effectiveness and feasibility of a theory-informed intervention to improve Mediterranean diet adherence, physical activity and cognition in older adults at risk of dementia: the MedEx-UK randomised controlled trial. *BMC Med.* 2024; 22(1): 600.
- Jones A, Ali MU, Kenny M, Mayhew A, Mokashi V, He H, Lin S, Yavari E, Paik K, Subramanian D, Dydynsky R, Aryal K, Correia RH, Dash D, Manis DR, O'Connell M, Liu-Ambrose T, Taler V, McMillan JM, Hogan DB, Kirkland S, Costa AP, Wolfson C, Raina P, Griffith L. Potentially Modifiable Risk Factors for Dementia and Mild Cognitive Impairment: An Umbrella Review and Meta-Analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2024; 53(2): 91-106.

- Johnstone AM, Albanese E, Crabtree DR, Dalile B, Grabrucker S, Gregory JM, Grosso G, Holliday A, Hughes C, Itsiopoulos C, Mamo J, McEvoy C, Myint PK, Pereira LR, Vauzour D, Siervo M. Consensus statement on exploring the Nexus between nutrition, brain health and dementia prevention. *Nutr Metab (Lond)*. 2025; 22 (1): 82.
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Brayne C, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Costafreda SG, Dias A, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Ogunniyi A, Orgeta V, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020; 396(10248): 413-446.
- Marengoni A, Rizzuto D, Fratiglioni L, Antikainen R, Laatikainen T, Lehtisalo J, Peltonen M, Soininen H, Strandberg T, Tuomilehto J, Kivipelto M, Ngandu T. The Effect of a 2-Year Intervention Consisting of Diet, Physical Exercise, Cognitive Training, and Monitoring of Vascular Risk on Chronic Morbidity-the FINGER Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2018; 19(4): 355-360.e1.
- Martínez-Lapiscina EH, Clavero P, Toledo E, et al. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013; 84(12):1318-1325.
- McBean L, O'Reilly S. Diet quality interventions to prevent neurocognitive decline: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr*. 2022;76(8):1060–72.
- Morris MC, Tangney CC, Wang Y, et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimers Dement*. 2015;11(9):1015-1022.
- Naomi R, Embong H, Othman F, Ghazi HF, Maruthey N, Bahari H. Probiotics for Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Nutrients*. 2021;14(1):20.
- Suh SW, Kim HS, Han JH, Bae J Bin, Oh DJ, Han JW, et al. Efficacy of Vitamins on Cognitive Function of Non-Demented People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2020;12(4):1168.

- Valls-Pedret C, Sala-Vila A, Serra-Mir M, et al. Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015; 175(7): 1094-1103.
- van den Brink AC, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AAM, van de Rest O. The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease-A Review. *Adv Nutr.* 2019;10(6):1040-1065.
- Ward NA, Brennan L, de Groot LCPGM, Prinelli F, Volkert D, Woodside JV, McEvoy CT. Nutritional Adequacy and Protein Intake in Older Adults at Risk of Undernutrition with Subjective Memory Decline Enrolled in the Protein-Enriched Mediterranean Diet, with or without Exercise (PROMED-EX) Trial. *Proceedings.* 2023; 91(1):205.

## Guía nutricional para la prevención de la demencia

- Alzheimer's Disease International. Help for care partners of people with dementia [Internet]. London: ADI; c2016. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/eshelpforcaregivers.pdf>
- Alzheimer's.gov. Consejos para cuidadores y familias de personas con demencia [Internet]. Disponible en: <https://www.alzheimers.gov/es/como-vivir-demencia/consejos-cuidadores>
- Aparicio A, et al. Diet quality and cognitive outcomes: a critical review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2021;61.
- Barrado-Martín D, et al. Nutrition and hydration for people living with dementia near the end of life: a qualitative systematic review. 2021.
- Bhuiyan M, et al. Prevention of Alzheimer's disease through diet: an exploratory review. 2023.
- Castro R, et al. Multi-Domain Interventions for Dementia Prevention – A Systematic Review. 2023.

- Cremonini C, et al. Nutrients in the Prevention of Alzheimer's Disease. 2019.
- Dawson A, Willette AA. Dietary Factors and Interventions for Cognitive Impairment and Dementia. 2025.
- Flanagan E, et al. Nutrition and the ageing brain: moving towards clinical applications. 2020.
- Jansen S, et al. Diet quality, brain structure and function. *Nutrients*. 2023;15(7):1613.
- Kheirouri S, Alizadeh M. MIND diet and cognition. *Nutr Neurosci*. 2024.
- Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention and care (update). *Alzheimers Dement*. 2020;16(7).
- Lobo A, et al. Diet–brain ageing overview. *Nutrients*. 2022;14(19).
- Mohan D, et al. Link between dietary sodium, cognitive function, and dementia risk: a systematic review. *J Alzheimers Dis*. 2020;76:1347–73.
- Naomi R, et al. Dietary polyphenols as protection against cognitive decline. ("PRIME PubMed | Dietary Polyphenols as a Protection against Cognitive ...") *Antioxidants*. 2021;10(5):707.
- O’Keeffe ST. Malnutrition and dementia. *BMC Geriatr*. 2018;18:167.
- “Otsuka R. Diet, nutrition, and cognitive function: a narrative review of Japanese longitudinal studies.” (“Traditional Japanese diet score and the sustainable development goals ...”) 2022.
- Rojer AGM, et al. Objectively assessed physical activity, sedentary behavior and cognition in older adults. *Mech Ageing Dev*. 2021;198:111524.
- Scarmeas N, Anastasiou CA, Yannakoulia M. Nutrition and prevention of cognitive impairment. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):1006–15.
- Seabrook LT, et al. Dietary patterns and brain health in middle-aged and older adults: a narrative review. 2025.
- SENC. Guías alimentarias para la población española. Madrid; 2016.

- Su S, et al. Leisure activities and dementia risk. *Neurology*. 2022; 99 (15):e1651–e1663.
- van de Rest O, Berendsen AAM, Haveman-Nies A, de Groot LCPGM. Dietary patterns, cognitive decline, and dementia: a systematic review. *Adv Nutr*. 2015;6(2):154–68.
- Volkert D, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2024;43(8).
- Zhang Z, et al. The interplay between dietary habits and cognitive function via the gut–brain axis. 2025.

### Abordaje interdisciplinar y buenas prácticas

- Clavé Civit P, García Peris P, eds. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 2.ª ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2015. ISBN: 978-84-7429-497-2.
- Domínguez LJ, Veronese N, Barbagallo M. Lifestyle and cognitive decline. *Nutrients*. 2021;13(10).
- González-Altred C, Casado-Romo MP, Gómez-Blanco A, Pajares-García S, Dávila-Acedo RM, Barroso-Pérez L, et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; IMSERSO-CEADAC; 2012. Disponible en: <https://ceadac.imserso.es>
- Jansen S, et al. Diet quality, brain structure and function. *Nutrients*. 2023;15(7):1613.
- Kheirouri S, Alizadeh M. MIND diet and cognition. *Nutr Neurosci*. 2024.
- Leyrolle Q, Prado-Perez L, Layé S. Gut-derived metabolites and brain. *Front Nutr*. 2023;10:1201812.
- Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention and care (update). *Alzheimers Dement*. 2020;16(7).

- Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention and care (update). *Alzheimers Dement*. 2020;16(7).
- Lozano-Estevan MC, Bermejo LM, Cervera-Muñoz A, Martínez-García RM, Cuadrado-Soto E. Protocolo de actuación en el abordaje dietético y nutricional en pacientes con disfagia. *Nutr Hosp*. 2023;40(Supl 2).
- Lozano-Estevan MC, Bermejo LM, Cervera-Muñoz A, Martínez-García RM, Cuadrado-Soto E. Importancia de la hidratación en personas con disfagia y sus consecuencias. *Nutr Hosp*. 2024;41(Supl 3).
- McGrattan A, et al. Nutrition and cognitive health across the life course. *Proc Nutr Soc*. 2020;79.
- Naomi R, et al. Dietary polyphenols and cognitive decline. *Antioxidants (Basel)*. 2021;10(5):707.
- O’Keeffe ST. Malnutrition and dementia. *BMC Geriatr*. 2018;18:167.
- Scarmeas N, Anastasiou CA, Yannakouli M. Nutrition and prevention of cognitive impairment. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):1006-15.
- Scarmeas N, Anastasiou CA, Yannakouli M. Nutrition and prevention of cognitive impairment. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):1006-15.
- Van de Rest O, Berendsen AAM, Haveman-Nies A, de Groot LCPGM. Dietary patterns, cognitive decline, and dementia. *Adv Nutr*. 2015;6(2):154-8.
- Volkert D, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2024;43(8).
- Volkert D, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2024;43(8).







