



Guía de Geriatria para el manejo de personas mayores malnutridas de la comunidad.





La desnutrición entendida como deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes afecta a 1/3 de las personas recientemente admitidas a instituciones de larga estadía, 1/5 de personas admitidas en unidades de salud mental, 1/5 personas atendidas en hospitales y 1/10 personas que consultan a médicos generalistas, según un trabajo realizado en el Reino Unido.

La pérdida involuntaria de más del 5 al 10 por ciento del peso habitual, durante un año, en personas mayores, es un signo clínico importante asociado con un mayor riesgo de mortalidad.

Por lo tanto, la pérdida de peso debe abordarse minuciosamente intentando detectar la causa.

La pérdida de peso involuntaria generalmente se relaciona con las siguientes condiciones: ingesta dietética inadecuada, pérdida del apetito (anorexia), atrofia muscular (sarcopenia) o efectos inflamatorios de la enfermedad (caquexia).

La ingesta dietética inadecuada puede relacionarse a diversas causas, no sólo patológicas sino también a problemas sociales, psicológicos, fisiológicos y funcionales.

La depresión es la condición asociada más frecuente en varios estudios, con el cáncer como la segunda causa más común.

Los grupos con más riesgo de desnutrición son:

- Personas con patología crónica: EPOC, enfermedad oncológica, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades gastrointestinales, enfermedad renal, enfermedad hepática, síndromes demenciales, enfermedades neurológicas
- Personas con enfermedad aguda: que no consumen alimentos más de 5 días.
- Personas con situaciones que generan fragilidad: inmovilidad, edad avanzada, depresión, alta hospitalaria
- Personas con vulnerabilidad social: falta de contención, soledad, incapacidad de comprar o cocinar, pobreza

La desnutrición causa efectos orgánicos adversos tanto estructurales como funcionales:

- Disminución de la respuesta inmunológica
- Disminución de la fuerza muscular
- Retardo en la curación de heridas
- Deterioro de la función psicosocial
- Disminución de la recuperación de enfermedades y cirugías

El manejo de las personas malnutridas implica mayores costos de salud (el doble que una persona adecuadamente nutrida) puesto que requieren mayor número de internaciones, estadías más prolongadas en internación, mayor número de consultas, mayor requerimiento de cuidados domiciliarios, aumento de uso de recursos en salud.

Es por eso que, detectar y tratar personas malnutridas o en riesgo de malnutrición, implica ahorro en costos de salud puesto que el costo de manejar la desnutrición es menos de 2.5% de lo que se gasta en personas mal nutridas.



OPORTUNIDADES DE DETECCIÓN DE MALNUTRICIÓN

- Primer contacto con un área de cuidado
- Hallazgos clínicos: fragilidad, pérdida de peso, úlceras de presión, alteraciones deglutorias
- Grupos de Riesgo
- Personas con detección previa de riesgo de desnutrición

La evaluación de la pérdida de peso debe incluir: medidas de peso en serie, evaluación dietética y del apetito, antecedentes, examen físico y análisis de laboratorio.

El riesgo de mortalidad en personas mayores de 70 años no es afectado significativamente por un índice de masa corporal (IMC) elevado, en el rango de 25.0 a 29.9. En este grupo, el consejo nutricional para lograr descenso de peso, debe adaptarse a cada persona, a la evaluación del impacto del exceso de peso en su calidad de vida y siempre debe incluir la indicación de ejercicio regular.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

A • ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = anorexia grave

1 = anorexia moderada

2 = sin anorexia

Puntaje:

B • Pérdida de peso en los últimos 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

Puntaje:

C • Movilidad

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

2 = sale del domicilio

Puntaje:

D • ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

0 = sí

2 = no

Puntaje:



E • Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
 - 1 = demencia o depresión moderada
 - 2 = sin problemas psicológicos
- Puntaje:

F • Índice de masa corporal

- 0 = IMC <19
 - 1 = 19 ≤ IMC <21
 - 2 = 21 ≤ IMC <23
 - 3 = IMC ≥23
- Puntaje:

Total:

Si el total es = o < 11 continúe con el cuestionario.

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

- 12 - 14 puntos: estado nutricional normal.
- 8 - 11 puntos: riesgo de malnutrición.
- 0 - 7 puntos: malnutrición.

G • ¿Vive independiente en su domicilio?

- 0 = no
 - 1 = sí
- Puntaje:

H • ¿Toma más de 3 medicamentos al día?

- 0 = sí
 - 1 = no
- Puntaje:

I • ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

- 0 = sí
 - 1 = no
- Puntaje

J • ¿Cuántas comidas completas toma al día?

- 0 = 1 comida
 - 1 = 2 comidas
 - 2 = 3 comidas
- Puntaje



K • ¿Consume productos lácteos al menos una vez al día?

Sí No

Puntaje:

¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?

Sí No

Puntaje:

¿Carne, pescado o aves diariamente?

Sí No

0 = ningún si o un si

0,5 = dos si

1 = tres si

Puntaje:

L • ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

0 = no

1 = sí

Puntaje:

M • ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?

0 = menos de 3 vasos

0,5 = de 3 a 5 vasos

1 = más de 5 vasos

Puntaje:

N • Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda

1 = se alimenta solo con dificultad

2 = se alimenta solo sin dificultad

Puntaje:

O • ¿Considera que Ud. está bien nutrido?

0 = desnutrición grave

1 = no lo sabe o desnutrición moderada

2 = sin problemas de nutrición

Puntaje:

P • En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra su estado de salud?

0 = peor

0,5 = no lo sabe

1 = igual

2 = mejor

Puntaje:

Q • Circunferencia braquial (CB en cm)

0 = CB <21

0,5 = $21 \leq CB \leq 22$

1 = CB >22

Puntaje:



R • Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP <31

1 = CP ≥31

Puntaje:

Total:

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos estado nutricional normal.

De 17 a 23.5 puntos riesgo de malnutrición.

Menos de 17 puntos malnutrición.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (Peso y altura)

Las mediciones seriadas de peso corporal ofrecen la visión más simple para detectar el cambio en el estado nutricional en adultos mayores y para decidir un ajuste nutricional.

Sin embargo, la obtención periódica del peso corporal, puede ser un reto especialmente en pacientes frágiles.

Para aquellos en que sea posible, el bajo peso corporal se define como <80 por ciento del peso corporal recomendado.

Cualquier paciente por debajo de los siguientes pesos debe ser considerado en riesgo nutricional.

TABLA DE PESO CORPORAL RECOMENDADO (Según altura y edad).

Altura en cm.	60 - 69 años	70 - 79 años	80 - 89 años
154,94	58-69	55-70	-
157,48	60-74	57-70	54-67
160,02	61-74	58-71	55-68
162,56	64-79	59-73	58-69
165,1	65-81	59-75	57-70
167,64	67-84	60-76	58-72
170,18	70-86	62-77	59-74
172,72	72-89	63-79	60-75
175,26	74-91	65-81	62-77
177,8	76-94	66-83	64-80
180,34	78-97	68-85	65-82
182,88	80-100	70-86	67-85



CRITERIOS CLÍNICOS PARA DEFINIR RIESGO

Riesgo poco probable (Bajo): No luce delgado, peso estable, sin alteraciones del apetito

Riesgo posible (Moderado): delgado por enfermedad, condición, reducción de apetito o de la capacidad de comer, o pérdida de peso no planificada en los últimos 3-6 meses,

Impresiona malnutrido (Alto): Delgado o muy delgado, significativa pérdida de peso en 3-6 meses previos, sin alimentarse en los últimos 5 días

MANEJO DE PERSONAS CON RIESGO NUTRICIONAL

Siempre es necesario valorar barreras a la ingesta (dentición, apetito, incapacidad de comprar, cocinar, falta de recursos económicos).

Cuando es posible, conviene mejorar la alimentación con comidas.

Se sugiere no tratar a los pacientes con estimulantes del apetito (acetato de megestrol o dronabinol) debido al beneficio marginal y los posibles efectos secundarios.

La deficiencia de vitamina B12 afecta aproximadamente al 15 por ciento de las personas > 60 años en los Estados Unidos y más comúnmente se refiere a la malabsorción de los complejos de alimentos-proteína-B12. Se recomienda la ingesta diaria de B12 de 10 a 15 mcg, por suplemento o productos fortificados en la dieta, para individuos mayores de 50 años.

Los suplementos orales de vitamina B12, 1000 mcg al día, por lo general puede corregir la deficiencia de B12 en el adulto mayor.

La deficiencia de vitamina D también es común en la población mayor. Los suplementos de vitamina D o los alimentos enriquecidos deben suministrar 600 a 800 UI de vitamina D por día para los adultos mayores. Además, se deben suministrar diariamente 1200 mg / día de calcio elemental.

USO DE SUPLEMENTOS EN INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO

El tratamiento de la malnutrición debe dirigirse a la causa subyacente, así como a la modificación dietética.

Deben levantarse las restricciones nutricionales, por ejemplo en personas con diabetes.

Asimismo deben proporcionarse alimentos con alto contenido calórico.

Los suplementos son necesarios cuando la ingesta alimentaria no es suficiente para alcanzar los requerimientos nutricionales del individuo y no recuperan peso a pesar de los ajustes en la preparación de las comidas y en el contenido de la dieta .

Los suplementos no sólo aportan energía, sino también proteínas y micronutrientes.



Los suplementos otorgan beneficios en diversos resultados clínicos:

- Reducción de complicaciones (úlceras por presión, curación de heridas , infecciones)
- Reducción de mortalidad en adultos mayores agudamente enfermos (comprobado en personas hospitalizadas)
- Reducción de admisiones y readmisiones hospitalarias

Existe una amplia variedad y tipos de suplementos (ricos en proteínas, rico en fibras, de bajo volumen). Los que son ricos en proteínas son de elección en personas adultas mayores con heridas, en aquellos que cursan un período postoperatorio y en los que padecen determinados tipos de cáncer

La mayoría provee ~300kcal, 12g de proteína y un amplio espectro de vitaminas y minerales.

Generalmente los pacientes pueden ser manejados adecuadamente con dosis standard (1.5-2.4kcal/ml).

Los beneficios suelen observarse con la administración de 300-900 kcal/día (1-3 suplementos diarios) y se alcanzan generalmente en 2-3 meses de uso, en individuos de la comunidad. En ocasiones pueden administrarse por períodos más cortos o más prolongados.

La alimentación con suplementos en enfermedades agudas, se implementan cuando el individuo no puede alimentarse adecuadamente con comidas. Es recomendable administrar 1-3 suplementos por día adicionado a comidas por 4-6 semanas y realizar control periódico, el primero de ellos en 4-6 semanas.

La administración de suplementos nutricionales, en condiciones crónicas, debe realizarse a largo plazo (12 semanas) cuando los alimentos no resultan suficientes. La dosis usual es de 2 suplementos por día (rango 1-3 por día) además de la comida. Se debe monitorear la adherencia a las 6 semanas y la meta lograda a las 12 semanas

Tanto en situaciones agudas como crónicas se considera meta lograda la salida de la condición de alto riesgo. En esa circunstancia conviene considerar la posibilidad de reducir a 1 suplemento diario por 2 semanas, siempre intentando optimizar la ingesta de alimentos

En caso de no lograr la meta, se debe evaluar la adherencia, aumentar las dosis de suplementos y dar intervención al nutricionista.

La discontinuación de los suplementos debe realizarse cuando se alcanzan metas, cuando se restablece la ingesta y cuando el individuo se encuentra estable y fuera de riesgo.

Conviene realizar re-evaluación periódica, dada las posibilidades de recaídas.



Bibliografía

1. The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Elia M, editor. 2003. Redditch,
2. Stratton RJ et al. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Oxford: CABI publishing; 2003.
3. Guest JF et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr* 2011; 30(4):422-429.
4. Elia M et al. The cost of disease-related malnutrition in the UK and economic considerations for the use of oral nutritional supplements (ONS) in adults. A report by BAPEN. 2005.
5. Elia M and Stratton RJ. Calculating the cost of disease-related malnutrition in the UK in 2007 (public expenditure only) in: *Combating Malnutrition: Recommendations for Action*. Report from the advisory group on malnutrition, led by BAPEN. 2009.
6. Elia M and Russell CA. *Combating Malnutrition: Recommendations for Action*. Report from the advisory group on malnutrition, led by BAPEN. 2009.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical Guideline 32. 2006.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Cost saving guidance: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/benefitsimplementation/costsavingguidance.jsp> Accessed 17.4.12
9. Stratton RJ and Elia M. Encouraging appropriate, evidence based use of oral nutritional supplements. *Proc Nut Soc* 2010; 69(4):477-487
10. Russell CA and Elia M. Nutrition Screening Survey in the UK and Republic of Ireland in 2011. A report by BAPEN. 2012.
11. Stratton RJ et al. Malnutrition in hospital outpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr* (2004);92, 799-808.
12. Collins PF et al. Prevalence of malnutrition in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Nut Soc* 2010: vol. 69; Issue OCE2; E148.
13. *Manual of Dietetic Practice*. 4th ed. Blackwell Publishing Ltd; 2007.
14. National Prescribing Centre. Prescribing of adult oral nutritional supplements (ONS). Guiding principles on improving the systems and processes for ONS use. www.npc.nhs.uk/quality/ONS/resources/borderline_substances_final.pdf. Accessed 17.4.12
15. Gariballa S et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nutritional supplementation during acute illness. *Am J Med* 2006; 119(8):693-699.
16. BMJ Group and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2011. *British National Formulary*. <http://bnf.org/bnf/index.htm>
17. Stratton RJ and Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements* 2, 5-23. 2007.
18. Norman K et al. Three month intervention with protein and energy rich supplements improve muscle function and quality of life in malnourished patients with non-neoplastic gastrointestinal disease - a randomized controlled trial. *Clin Nutr* 2008; 27(1):48-56.
19. Baldwin C and Weekes CE. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease related malnutrition in adults (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [9]. 2011.
20. Cawood AL et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of high-protein oral nutritional supplements. *Ageing Research Reviews* 2012: Vol 11(2):278-296.
21. Stratton RJ et al. Systematic review and Meta-analysis of the effects of oral nutritional supplements on hospital admissions. *Clin Nutr Supp* (2011);6(1):16'
22. Nieuwenhuizen WF et al. Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clin Nutr* 2010; 29(2):160-169.
23. Hubbard GP et al. A systematic review of compliance to oral nutritional supplements. *Clinical Nutrition* 31 (2012),pp. 293-312
24. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006 ; 10 : 456-465.
25. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNASF). *J. Geront* 2001 ; 56A : M366-377.
26. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006 ; 10 : 466-487.