

# I CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

## EL DIETISTA-NUTRICIONISTA: PRO-MOTOR DE SALUD PÚBLICA



ACADEMIA  
ESPAÑOLA DE  
NUTRICIÓN  
Y DIETÉTICA



Colegio Profesional de  
Dietistas-Nutricionistas  
de Aragón



www.renhyd.org

## RESÚMENES DE PONENCIAS

11 de noviembre de 2017 | MESA REDONDA

Malnutrición: un problema transversal

Ponencia 1

### Desnutrición en los adultos mayores: importancia preventiva-terapéutica de la evaluación integral y la intervención nutricional



María del Mar Ruperto López<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Nutrición Humana, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid, España.

\*marruperto@yahoo.com

El envejecimiento progresivo de la población en adultos mayores de 65 años para el año 2060, con una proyección estimada del 30% en Europa, subraya la necesidad de promover políticas preventivas e intervenciones socio-sanitarias eficaces<sup>1</sup>. La edad por sí misma, amplifica la comorbilidad, la dependencia funcional y la vulnerabilidad a los trastornos nutricionales.

En España, la desnutrición *per se*, es una condición prevalente en los adultos mayores<sup>2-4</sup>. Factores causales como la pérdida de apetito, problemas masticatorios y/o de deglución, trastornos neurodegenerativos y, la presencia de pluripatología, contribuyen al riesgo nutricional en la población anciana<sup>5</sup>.

El compromiso nutricional presenta una amplia variabilidad en los diferentes estudios, dependiendo del grupo etario, situación cognitiva, patologías asociadas y el tipo de institucionalización. Varios estudios<sup>2-4</sup> encontraron que el riesgo nutricional en residentes en el domicilio era del 24%, mientras que factores como la hospitalización o la institucionalización en centros geriátricos sitúan el riesgo hasta el 30-70%.

El cribaje nutricional periódico en población anciana, mediante la utilización de escalas validadas<sup>6,7</sup> (MNA-SF, *Mini Nutritional Assessment Short Form*; SNAQ+65, *Short Nutritional Assessment Questionnaire*), permiten con carácter

preventivo-terapéutico identificar el riesgo nutricional y/o la desnutrición. Según las directrices europeas<sup>8</sup>, parámetros nutricionales como la pérdida de peso corporal  $\geq 2,5\text{kg}$  en 1 mes o del 10% en los últimos 3 meses, índice de masa corporal  $< 22\text{kg}/\text{m}^2$ , inadecuación de la ingesta alimentaria  $< 75\%$ , y, la presencia de hipoalbuminemia o hipocolesterolemia, se consideran criterios diagnósticos de desnutrición en el adulto mayor. Adicionalmente, la Academia de Nutrición americana<sup>9</sup>, recomienda la utilización rutinaria del proceso de atención nutricional mediante el procedimiento sistemático de valoración, diagnóstico, intervención y monitorización nutricional.

La valoración del estado nutricional tiene como finalidad determinar las eventuales desviaciones de la normalidad tanto de malnutrición por exceso, como en la desnutrición por defecto en cualquiera de sus manifestaciones clínicas. La pérdida de peso y la inadecuación de la ingesta alimentaria se asocian con fragilidad, mayor frecuencia de ingresos hospitalarios, estancias más prolongadas, incremento del riesgo de caídas y fracturas y de la tasa de mortalidad global<sup>10</sup>.

Las recomendaciones nutricionales de ingesta oral en la población anciana, constatan la necesidad de adecuar la ingesta de energía y nutrientes a los requerimientos individuales. En la alimentación del adulto mayor, es conveniente garantizar

el aporte de energía (25–30kcal/kg/día), y de la ingesta diaria de proteínas (1–1,2g/kg/día), combinado con programas de ejercicios de resistencia para mantener y/o recuperar la masa muscular, la movilidad, y evitar el deterioro funcional<sup>11</sup>. En presencia de enfermedad aguda o crónica, existe aumento de las necesidades proteicas (1,2–1,5g/kg/día), pudiendo alcanzar hasta 2,0g/kg/día, si desnutrición relacionada con la enfermedad e inflamación<sup>12</sup>. Asimismo, micronutrientes esenciales en el adulto mayor, como el aporte suficiente de calcio, y vitamina D, previenen el riesgo de caídas y fracturas y, por tanto, la discapacidad y la dependencia<sup>13</sup>. Es conveniente señalar, que la aplicación de planes alimentarios monótonos, y excesivamente restrictivos, disminuye la adherencia a la prescripción nutricional y favorecen la desnutrición. El consejo nutricional, aislada o conjuntamente con soporte nutricional artificial, permite mejorar el pronóstico y la supervivencia en el adulto mayor<sup>8</sup>.

La guía clínica de Nutrición enteral en Geriatría<sup>12</sup>, recomienda iniciar soporte nutricional con suplementación nutricional (SN) vía oral, en adultos mayores en riesgo nutricional o desnutridos, frágiles, con riesgo de desarrollar úlceras por presión y en aquellos con fractura de cadera o cirugía ortopédica (Evidencia A). La suplementación nutricional vía oral constituye una intervención terapéutica segura y sin efectos adversos clínicos relevantes, que mejoran la calidad de vida y la funcionalidad del paciente<sup>14</sup>.

En situaciones en las que el tracto gastrointestinal es funcional y existe la limitación de cubrir las necesidades nutricionales por la vía oral, está indicada la nutrición enteral. La selección de la vía de acceso dependerá de la duración prevista del soporte nutricional y de las patologías subyacentes. En general, la nutrición enteral mediante sonda nasogástrica o nasoenteral se indicará cuando se estime la utilización del soporte nutricional en un periodo de 4–6 semanas. Sin embargo, cuando se prevea mayor duración de la terapia nutricional (>6 semanas), o exista algún tipo de obstrucción mecánica en la vía digestiva alta, se recomienda la vía endoscópica percutánea (Evidencia A)<sup>12</sup>.

En resumen, el cribaje y la valoración nutricional complementaria son elementos claves en el adulto mayor. En un paciente desnutrido con patología subyacente se identificarán las posibles causas y el tipo de desnutrición predominante. La intervención nutricional exige la planificación detallada del tratamiento, incluyendo el plan alimentario, tipo de soporte nutricional (suplementos nutricionales, nutrición enteral) y la monitorización y seguimiento de la prescripción nutricional.

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora expresa que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

## REFERENCIAS

- (1) 'Life expectancy' at a certain age is the mean additional number of years that a person of that age can expect to live, if subjected throughout the rest of his or her life to the current mortality conditions. 'Life expectancy at birth' is the number of years a person is expected to live at birth. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Glossary:Life\\_expectancy](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Life_expectancy)
- (2) De Luis DA, Lopez MR, Gonzalez SM, Lopez Trigo JA, Mora PF, Castrodeza SJ. Nutritional status in a multicenter study among institutionalized patients in Spain. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2011; 15: 259-65.
- (3) Gómez Ramos MJ, González Valverde FM, Sánchez Álvarez C. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. *Nutr Hosp*. 2005; 20: 286-92.
- (4) Jimenez SM, Sola Villafranca JM, Perez RC, et al. Study of the nutritional status of elders in Cantabria. *Nutr Hosp*. 2011; 26: 345-54.
- (5) Unanue-Urquijo S, Badia-Capdevila H, Rodriguez-Requejo S, Sanchez-Perez I, Coderch-Lassaletta J. Factors related to nutritional status in geriatric patients receiving institutional and home care. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44: 38-41.
- (6) Guigoz I. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature—What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10: 466-85.
- (7) Kruienza HM, de Vet HC, Van Marissing CM, Stassen EE, Strijk JE, Van Bokhorst-de Van der Schueren MA, Horman JC, Schols JM, et al. The SNAQ( RC), an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. *J Nutr Health Aging*. 2010; 14(2): 83-9.
- (8) Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr*. 2015; 34: 335-40.
- (9) Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc*. 2003; 103(8): 1061-72.
- (10) Formiga F, Ferrer A, Padros G, Montero A, Gimenez-Argente C, Corbella X. Evidence of functional declining and global comorbidity measured at baseline proved to be the strongest predictors for long-term death in elderly community residents aged 85 years: a 5-year follow-up evaluation, the OCTABAIX study. *Clin Interv Aging*. 2016 Apr 18; 11: 437-44.
- (11) Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(8): 542-59.
- (12) Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr*. 2006; 25(2): 330-60.
- (13) Sanders KM, Stuart AL, Williamson EJ, Simpson JA, Kotowicz MA, Young D, et al. Annual high-dose oral vitamin D and falls and fractures in older women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 303(18): 1815-22.
- (14) Stratton RJ, Marinos E. A review of reviews: a new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clin Nutr Supp*. 2007; 2: 5-23.

