



Protocolo diagnóstico de la pérdida de peso y del estado nutricional en el paciente geriátrico

R. Malfeito Jiménez, G. Sedano Gómez, M. Melero Brezo y F. Veiga Fernández

Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo. Lugo. España.

Introducción

La desnutrición es un síndrome geriátrico frecuente e infradiagnosticado, de ahí la importancia de la detección precoz de los pacientes en riesgo de malnutrición por el aumento de morbimortalidad que genera. La prevalencia de la misma para la población anciana de Europa que vive

en su domicilio varía entre el 5-20% y en España se sitúa entre un 3-5%. El porcentaje aumenta entre un 32-50% en los pacientes hospitalizados y un 23-85% en ancianos institucionalizados¹.

Valoración nutricional

Las medidas de actuación para detectar el riesgo de pérdida de peso y malnutrición en el anciano se basan en una buena valoración nutricional, que debe incluir la realización de una historia clínica detallada, una exploración física exhaustiva y parámetros bioquímicos, además de instrumentos específicos de despistaje como el MNA (*Mimi Nutritional Assessment*), DETERMINE, valoración global subjetiva (VGS) y otros².

Historia clínica

Deberá ir encaminada a tratar de detectar los factores de riesgo de desnutrición. Así, se deben recoger las enfermedades que presente el paciente, pues podrían llevar a una situación de desnutrición, como en el caso de presentar un cáncer, enfermedad de Parkinson, caquexia cardíaca e hipo e hipertiroidismo, entre otras. Los fármacos que toma el anciano son otra potencial causa de desnutrición, como la polifarmacia, los corticoides, la digoxina, los diuréticos y otros. También hay que tener en cuenta los hábitos tóxicos (alcoholismo) y los cambios fisiológicos propios del anciano, como la caída de piezas dentarias y la alteración del gusto y el olfato, que serían también factores de riesgo para la desnutrición. Asimismo, debe incluirse una valoración geriátrica integral para conocer la situación social (estado de pobreza, soledad o institucionalización), funcional (inactividad o inmovilidad) y cognitiva del paciente (existencia de demencia o dificultad en la percepción), así como su estado afectivo (depresión), que pueden desembocar en una situación de malnutrición. Las principales causas de desnutrición en el anciano quedan reflejadas en la tabla 1³.

Además, ante todo paciente anciano con sospecha de malnutrición, es obligado realizar dos preguntas. ¿Ha perdido apetito? Una respuesta afirmativa nos pondría en alerta

TABLA 1

Meals and wheels. Principales causas de desnutrición en ancianos

M	Efectos de medicamentos
E	Problemas emocionales (depresión)
A	Alcoholismo, anorexia nerviosa
L	Demencia
S	Trastornos de la deglución
O	Factores orales (falta de dientes, etc.)
N	Pobreza (no dinero)
W	Vagabundeo y otras alteraciones de conducta asociadas a la demencia
H	Hiper e hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, etc.
E	Malabsorción intestinal
E	Incapacidad para preparar la comida
L	Dietas restrictivas (baja en sal, en colesterol, etc.)
S	Problemas sociales

Adaptada con permiso de Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med.* 1995;123:850-9.

sobre el riesgo de malnutrición. La otra pregunta sería ¿ha perdido peso involuntariamente? Pérdidas de peso mayores de un 2% semanal, de un 5% mensual o un 10% semestral se consideran indicativas de malnutrición.

De igual modo, se debe hacer hincapié en la historia dietética, intentando detectar si realizan una dieta variada, si tienen conocimientos culinarios, cuántas comidas hacen al día, si tienen problemas en la masticación o en la deglución¹⁴, si siguen algún tipo de dieta restrictiva como baja en sal, en grasas o proteínas que puedan ser demasiado estrictas y que conlleven una mala ingesta y al final un riesgo potencial de malnutrición.

Exploración física

A través de la misma, podemos detectar signos sugestivos de malnutrición:

Clínicos

Sequedad de la piel, edema, palidez, bradicardia, hipotensión, retraso en la cicatrización de heridas, atrofia muscular, pelo quebradizo y otros. Todos ellos son muy inespecíficos, por lo que deben integrarse con el resto de la valoración para que tengan valor.

Antropométricos⁵

Son de gran importancia, ya que nos aportan información adicional, aunque de forma aislada no son suficientes para hacer el diagnóstico.

1. Índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet. Es el más importante de todos ellos y un buen indicador pronóstico. En los ancianos, cifras inferiores a 24 kg/m² indican malnutrición⁶.

2. Pliegues cutáneos. Se correlacionan con la grasa corporal. El más usado es el pliegue cutáneo tricipital. También se pueden determinar a nivel bicipital, subescapular y supra ilíaco. Debemos tener en cuenta que pueden aportar una estimación inadecuada por la redistribución del tejido graso que se produce en el anciano.

3. Circunferencias. La circunferencia del brazo y de la pantorrilla refleja la reserva proteica en el músculo.

Parámetros bioquímicos

Las determinaciones analíticas también son de gran ayuda en el estudio de la malnutrición en el anciano, ya que son los primeros parámetros en alterarse. Sirven para completar el estudio nutricional en aquellos pacientes diagnosticados de malnutrición pero no para realizar un cribaje, ya que diversas situaciones como las enfermedades crónicas o simplemente la deshidratación pueden alterar los resultados. Los más utilizados son la albúmina, la transferrina, el colesterol, los linfocitos totales, la prealbúmina y la proteína fijadora de retinol, siendo estos dos últimos útiles para valorar cambios recientes en el estado nutricional, por tener una vida media muy corta. Existen varios estudios con la leptina como nuevo marcador biológico para evaluar la malnutrición en los ancianos⁷, aunque todavía no se ha llegado a un consenso para su uso en este campo.

En España se ha validado un sistema de cribado CONUT (control de desnutrición) para detectar a través de los parámetros bioquímicos a aquellos pacientes hospitalizados con riesgo de desnutrición (tabla 2).

TABLA 2

Parámetros bioquímicos: valores CONUT

Parámetros	Normal	Leve	Moderada	Grave
Albúmina (g/dl)	≥ 3,50	3,00-3,49	2,50-2,99	< 2,50
Puntuación	0	2	4	6
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	< 100
Puntuación	0	1	2	3
Linfocitos totales/ml	≥ 1600	1.200-1.599	800-1.199	< 800
Puntuación	0	1	2	3
Alerta de desnutrición	Sin riesgo	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	0-1	2-4	5-8	9-12

Ninguno de estos parámetros, por sí solos, basta para realizar el diagnóstico de malnutrición, ya que, al igual que ocurre con los datos antropométricos, pueden modificarse en el envejecimiento y ante la presencia de otras enfermedades.

Instrumentos de despistaje

Las escalas de valoración nutricional⁸ sirven para detectar el riesgo de malnutrición. Algunas de ellas son:

1. El MNA es el único instrumento de evaluación de desnutrición desarrollado de forma especial para la población geriátrica⁹ ambulatoria, ingresada en el hospital de agudos o en instituciones geriátricas. Predice la mortalidad y las complicaciones. Integra datos bioquímicos, antropométricos, una encuesta dietética y una valoración subjetiva¹⁰.

2. DETERMINE, método de autoevaluación para detectar el riesgo de malnutrición en ancianos sanos no institucionalizados.

3. VGS, desarrollado para pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios. Permite la autoevaluación del enfermo y se utiliza sobre todo en oncología y nefrología, pero exige cierta práctica para su uso correcto.

4. NRS 2002 (*Nutritional risk screening*), evalúa la presencia de desnutrición en pacientes hospitalizados y aquella patología de base que incrementa los requerimientos nutricionales.

5. MUST (*Malnutrition universal screening tool*) que fue desarrollado para su uso en pacientes que están en su domicilio, pero que también se puede utilizar en pacientes hospitalizados e institucionalizados. Engloba datos como el IMC, la pérdida de peso en los últimos tres a seis meses y el efecto de la enfermedad aguda, incluyendo además unas guías de actuación sobre el tratamiento nutricional.

Por tanto, en el protocolo de actuación en un paciente con pérdida de peso y malnutrición se debe realizar una valoración nutricional que debe incluir la realización de una historia clínica detallada y una valoración geriátrica integral (VGI). También es obligado realizar dos preguntas: ¿ha perdido apetito?, ¿ha perdido peso involuntariamente?¹¹. De igual modo, se debe hacer hincapié en la historia dietética (fig. 1).

Detectado el riesgo de malnutrición, se realizará una exploración física completa; además disponemos de herramientas que nos ayudan en la confirmación del diagnóstico: parámetros antropométricos destacando el IMC, analíticos, que son los primeros en alterarse, e instrumentos de despistaje sencillos como el MNA o DETERMINE, que ayudarían a completar el estudio (fig. 2).

Una vez que se llega al diagnóstico de malnutrición y tras realizar el tratamiento etiológico, si no se consigue una ganancia de peso, se deben calcular las necesidades energéticas mediante la fórmula de Harris-Benedict y, a partir de ahí, valoraremos el tipo de alimentación más adecuada. Siempre se debe individualizar y utilizar la vía más fisiológica, que sin duda es la oral, y realizar medidas como ofrecer pequeñas cantidades de alimentos varias veces al día, evitando dietas restrictivas o cambios en la consistencia de las comidas. Si aun así no hay un aumento de peso o de ingesta, habrá que recurrir a fármacos que estimulen el apetito o a suplementos

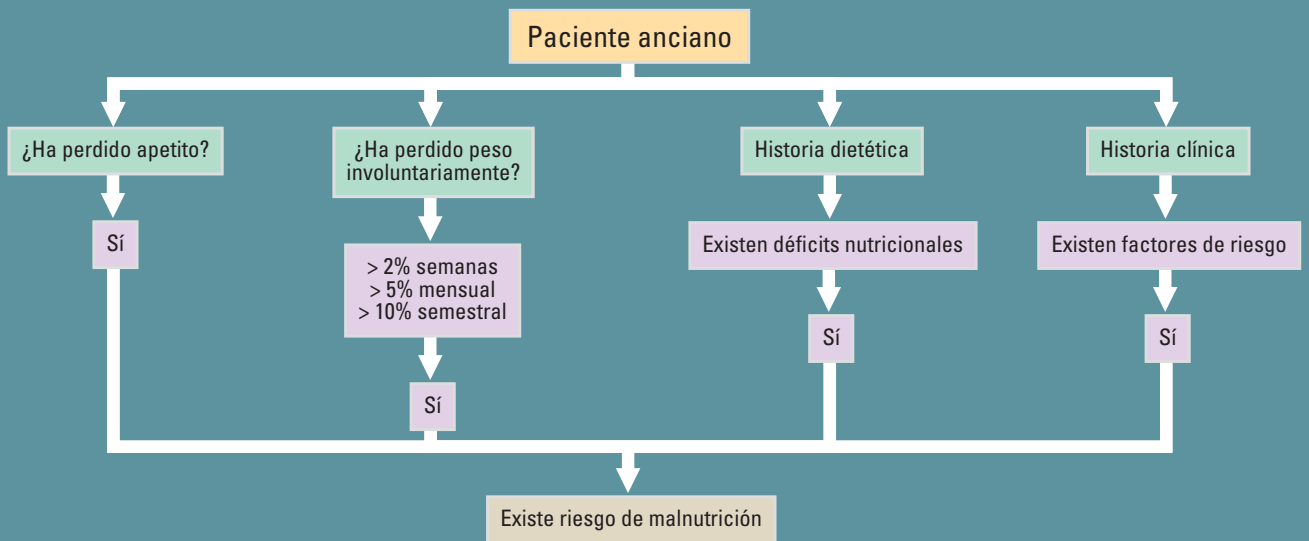


Fig. 1. Detección del riesgo de desnutrición en el anciano.

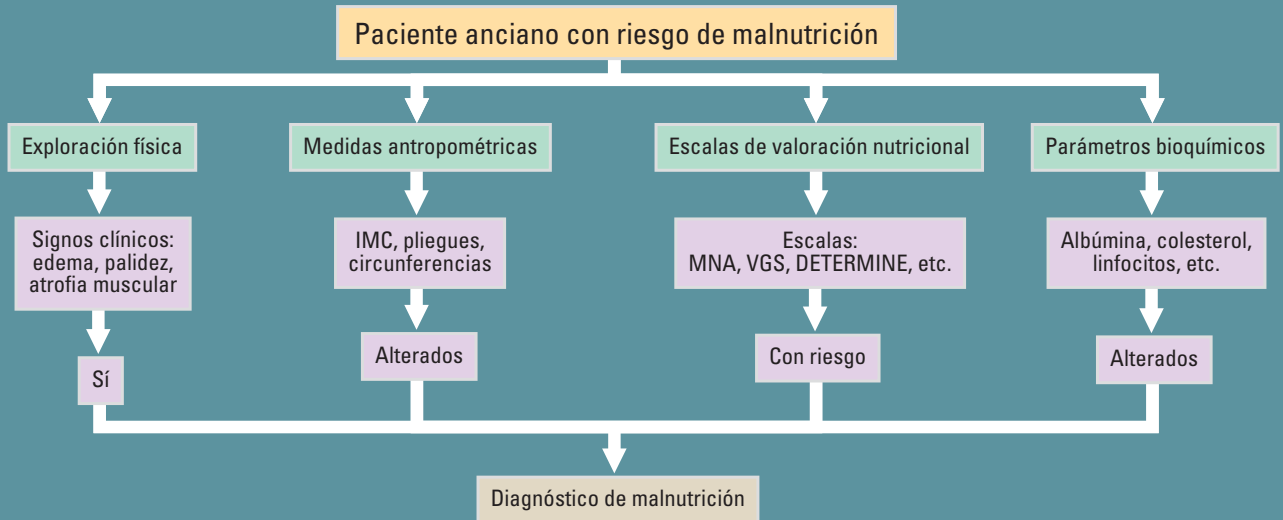


Fig. 2. Diagnóstico de desnutrición en el anciano.

IMC: índice de masa corporal; MNA: *Mini Nutritional Assessment*; VGS: valoración global subjetiva.

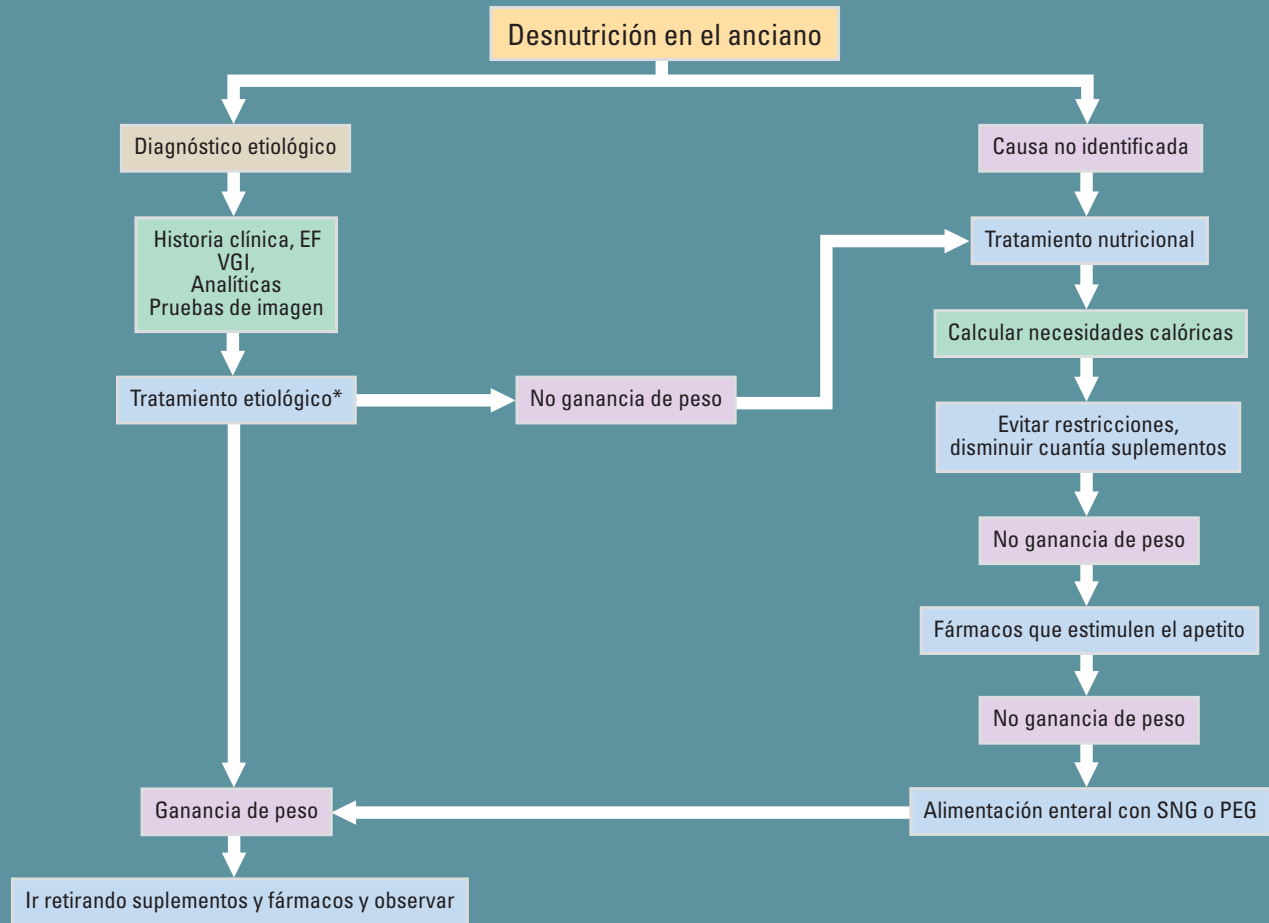


Fig.3. Algoritmo de diagnóstico etiológico de la desnutrición y actuación nutricional.

*El tratamiento de las causas de malnutrición en el anciano están descritas en la tabla 1.

EF: exploración física; PEG: gastrostomía endoscópica percutánea; SNG: sonda nasogástrica; VGI: valoración geriátrica inicial

orales, dejando para el final la alimentación por vía enteral, a través de la sonda nasogástrica o la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea. Si el paciente aumenta de peso se procederá a la retirada paulatina de las medidas realizadas y se observará la evolución (fig. 3).

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

1. Thomas DR. Distinguishing starvation from cachexia. *Clin Geriatr Med.* 2002;(18):883-91.
2. García Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna.* 2004;(21):261-62.

3. ● Goodwing JS. Social, psychological and physical factors affecting the nutritional status of elderly subjects: separating cause and effect. *Am J Clin Nutr.* 1989;(50):1201-09.
4. Ham RS. Indicators of poor nutritional status in older Americans. *Am Fam Physician.* 1992;(45):219-28.
5. Bouillanne O, Golmard JL, Coussieu C, Nol M, Durand D, Piette F, et al. Leptin a new biological marker for evaluating malnutrition in elderly patients. *Eur J Clin Nutr.* 2007(61):647-54.
6. Sieber CC. Nutritional screening tools- how does the MNA compare? *J Nutr Health Aging.* 2006;10(6):488-92.
7. ●● Guigoz Y. The mini nutritional assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us? *J Nutr Health Aging.* 2006; 10(6):466-87.
8. Alibhai SM, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ.* 2005;172(6): 773-80.
9. García Peris P, Cuerda Compes C, Cambolor Álvarez M, Bretón Lesmes I. Valoración nutricional en el anciano: aspectos prácticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2000;35(S4):2-8.
10. Esquius M, Schwartz S, López Hellín J, Andreu AL, García E. Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana. *Med Clin (Barc).* 1993;100:692-8.
11. ●● MNA-elderly.com. Nestlé; 1994 [actualizada en 2009]. Disponible en: <http://www.mna-elderly.com/>
12. ● Macías MC, Guerrero MT, Prado F, Hernández MV, Muñoz A. Malnutrición. En: Comité editorial (SEGG). *Tratado de geriatría para residentes. 1ª ed. Madrid: Internaciona marketing & communication, S.A. (IM&C); 2006. p. 227-42.*