

Valoración del estado nutricional en una consulta de geriatría: aportaciones preliminares

M. Esteban, M.C. de Tena-Dávila, P. Serrano, R. Romero, C. Martín-Díez y A. Martínez-Simancas

Centro Municipal Geriátrico. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN

Objetivo: en el presente estudio se pretende conocer la frecuencia de riesgo de desnutrición y de desnutrición propiamente dicha en la población atendida en una consulta de geriatría, así como su posible relación con las actividades de la vida diaria (AVD).

Pacientes y método: se estudió a 204 pacientes, visitados por vez primera en nuestra consulta de geriatría. La edad media fue de $77,5 \pm 6,1$ años. Se analizan las variables nutricionales mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA), los parámetros analíticos y el estado funcional (índice de Barthel). El MNA se estratificó según el criterio establecido. Las subpoblaciones obtenidas con esta clasificación se analizaron en relación con los parámetros estudiados y se marcaron las diferencias existentes.

Resultados: el estado nutricional, según el MNA, se divide en: sin riesgo en 114 pacientes (55,6%), con riesgo de desnutrición en 75 casos (36,6%) y desnutrición en 16 ancianos (7,8%). La edad media en los distintos grupos no fue diferente, como tampoco la media de ninguno de los parámetros analíticos. El índice de Barthel muestra una mayor puntuación cuanto mejor es el estado nutricional.

Conclusiones: la existencia de un alto porcentaje de pacientes en riesgo o desnutridos justifica una actuación como la descrita, máxime en una población con cierto grado de dependencia.

Palabras clave

Valoración nutricional. Desnutrición. Mini Nutritional Assessment. Actividades de la vida diaria. Índice de Barthel.

Nutritional assessment in a geriatric clinic: a preliminary report

ABSTRACT

Objective: to determine the frequency of risk of malnutrition and actual malnutrition in patients attending a geriatric clinic, and the

possible link between malnutrition and activities of daily living (ADL).

Patients and method: the subjects were 204 first-time patients attending our geriatric surgery. The mean age was 77.5 (SD=6.1). Nutritional variables were analysed using the Mini Nutritional Assessment (MNA), laboratory parameters and functional status (Barthel Index). The MNA was stratified according to the standard criterion. The subpopulations emerging from this classification were analysed in relation to the parameters studied and differences were recorded.

Results: nutritional status as analysed by the MNA was: no risk: 114 (55.6%); at risk of malnutrition: 75 (36.6%); malnutrition: 16 (7.8%). There was no apparent relationship between nutritional status and the mean age of the various groups or laboratory parameters. Barthel scores were higher in the higher MNA categories.

Conclusions: the high percentage of patients suffering from or at risk of malnutrition justifies the kind of intervention described, especially in a population showing some degree of dependence.

Key words

Nutritional assessment. Malnutrition. Mini Nutritional Assessment. Activities of daily living. Barthel Index.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional, de gran importancia en la población general por sus repercusiones en la calidad de vida, es un claro indicador de fragilidad en los ancianos, de tal modo que la situación nutricional influye en gran medida en la capacidad para afrontar las enfermedades, tanto agudas como crónicas, y la cirugía, con consecuencias en su recuperación y curso, expresados tanto en tiempo como en complicaciones o capacidad funcional¹. Este dato es de gran relevancia, puesto que sabemos que el 85% de los ancianos tienen una o más enfermedades crónicas y el 30% más de 3, con un incremento en el riesgo de depleción nutricional y de comorbilidad².

Además, la desnutrición *per se* es un síndrome geriátrico prevalente que suele acompañar a otras enfermedades de más fácil identificación o sospecha clínica, con cifras muy variables, según el método diagnóstico empleado y el ámbito estudiado; así, podemos considerar que un 3-15% de los ancianos aparentemente sanos que viven en su domicilio padecen desnutrición, cifra que llega al 50% en el medio hospitalario y al 30-60% en las

Este trabajo recibió el primer premio en el XXIV Congreso de la SEGG en Murcia a la mejor comunicación tipo póster.

Correspondencia: Dra. Mercedes Esteban.
Centro Municipal Geriátrico.
General Ricardos, 14. 28019 Madrid. España.

Recibido el 31-01-03; aceptado el 30-12-03.

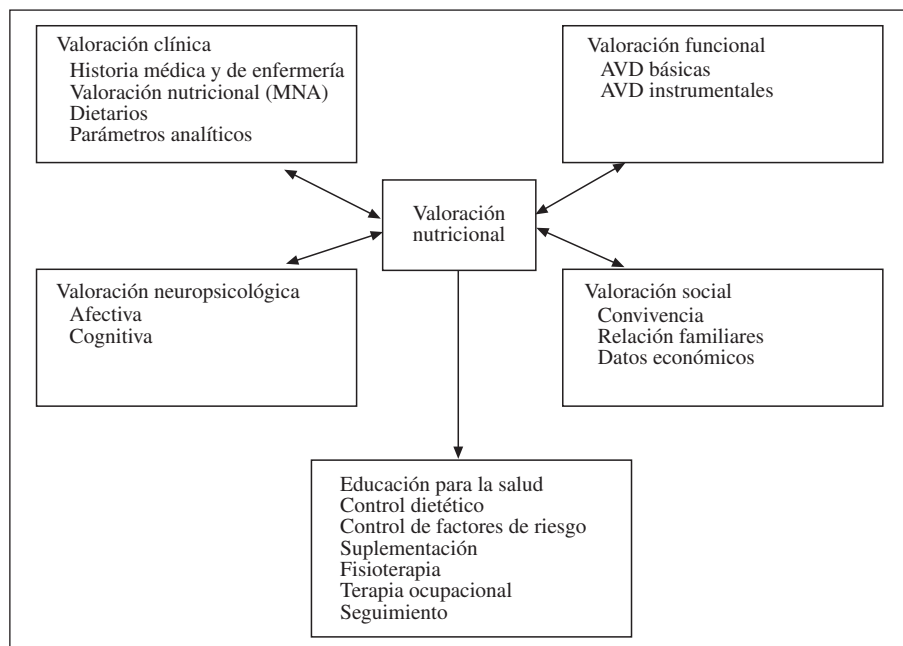


Figura 1. Protocolo de detección y seguimiento de desnutrición en el Centro Municipal Geriátrico.

MNA: Mini Nutritional Assessment;
AVD: actividades de la vida diaria.

instituciones¹. En nuestro país, un reciente estudio realizado con más de 3.000 ancianos muestra una prevalencia del 3,3% en ancianos no institucionalizados y del 7,7% en los que viven en residencias, utilizando como instrumento de diagnóstico el Mini Nutritional Assessment (MNA)³.

La asociación entre desnutrición y mortalidad, hospitalizaciones y deterioro cognitivo son premisas de suficiente envergadura como para aconsejar la valoración nutricional sistemática, pues nos aporta información sobre el estado de salud y fragilidad, puede considerarse el primer eslabón en el tratamiento nutricional e identifica a los grupos de riesgo de mal estado nutricional o desnutridos, en los que concurren con más intensidad, si cabe, los factores ambientales, sociales y económicos, la pluriopatología y la dependencia¹.

Por otro lado, la capacidad funcional, además de un indicador de morbilidad, es también un determinante de la calidad de vida, y su aparente relación con el estado nutricional hace que la valoración conjunta tenga cabida en la práctica geriátrica diaria^{4,5}, máxime cuando uno de los dos factores ya está presente.

Éste es el caso de nuestra consulta de geriatría, fuente de ingreso en el hospital de día dependiente de nuestro centro, donde acuden ancianos frágiles o con cierto grado de incapacidad remitidos por su médico de atención primaria, básicamente para valorar sus posibilidades de recuperación funcional tras proceso agudo o la reagudización de enfermedad crónica mediante su ingreso, si procede, en el hospital de día. La valoración nutricional en estos enfermos está justificada por su asociación con el deterioro funcional y el peor pronóstico de los desnutridos.

Por todo ello, en el Centro Municipal Geriátrico se ha protocolizado la valoración y el seguimiento del estado nutricional, de manera que se realiza a todos los pacientes visitados en las consultas; este primer trabajo analiza los resultados de la valoración y su posible relación con los datos funcionales.

PACIENTES Y MÉTODO

El protocolo de valoración y seguimiento nutricional está incluido en la valoración global por considerar que todos los aspectos contemplados en ésta son capaces de influir en el estado nutricional (fig. 1). Para la valoración del estado nutricional, se eligió el MNA porque fue desarrollado para su uso en la población anciana, es ampliamente conocido y utilizado, y también por su fácil aplicación y validación en nuestro país^{6,7}. La historia clínica sigue el modelo de valoración cuádruple: en la misma fecha, el paciente es valorado por el equipo médico y por personal entrenado de enfermería, que realiza la recogida de datos del MNA, de las escalas de Barthel y Lawton, los datos dietéticos mediante dietario de 3 días no consecutivos y en el plazo no superior a una semana se efectúa analítica con sistemático de sangre y orina siempre en el mismo laboratorio.

De todas las variables obtenidas en la valoración, se eligieron para esta primera aproximación, además del MNA, la edad, los parámetros bioquímicos y hematológicos (valores de normalidad de albúmina, 3,5-5 g/dl; transferrina, 200-400 mg/dl; linfocitos, 1,2-4,0 10^9 /l, y colesterol total, 110-220 mg/dl) y el índice de Barthel como escala de dependencia para actividades de la vida diaria.

Se incluyó en el estudio a 204 pacientes visitados por primera vez en la consulta de geriatría, de los que 153 eran mujeres (75%), con una edad media de 77,4 años.

Los motivos de consulta fueron las enfermedades osteoarticulares, los trastornos osteomusculares, los cuadros neurológicos, las afecciones vasculares, la pérdida de aptitud física por convalecencia o inmovilidad, y el deterioro cognitivo leve. La mayoría de los pacientes procedía de su domicilio.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS, utilizando porcentajes y medidas de centralización para la descripción y el análisis de la varianza para establecer la posible relación de las variables con las 3 subpoblaciones clasificadas según el MNA

RESULTADOS

La población estudiada tiene un MNA medio de $23,5 \pm 4,54$. El estado nutricional, según el MNA, se distribuye en: sin riesgo de desnutrición en 114 pacientes (55,6%), con una puntuación mayor de 24; con riesgo de desnutrición en 75 pacientes (36,6%), con una puntuación entre 17 y 23,5; y desnutrición en 16 pacientes (7,8%), con una puntuación inferior a 17. En cuanto a los parámetros analíticos, los resultados de los valores medios son: albúmina, $4,1 \pm 0,35$ g/dl, con 6 pacientes con menos de 3,5 g/dl; linfocitos, $1.891 \pm 0,66$, con 21 pacientes con menos de 1.200; transferrina, $232 \pm 44,11$ mg/dl, con 4 pacientes con menos de 150 mg/dl, y colesterol, 201 ± 87 mg/dl, con 7 pacientes con menos de 150 mg/dl. El índice de Barthel medio fue de $85,81 \pm 6,16$ y 125 pacientes presentaban algún grado de dependencia en las actividades básicas. La edad media en los distintos grupos distribuidos según el MNA no fue diferente. Aunque todos los parámetros analíticos tenían valores crecientes en relación con la mayor puntuación alcanzada en el test nutricional de los grupos analizados, ninguno de ellos presentaba diferencias estadísticamente significativas; no ocurría lo mismo con la valoración alcanzada en la escala de Barthel, que muestra claramente una mayor puntuación cuanto mejor es el estado nutricional (fig. 2) ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Aunque son muchos los estudios realizados con el MNA en los distintos ámbitos de atención, no es fácil encontrarlos en una consulta de geriatría o en un hospital de día. Nuestras cifras de desnutrición o riesgo son mayores que las poblacionales en nuestro país³, pero relativamente cercanas a las encontradas en unidades de convalecencia⁷. En cualquier caso, el hecho de que más del 40% de nuestros pacientes estén incluidos en el grupo de riesgo o desnutrición justifica, desde nuestro punto de vista, la inclusión de la valoración nutricional en la consulta, premisa de la que partíamos al hacer el protocolo de búsqueda activa.

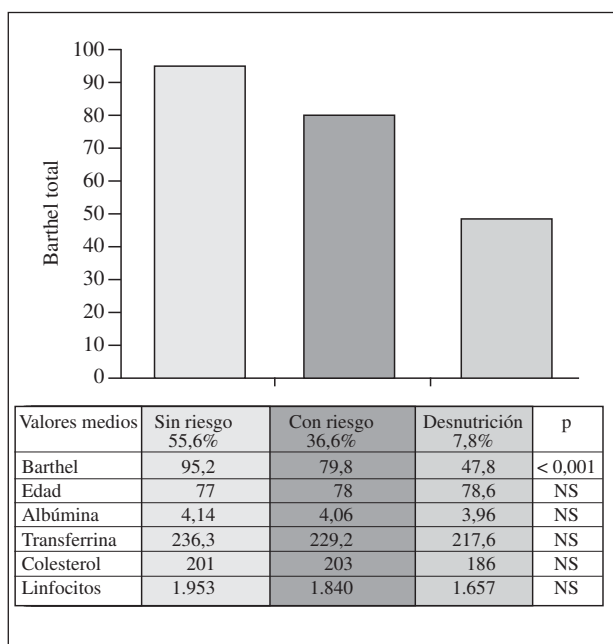


Figura 2. Valores medios de los distintos parámetros estudiados en las diferentes categorías del Mini Nutritional Assessment. En las columnas se representa la puntuación del índice de Barthel.

La edad no mostró diferencias en los grupos, algo que ya se había puesto de manifiesto con anterioridad⁸.

Aunque se ha demostrado que los parámetros analíticos tienen una clara relación con el MNA⁹, en nuestro estudio no es así, posiblemente por un problema numérico; no obstante, en el protocolo tienen utilidad como valoración individual.

Las puntuaciones en el índice Barthel fueron claramente diferentes en los distintos grupos (fig. 2), sin que podamos establecer la dirección de la influencia. La pérdida de capacidad funcional se presupone como causa y como efecto de la desnutrición, aunque no todos los trabajos demuestran fehacientemente dicha asociación. Éste es el caso del trabajo de Griep et al⁸ o del Euronut SE-NECA¹⁰. En relación con este estudio multicéntrico, una regresión logística realizada por Pearson et al¹¹ en 2001 sí encontró una asociación entre las actividades de la vida diaria y el estado de nutrición, aunque restringiendo el estudio a los mayores de 80 años. Los estudios de Turnbull et al¹² o Maaravi et al⁴ también la hallan, aunque este último difiere en cuanto a instrumentos o consideraciones respecto a las funciones incluidas y el primero selecciona exclusivamente a pacientes diabéticos.

En nuestro trabajo, esa asociación existe y refuerza nuestra idea de una valoración conjunta. Por un lado, el estado de desnutrición puede llevar a la pérdida de la capacidad funcional y, por otro, esta última condicionaría el estado de nutrición, motivo por el que la valoración de cualquiera de ellas de forma negativa debe alertarnos

para buscar activamente el otro problema y trabajar conjuntamente en ambos, mediante las herramientas disponibles en la propia consulta o en el hospital de día.

Cabe destacar que esa asociación se produzca también en los pacientes en riesgo y no sólo en los desnutridos, haciéndonos avanzar más en la aplicación de los principios de la medicina preventiva a los ancianos.

Consideramos que la consulta de geriatría es un buen lugar para hacer una valoración nutricional, aunque la búsqueda de indicadores de riesgo, como pueden ser la pérdida funcional u otros a determinar, puede hacer la intervención más eficiente, algo que estudios ulteriores pueden poner de manifiesto.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Tena-Dávila Mata MC, Serrano Garijo P. Malnutrición en el anciano. En: Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I, editores. *Manual de geriatría* Salgado Alba. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 2002; p. 731-42.
2. García Peris P, Cuerda Campés C, Cambor Álvarez M, Bretón Leonés L. Valoración nutricional en ancianos: aspectos prácticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:2-8.
3. Ramón JM, Subirá C y Grupo Español de Investigación en Gerodontology. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin (Barc)* 2001;117:766-70.
4. Maaravi Y, Berry EM, Ginsberg G, Cohen A, Stessman J. Nutrition and quality of life in the aged: the Jerusalem 70 year olds longitudinal study. *Aging (Milano)* 2000;12:173-9.
5. Morley JE. Nutrition assessment is a key in the component of geriatric assessment. *Facts and Research in Gerontology*.1994;(Suppl 2):5-10.
6. Vellas BJ, Guigoz Y, Garry PJ, Albarede JL. The Mini Nutritional Assessment: MNA. *Facts, research and intervention in geriatrics*. Paris: Serdi, 1997.
7. Salvá A, Bolívar I, Muhoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el Mini Nutritional Assessment (MNA). *Rev Gerontol* 1996;6:319-28.
8. Griep MI, Mets TF, Collys K, Ponjaert-Kristoffersen I, Massart DL. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the «mini-nutritional assessment». *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55: M57-63.
9. Vellas B, Guigoz Y, Baumgartner M, Garry PJ, Jauque S, Albarede JL. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1300-9.
10. Osler M, De Groot LC, Enzi G. Life-style: physical activities and activities of daily living. *Euronut SENECA investigators. Eur J Clin Nutr* 1991;45(Suppl 3):139-51.
11. Pearson JM, Schlettwein-Gsell D, Brzozowska A, Van Staveren WA, Bjornsbo K. Life style characteristics associated with nutritional risk in elderly subjects aged 80-85 years. *J Nutr Health Aging* 2001;5:278-83.
12. Turnbull PJ, Sinclair AJ. Evaluation of nutritional status and its relationship with functional status in older citizens with diabetes mellitus using the Mini Nutritional Assessment (MNA) Tool. A Preliminary Investigation. *J Nutr Health Aging* 2002;6:116-20.