

Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria

J. Ricart Casas^a, M. Pinyol Martínez^a, B. de Pedro Elvira^b, M. Devant Altimir^b y A. Benavides Ruiz^c

Objetivo. Conocer el estado nutricional de las personas mayores de 65 años incluidas en un programa de atención domiciliaria utilizando el Mini Nutritional Assessment (MNA), describir los parámetros obtenidos y conocer su relación con los factores de riesgo.

Métodos. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centro de atención primaria.

Participantes. Se incluyó a los 104 pacientes mayores de 65 años que en el momento del estudio estaban en el programa de atención domiciliaria del centro.

Intervenciones. El test fue realizado por personal de enfermería en el domicilio del paciente.

Mediciones principales. Valorar las puntuaciones del MNA, describir las variables sociodemográficas de los pacientes y sus cuidadores, y determinar los factores de riesgo de desnutrición, tanto médicos como sociales y psicológicos.

Resultados. La edad media de los pacientes incluidos fue de 84,04 ± 8,76 años. El 72,1% de los cuidadores eran familiares de primer grado, con una edad media de 61,88 ± 13,53 años. El 20,2% de los pacientes estaba desnutrido y el 51,9% presentaba riesgo de desnutrición. En ambos grupos había un bajo grado de autonomía, significativamente inferior al de los individuos bien nutridos. No se detectaron diferencias significativas en relación con la presencia de un mayor número de enfermedades crónicas y factores de riesgo sociales y psicológicos entre estos dos grupos y los pacientes bien nutridos.

Conclusiones. Hay una elevada prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en la población en atención domiciliaria.

Palabras clave: Desnutrición. Ancianos. Atención domiciliaria. Mini Nutritional Assessment. Cuestionarios.

MALNUTRITION OF HOME-CARE PATIENTS

Objectives. To find the nutritional status of people >65 years old included in a Home Care programme, using the Mini Nutritional Assessment (MNA), to describe the parameters discovered and to identify their relationship with risk factors.

Design. Descriptive, cross-sectional study.

Setting. Primary care centre.

Participants. 104 patients, who were over 65 and at the time of the study within the centre's home care programme, were included.

Interventions. The assessment was conducted by nursing staff in patients' homes.

Main measurements. To assess the scores on the MNA, to describe the social and demographic variables of patients and carers, and to determine the medical, social and pathological factors of risk of malnutrition.

Results. Patients' mean age was 84.04 (SD, 8.76). 72.1% of carers were close relatives, with an average age of 61.88 (SD, 13.53). 20.2% of patients suffered from malnutrition and 51.9% were at risk of malnutrition. In both groups there was a low level of autonomy, significantly below that of well-nourished patients. No significant differences were found for the presence of more chronic illnesses, or social or psychological risk factors between these 2 groups and well-nourished patients.

Conclusions. There is an extensive risk of malnutrition and actual malnutrition in the home care population.

Key words: Malnutrition. Elderly. Home care. Mini Nutritional Assessment. Questionnaires.

^aMédico de Familia. CAP Les Corts. Barcelona. España.

^bEnfermera de Familia. CAP Les Corts. Barcelona. España.

^cTécnico de Salud. CAP Les Corts. Barcelona. España.

Correspondencia:
Josep Ricart.
CAP Les Corts-Hèlios.
Mejía Lequerica, s/n.
08028 Barcelona. España.
Correo electrónico:
jricart@clinic.ub.es

Manuscrito recibido el 13 de junio de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 5 de abril de 2004.

Introducción

Entre los indicadores de salud, el estado nutricional es uno de los más importantes.

En los últimos años han aparecido diferentes estudios que revelan prevalencias de desnutrición muy elevadas entre los ancianos¹. Los valores oscilan entre el 15 y el 60%, dependiendo de la zona, de si se trata de ancianos sanos, hospitalizados o institucionalizados, y de la técnica utilizada para su diagnóstico²⁻⁹.

El estado nutricional de los ancianos que acuden a las consultas de atención primaria o que son atendidos de manera domiciliaria es poco conocido. Aun conociendo los signos y síntomas que pueden aparecer cuando hay desnutrición, pocas veces se piensa en ello¹⁰.

La desnutrición no está necesariamente ligada al propio proceso de envejecimiento, y el conocimiento de los diversos factores de riesgo¹⁰ debería permitir prevenirla y diagnosticarla de manera precoz, antes de que los marcadores biológicos se vean alterados^{5,6}.

Se dispone de múltiples métodos para valorar el estado nutricional. Algunos autores proponen listados de signos de alerta⁴⁻⁶. Otros proponen parámetros bioquímicos y antropométricos^{10,11}.

En los últimos años se han diseñado estudios para validar diferentes tests que detecten, de manera fácil y precoz, a los ancianos en situación de riesgo de desnutrición o con desnutrición establecida¹². Los más conocidos son el NSI (Nutritional Screening Initiative) y el MNA (Mini Nutritional Assessment). El NSI se ha utilizado en ancianos sanos¹³; en cambio, el MNA se ha mostrado más apropiado en ancianos ingresados en hospitales y residencias o simplemente en ancianos frágiles^{12,14-16}.

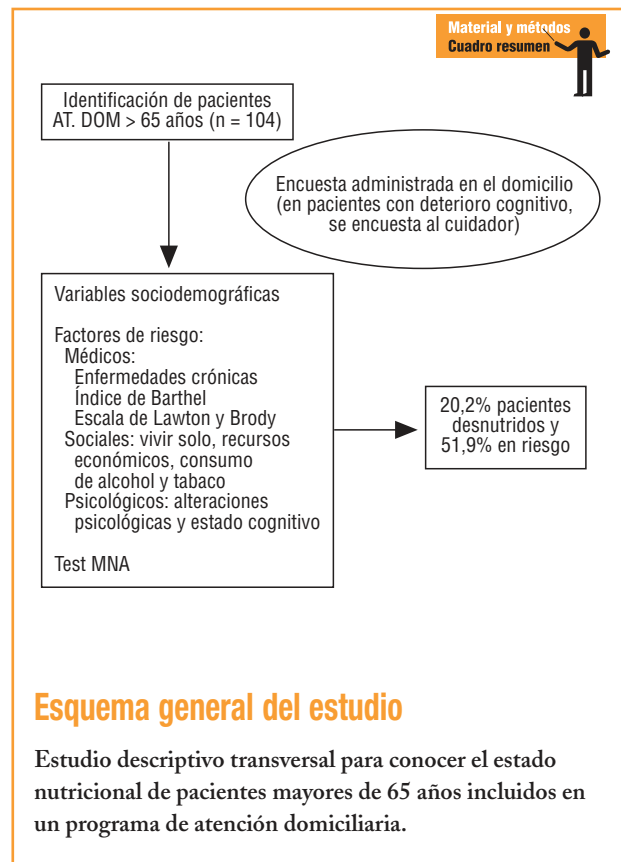
El objetivo de este trabajo es conocer el estado nutricional de las personas mayores de 65 años incluidas en un programa de atención domiciliaria (AT. DOM) utilizando el MNA, realizar una descripción de los parámetros que aparecen alterados en el test y conocer la relación de los factores de riesgo de desnutrición con las puntuaciones obtenidas en él.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se ha evaluado a todos los pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa AT. DOM del Centro de Atención Primaria Les Corts de Barcelona (n = 104). En el programa AT. DOM se incluye a los pacientes que no pueden desplazarse al centro de salud para ser atendidos, por motivos sociales o de salud.

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas y factores de riesgo de desnutrición:

1. Sociodemográficas: sexo, edad de los pacientes, edad de los cuidadores y grado de parentesco del cuidador.
2. Factores de riesgo:



– Médicos: a) presencia de las enfermedades crónicas más habituales que pueden influir en la nutrición¹⁰, y b) evaluación funcional, en la que se midió la autonomía del paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD se evaluaron a través del índice de Barthel (puntuación de 0 a 100), que consta de 10 preguntas y clasifica a los pacientes en 4 grupos de dependencia: total (< 20), grave (20-35), moderada (40-55) y leve (≥ 60). Para las AIVD se utilizó la escala de Lawton y Brody (puntuación de 0 a 8), que consta de 8 ítems, siendo 0 puntos la máxima dependencia y 8 puntos la independencia total^{17,19}.

– Sociales: a) vivir solo; b) recursos económicos: se consideraron ingresos económicos insuficientes cuando no podían cubrir las necesidades de la vida diaria; c) consumo de alcohol: se consideró consumo excesivo una ingesta superior de 280 g/semanales en varones y de 168 g/semanales en mujeres; d) consumo de tabaco: se registró como fumador a todo paciente que hubiese fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos.

– Psicológicos: a) alteraciones psicológicas: se recogieron los trastornos de ansiedad y/o los síndromes depresivos registrados en la historia clínica de cada paciente; b) estado cognitivo: se valoró mediante el Miniexamen Cognoscitivo o MEC de Lobo (puntuación máxima de 35 puntos), y se consideró que había deterioro cognoscitivo cuando las puntuaciones eran inferiores a 24 puntos.

3. Estado nutricional: se valoró mediante el MNA (anexo), un test validado para detectar distintos grados de riesgo de desnutri-

ción y que está formado por 18 preguntas que valoran parámetros antropométricos, médicos, dietéticos y de autopercepción de salud y nutrición. La puntuación máxima es de 30 puntos; las puntuaciones ≥ 24 determinan un buen estado nutricional; entre 17 y 23,5 indican riesgo de desnutrición y valores < 17 determinan desnutrición^{12,18}.

Para la recogida de todos estos datos se diseñó un cuestionario específico que se aplicó al paciente en su propio domicilio por personal de enfermería. En los casos que presentaban deterioro cognitivo, el cuestionario se aplicó al cuidador principal.

Se realizó un análisis descriptivo de todos los parámetros que contiene el MNA. Asimismo, se describieron las variables sociodemográficas, los factores de riesgo de desnutrición y las puntuaciones del MNA, y se compararon las puntuaciones del MNA según las variables sociodemográficas y los factores de riesgo de los pacientes. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de la χ^2 de Pearson. Para las variables cuantitativas se utilizó el test de la t de Student en la comparación de medias de 2 grupos, el análisis de la varianza (para la edad) o el test de Kruskal-Wallis (para los tests de Barthel y de Lawton) en la comparación de más de 2 grupos y el test de Scheffé para determinar entre qué grupos había diferencias.

En todas las pruebas realizadas se consideró estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Para la realización de todo el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0.

Resultados

La edad media $\pm$ desviación estándar (DE) de los 104 pacientes incluidos en el estudio fue de $84,04 \pm 8,76$ años, con un predominio significativo de mujeres (71,2%; $p < 0,001$). El 72,1% de los cuidadores eran familiares de primer grado, con una edad media de $61,88 \pm 13,53$ años (tabla 1).

El 68,3% de los pacientes tenía dos o más enfermedades crónicas. Entre las más frecuentes estaban la hipertensión arterial (50%), las enfermedades reumáticas (36,6%, sobre todo artrosis), los accidentes cerebrovasculares (21,2%) y la insuficiencia cardíaca (20,2%). Mediante las escalas que valoraban las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se obtuvo una puntuación media de $49,38 \pm 28,03$ en el índice de Barthel y de $1,46 \pm 2,14$ para la escala de Lawton (tabla 1).

En el 20,2% de los casos se detectaron problemas sociales. El 13,5% no tenía recursos económicos suficientes y el 4,8% vivía solo. El 49% de los pacientes presentaba alteraciones psicológicas (ansiedad o depresión) o algún grado de deterioro cognitivo (demencias) (tabla 1).

El resultado del MNA evidenció que el 20,2% de los pacientes estaba desnutrido, el 51,9% presentaba riesgo de desnutrición y tan sólo el 27,9% se consideraba bien nutrido.

En la tabla 2 se describe la presencia (puntuación = 0) de los distintos parámetros de riesgo evaluados por el MNA en los pacientes desnutridos y con riesgo de desnutrición.

TABLA 1

Características sociodemográficas y factores de riesgo médicos, sociales y psicológicos de los pacientes en atención domiciliaria

Características sociodemográficas	
Variables del paciente	Variables del cuidador
Sexo, n (%)	Familiar de primer grado, n (%)
Varón, 30 (28,8%)	Sí, 75 (72,1%)
Mujer, 74 (71,2%)	No, 29 (27,9%)
Edad, media $\pm$ DE $84,04 \pm 8,76$	Edad media $\pm$ DE, $61,88 \pm 13,53$
Factores de riesgo médicos	
Enfermedades crónicas	n (%)
Menos de 2 enfermedades crónicas	33 (31,7)
Dos o más enfermedades crónicas	71 (68,3)
HTA	52 (50,0)
Enfermedades reumáticas	38 (36,6)
ACV	22 (21,2)
Insuficiencia cardíaca	21 (20,2)
Neoplasias	18 (17,3)
Diabetes mellitus	17 (16,3)
Cardiopatía isquémica	17 (16,3)
Úlceras	16 (15,4)
EPOC	13 (12,5)
Osteoporosis	12 (11,5)
Insuficiencia renal	4 (3,8)
Insuficiencia hepática	1 (1,0)
Tests actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	
Índice de Barthel, media $\pm$ DE	$49,38 \pm 28,03$
Escala de Lawton, media $\pm$ DE	$1,46 \pm 2,14$
Factores de riesgo sociales	
Sin factores de riesgo sociales	83 (79,8)
Con factores de riesgo sociales	21 (20,2)
Viven solos	5 (4,8)
Recursos económicos insuficientes	14 (13,5)
Consumo excesivo de alcohol	3 (2,9)
Fumadores	7 (6,7)
Factores de riesgo psicológicos	
Sin factores de riesgo psicológicos	53 (51,0)
Con factores de riesgo psicológicos	51 (49,0)
Alteraciones psicológicas	32 (30,8)
Deterioro cognitivo	25 (24,0)

HTA: hipertensión arterial; ACV: accidente cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Los más relevantes fueron que el 34,7% no tenía autonomía dentro de su domicilio, el 40% padecía demencia o depresión grave, el 62,7% tomaba más de 3 medicamentos al día y el 72% no consumía frutas o verduras habitualmente.

TABLA 2
Descripción de la presencia de los distintos parámetros que valora el MNA en pacientes en atención domiciliaria desnutridos o con riesgo de desnutrición

Parámetros del MNA	n (%)
Anorexia grave	5 (6,7)
Pérdida de peso > 3 kg	8 (10,7)
Circunferencia braquial < 21 cm	9 (12)
Circunferencia pantorrilla < 31 cm	9 (12)
Ausencia de autonomía en el domicilio	26 (34,7)
Enfermedad aguda en últimos 3 meses	19 (25,3)
Demencia o depresión grave	30 (40)
IMC < 21	15 (20)
Vive solo	2 (2,7)
Toma más de tres medicamentos/día	47 (62,7)
Úlceras por decúbito	16 (21,3)
Sólo una comida completa al día	1 (1,3)
Consumo de proteínas muy bajo	5 (6,7)
Consume frutas o verduras menos de dos veces/día	54 (72)
Toma menos de tres vasos de agua/día	18 (24)
Necesita ayuda para alimentarse	26 (34,7)
Piensa que está mal nutrido	10 (13,3)
Piensa que está peor que otras personas de su misma edad	28 (37,3)

Al comparar las variables sociodemográficas de los pacientes según la puntuación del MNA, no se detectaron diferencias significativas ni en la edad y ni el sexo de los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición respecto a los bien nutridos. Tampoco se evidenciaron diferencias con las características del cuidador y ni con la edad de éste (tabla 3). En cuanto a los factores médicos, no se detectaron diferencias entre los pacientes según el número de enfermedades crónicas que padecían (tabla 4), aunque al analizarlos uno a uno se observó que la insuficiencia cardíaca y la pre-

TABLA 3
Relación de las variables sociodemográficas con la puntuación del MNA

Puntuación del MNA	Bien nutridos (n = 29)	Riesgo de desnutrición (n = 54)	Desnutrición (n = 21)	p
Variables del paciente				
Sexo, n (%)				
Varones	10 (33,3%)	17 (56,7%)	3 (10,0%)	NS
Mujeres	19 (25,7%)	37 (50,0%)	18 (24,3%)	
Edad, media ± DE	82,10 ± 8,66	84,81 ± 8,63	84,71 ± 9,25	NS
Variables del cuidador				
Familiar de primer grado				
Sí	22 (29,3%)	37 (49,3%)	16 (21,3%)	NS
No	7 (24,1%)	17 (58,6%)	5 (17,2%)	
Edad, media ± DE	64,24 ± 14,40	61,43 ± 14,32	59,7 ± 9,76	NS

TABLA 4
Relación de los factores de riesgo con la puntuación del MNA

Puntuación del MNA	Bien nutridos	Riesgo de desnutrición	Desnutrición	p
Factores de riesgo médicos				
Enfermedades crónicas, n (%)				
Menos de 2 enfermedades crónicas	8 (24,2)	19 (57,6)	6 (18,2)	NS
2 o más enfermedades crónicas	21 (29,6)	35 (49,3)	15 (21,1)	
Tests instrumentales, media ± DE				
Índice de Barthel	64,31 ± 23,59	51,46 ± 26,44	23,38 ± 19,0	0,05
Escala de Lawton	2,24 ± 2,59	1,39 ± 2,12	0,57 ± 0,81	< 0,001
Factores de riesgo sociales, n (%)				
Sin factor de riesgo social	24 (28,9)	44 (53,0)	15 (18,1)	NS
Con factores de riesgo social	5 (23,8)	10 (47,6)	6 (28,6)	
Factores de riesgo psicológicos, n (%)				
Sin factores de riesgo psicológicos	14 (26,4)	30 (56,6)	9 (17,0)	NS
Con factores de riesgo psicológicos	15 (29,4)	24 (47,1)	12 (23,5)	

sencia de ulceraciones crónicas eran significativamente más elevadas en el grupo de desnutridos.

Se observaron diferencias en la puntuación del índice de Barthel y de la escala de Lawton y Brody, siendo los pacientes con desnutrición los que presentaron una puntuación significativamente inferior a la de los pacientes bien nutridos ($p = 0,05$ y $p < 0,001$, respectivamente), aunque en el caso del índice de Barthel la significación estaba en el límite. Por último, no se detectaron diferencias significativas en relación con la presencia de factores sociales ni psicológicos entre los pacientes desnutridos o con riesgo y los bien nutridos (tabla 4).

Discusión

En el presente estudio destaca la elevada prevalencia detectada de pacientes desnutridos (20%) en la población anciana incluida en el programa AT. DOM del centro, así como de pacientes en situación de riesgo de desnutrición (52,4%). En los distintos trabajos revisados que evalúan la prevalencia de desnutrición en la población anciana, no se encontró ninguno en el que se hubiese incluido a pacientes en atención domiciliaria. Los trabajos que facilitan datos más comparables con los del nuestro son los que describen a grupos de ancianos institucionalizados, con valores de desnutrición que oscilan entre el 5 y el 60%^{6,7,14}. Destaca el trabajo realizado por Salvá et al⁶, en el que también utilizaron el MNA, pero en pacientes institucionalizados, y encuentran un 5% de desnutridos y un 47,1% con riesgo de desnutrición; su principal característica diferencial es el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, que es muy superior en nuestros pacientes AT. DOM. És-

Discusión
Cuadro resumen


Lo conocido sobre el tema

- Elevada prevalencia de desnutrición en la población mayor de 65 años, especialmente en personas hospitalizadas o en instituciones geriátricas.
- No hay estudios sobre la prevalencia de desnutrición en los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria.

Qué aporta este estudio

- Se detecta una elevada prevalencia de desnutrición y en riesgo de desnutrición en la población incluida en un programa de atención domiciliaria.
- Cuanto mayor es el grado de dependencia, más elevada es la prevalencia de desnutrición.

ta podría ser una de las posibles causas de la elevada prevalencia de desnutrición detectada.

En cuanto a los factores de riesgo médicos, no se observó ninguna relación entre la presencia de un mayor número de enfermedades crónicas y los distintos estados de nutrición, y tan sólo se detectó un mayor porcentaje de desnutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca o con ulceraciones crónicas. Sin embargo, la mayor presencia de las úlceras en los pacientes desnutridos podría ser más una consecuencia que una causa de la desnutrición.

Por el contrario, sí se detectaron diferencias significativas en la capacidad funcional para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Así, cuanto más elevado era el grado de dependencia mayor era la prevalencia de desnutrición. Esta relación entre dependencia y nutrición que detecta el MNA muy probablemente se deba en parte a que el test contiene preguntas para clasificar a los pacientes en distintos grados de autonomía similares a los del índice de Barthel y la escala de Lawton.

Al valorar los factores de riesgo socioeconómicos y las distintas puntuaciones del MNA, no se observaron diferencias significativas. Esto podría deberse a que aproximadamente el 80% de la población estudiada no tenía factores de riesgo social, tal vez por el nivel socioeconómico medio-alto de los pacientes del estudio.

La presencia de factores de riesgo psicológicos tampoco se relacionó con un mayor porcentaje de desnutrición.

El número reducido de pacientes incluidos en nuestro trabajo podría ser una limitación para detectar pequeñas diferencias y explicaría en parte la ausencia de discrepancias detectadas entre la mayoría de los factores de riesgo (neoplasia, insuficiencia renal, etc.) y la presencia de desnutrición.

Dada la elevada prevalencia de pacientes desnutridos y con riesgo de desnutrición, estaría justificado plantear progra-

mas de prevención de la desnutrición en los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria. Se considera que el MNA sería una buena herramienta para utilizar de manera sistemática en todo paciente incluido en un programa AT. DOM con la que descubrir y, en consecuencia, incidir en los aspectos deficitarios y modificables detectados a través del test.

Sin embargo, serían necesarios más estudios que determinasen los factores de riesgo clave para detectar a los pacientes AT. DOM con mayor riesgo y asimismo realizar estudios multicéntricos que permitan valorar la magnitud, morbilidad y mortalidad de la desnutrición en nuestro medio.

Bibliografía

1. Rauscher C. Malnutrition among the elderly. *Can Fam Physician* 1993;39:1395-403.
2. Manson A, Shea S. Malnutrition in elderly ambulatory medical patients. *Am J Public Health* 1991;81:1195-7.
3. Mowe M, Bohmer T. The prevalence of undiagnosed protein-calorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:1089-92.
4. Moreiras O, Carbajal A, Perea I, Varela-Moreira G, Ruiz Roso B. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa: Euronut-Seneca. Estudio en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:197-242.
5. Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de les Activitats Preventives per a la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
6. Salvá A, Bolívar I, Muñoz MV, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el «Mini Nutritional Assessment» (MNA). *Rev Gerontol* 1996;6:319-28.
7. Hernández A, Royo R, Martínez ML, Grana J, López A, Morales M. Malnutrition prevalence in institutionalized elderly people in Valencia Community, Spain. *Med Clin (Barc)* 2001;117:289-94.
8. Serra J, Salvà A, Hereu M, Tarín G, Llovetas G. Cribado de la desnutrición en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2001;116(Supl 1):35-9.
9. Ramon JM, Subirà C y Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *Med Clin (Barc)* 2001;117:766-70.
10. Vergeles-Blanca JM, Arroyo-Fernández de Aguilar J, Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. *FMC* 1998;1:43-52.
11. Alastrue A, Esquius M, Gelonch J, González F, Ruzafa A, Pastor M, et al. Población geriátrica y valoración nutricional. Normas y criterios antropométricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:243-6.
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994;2:15-59.
13. The Nutrition Screening Initiative. Report of Nutrition Screening. 1: Toward a Common View. 2626 Pennsylvania Avenue, N.W. Suite 301, Washington, DC, 20037. USA, 1991.
14. Beck AM, Ovensen L, Osler M. The «Mini Nutritional Assessment» and the «Determine Your Nutritional Health» Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. *Br J Nutrition* 1999;81:31-6.

15. De Groot LC, Beck AM, Schroll M, Van Staverou WA. Evaluating determine your nutritional health checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly Europeans. Eur J Clin Nutrition 1998;52:877-83.
16. Ribera JM, Gil P. Clínicas Geriátricas XV. Alimentación, Nutrición y Salud en el Anciano. Ed: Editores Médicos S.A., 1999.
17. Peña-Casanova J. Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. Rev Neurol 1998;27(Supl 1):27-9.
18. Guigoz Y, Vellas BJ. Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA). Ther Umsch 1997;54:345-50.
19. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Recomendaciones en Demencias. Barcelona, 1999.

ANEXO 1

Evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment)

Nombre: _____ Apellidos _____ Sexo _____ Fecha _____
Edad: _____ Peso en kg: _____ Talla en cm: _____ Altura talón-rodilla: _____

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribado y si la suma es igual o inferior a 11 complete el cuestionario para obtener una puntuación precisa del estado nutricional.

Cribado

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

0 = anorexia grave
1 = anorexia moderada
2 = sin anorexia ☐

B. Pérdida reciente de peso (< 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 ☐

C. Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio ☐

D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = Sí 2 = No ☐

E. Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia o depresión moderada
2 = sin problemas psicológicos

F. Índice de masa corporal (IMC = peso [en kg]/talla [en m]²)
0 = IMC < 19 2 = 21 IMC < 23
1 = 19 ≤ IMC < 21 3 = IMC ≥ 23 ☐

Evaluación del cribado (subtotal máximo 14 puntos)
12 puntos o más: normal; no es necesario continuar la evaluación ☐
11 puntos o menos: posible desnutrición; continuar la evaluación.

Evaluación

G. ¿El paciente vive independientemente en su domicilio?
0 = No 1 = Sí ☐
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = Sí 1 = No ☐
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = Sí 1 = No ☐

J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre)

0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

K. ¿Consume el paciente productos lácteos al menos una vez al día?
Sí ☐ No ☐

¿Consume huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí ☐ No ☐
¿Consume carne, pescado o aves, diariamente? Sí ☐ No ☐
0,0 = 0 o 1 síes
0,5 = 2 síes

1,0 = 3 síes ☐ ☐

L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = No 1 = Sí ☐

M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.)

0,0 = menos de 3 vasos
0,5 = de 3 a 5 vasos
1,0 = más de 5 vasos

N. Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad ☐

O. ¿El paciente considera que está bien nutrido? (problemas nutricionales)
0 = desnutrición grave
1 = no lo sabe o desnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición ☐

P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0,0 = peor 1,0 = igual
0,5 = no lo sabe 2,0 = mejor ☐

Q. Circunferencia braquial (cm)
0,0 = CB < 21
0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22

R. Circunferencia de la pantorrilla (cm)
0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 ☐
Evaluación (máximo 16 puntos) ☐ ☐
Cribado ☐ ☐

Evaluación global (máximo 30 puntos) ☐ ☐
Evaluación del estado nutricional
De 17 a 23,5 puntos, riesgo de desnutrición ☐
Menos de 17 puntos, desnutrición ☐