

## CARTA AL EDITOR

## Consideraciones complementarias en la evaluación de desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2



### Complementary considerations in the evaluation of malnutrition in hospitalized elderly patients with type 2 diabetes mellitus

Sr. Editor:

La desnutrición en ancianos es un problema de salud multifactorial<sup>1</sup>. Esta situación no suele ser detectada por el personal médico durante la hospitalización, lo que se traduce en aumento del deterioro funcional, riesgos de infección, mortalidad y costos hospitalarios<sup>2</sup>. Además, si estos pacientes padecen diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el panorama se complica.

En el estudio de Serrano et al.<sup>3</sup> utilizaron el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y el *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), herramientas de detección de desnutrición con alta validez, sensibilidad y especificidad comparadas con el test de Valoración Global Subjetiva (VGS), considerada como la técnica más apta<sup>1</sup>. El MNA está diseñado exclusivamente para ancianos y su uso está recomendado por la Asociación de Dietistas de Australia<sup>4</sup>. Por su parte, el MUST presenta sencillez y rapidez de aplicación, e incluye información objetiva y subjetiva que limita el sesgo<sup>1</sup>. Ambos métodos tienen una fiabilidad similar y se adecúan a los pacientes geriátricos<sup>2</sup>, siendo esto un punto a favor para el estudio.

La discrepancia radica en el uso del índice de riesgo nutricional (IRN), el cual detecta problemas relacionados con la desnutrición o la gravedad en el postoperatorio<sup>1,5</sup>. Sin embargo, el IRN está dirigido a pacientes quirúrgicos jóvenes, por lo cual no es confiable en pacientes ancianos<sup>6</sup>. En su contraparte, se desarrolló el índice de riesgo nutricional geriátrico (GNRI), que cambia el peso habitual usado en el IRN por el peso ideal del paciente anciano mediante la fórmula de Lorentz, detectando distintos grados de riesgo asociado a nutrición y puede predecir la tendencia a una estancia hospitalaria mayor<sup>5,7</sup>.

Los estudios de Poulia et al.<sup>1</sup> y Abd et al.<sup>8</sup> respaldan nuestra afirmación y refieren que el GNRI presenta mayor especificidad y valor predictivo negativo que el IRN. Además,

el GNRI utiliza: altura, peso y albúmina, convirtiéndose en un método simple, práctico de usar y sensible al estrés de la enfermedad. Adicionalmente, el GNRI puede clasificar a los pacientes ancianos hospitalizados en varios tipos de desnutrición cuando se combina con el MNA<sup>8</sup>. Por eso, consideramos que el estudio debió usar GNRI en lugar del IRN, porque se adecuaba mejor a su población.

Por otro lado, hubiese sido interesante que el estudio de Serrano et al.<sup>3</sup> nos diera a conocer detalles de los pacientes, como su historial nutricional antes de su hospitalización, tiempo de diagnóstico y tratamiento para la DM2; que permitiría deducir si la desnutrición fue provocada por la edad y/o DM2.

Sumado a lo anterior consideramos dos aspectos importantes: primero, conocer el tipo y la circunstancia en que se ofreció el soporte nutricional por parte del hospital, ya que una dieta inespecífica para pacientes con DM2, comidas no balanceadas, falta de tiempo para alimentarse y el ayuno antes de pruebas médicas pueden exacerbar la desnutrición y aumentar el tiempo de estancia hospitalaria<sup>2,9</sup> en comparación con hospitales que brinden dietas individualizadas; segundo, determinar la presencia de desnutrición al ingreso, durante la hospitalización o desde el ingreso hasta el alta podría complementar los resultados del estudio.

Por lo tanto, considerar un adecuado método de cribado, historial y soporte nutricional en pacientes ancianos hospitalizados con DM2 proporcionaría una evaluación integral y un correcto diagnóstico de desnutrición; además, facilitaría la implementación de dietas específicas y tratamiento oportuno, con el fin de evitar mayores complicaciones y estancia hospitalaria.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Poulia KA, Yannakoulia M, Karageorgou D, Gamaletsou M, Panagiotakos DB, Sipsas NV, et al. Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. *Clin Nutr.* 2012;31:378–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.017>.
2. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R, Wright ORL. Malnutrition screening and assessment in hospitalised older people: a review. *J Nutr Health Aging.* 2019;23:431–41, <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-019-1176-z>.

3. Serrano C, López J, García S, Jiménez R, Torres B, Gómez E, et al. Influencia del estado nutricional sobre la estancia media hospitalaria en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinol Nutr.* 2020;67:617–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2020.05.004>.
4. Watterson C, Fraser A, Banks M, Isenring E, Miller M, Silvester C, et al., Dietitians Association of Australia Malnutrition Guideline Steering Committee. Evidence based practice guidelines for the nutritional management of malnutrition in adult patients across the continuum of care. *Nutr Diet.* 2009;66:S1–34, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-0080.2009.01383.x>.
5. Shuhada NA, Aziz A, Mohd NI, Teng F, Abdul MR, Hamid, et al. Assessing the nutritional status of hospitalized elderly. *Clin Interv Aging.* 2017;12:1615–25, <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S140859>.
6. López JJ, Calleja-Fernández A, Ballesteros-Pomar MD, Vidal-Casariago A, Brea-Laranjo C, Fariza-Vicente E, et al. Valoración del riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados mediante diferentes herramientas. *Endocrinol Nutr.* 2011;58:104–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2011.01.002>.
7. Bouillanne O, Morineau G, Dupont C, Coulombel I, Vincent J, Nicolis I, et al. Geriatric Nutritional Risk Index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:777–83, <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/82.4.777>.
8. Abd Aziz NAS, Mohd Fahmi Teng NI, Kamarul Zaman M. Geriatric Nutrition Risk Index is comparable to the mini nutritional assessment for assessing nutritional status in elderly hospitalized patients. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;29:77–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.12.002>.
9. Wright OR, Connelly LB, Capra S, Hendrikz J. Determinants of foodservice satisfaction for patients in geriatrics/rehabilitation and residents in residential aged care. *Health Expect.* 2013;16:251–65, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00711.x>.

Cristina Vargas Becerra\*, Diana Urquiaga Meza,  
Thalia Valderrama Bacilio y Fiorelle Urbina Calderón

*Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nvargasb@unitru.edu.pe](mailto:nvargasb@unitru.edu.pe)  
(C. Vargas Becerra).