

Detección de personas mayores en riesgo de desnutrición

Detection of elderly in risk of malnutrition

García Izquierdo, Irene¹; Rodríguez Yera, Elena²

1 Enfermera. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

2 Enfermera. Centro de Salud Vicente Soldevilla. Madrid.

Recibido: 15/septiembre/2017. Aceptado: 20/septiembre/2017.

RESUMEN

Introducción. Las personas de 65 y más años, aparentemente sanas, que mantienen su autonomía funcional y no están institucionalizadas, constituyen un colectivo de riesgo nutricional por disminución de la ingestión de alimentos y por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que influyen en el envejecimiento. La malnutrición es un problema urgente de salud pública que ha llevado a la Unión Europea a recomendar la implantación en los centros de Atención Primaria, métodos de cribado nutricional rápidos y sencillos, especialmente en población de riesgo.

Objetivo. Incluir, en el protocolo de Atención del Adulto Mayor, dos escalas de cribado nutricional orientado a la detección de personas mayores en riesgo de desnutrición.

Metodología. Seleccionar dos herramientas de cribado nutricional, sencillas y de fácil aplicación, entre las disponibles en la literatura, para su aplicación por los profesionales de enfermería de los centros de Atención Primaria. Asimismo, se añaden los posibles diagnósticos enfermeros y un plan de cuidados sistematizado que sirva de guía para llevar a cabo una atención individualizada.

Conclusiones. Se propone realizar, mediante intervenciones enfermeras, atención a la salud nutricional, respondiendo a la demanda de las instituciones europeas de luchar contra la desnutrición.

PALABRAS CLAVE

Riesgo nutricional, Cuidados nutricionales, Screening nutricional, Personas mayores.

ABSTRACT

Introduction: The over sixty fives apparently healthy, still functional autonomous and who are not in care, constitute a nutritional risk group by the decrease of the food intake and by the physiological, psychological and social changes produce during ageing. Malnutrition reduces quality life. It encouraged, in 2009 during the Czech Presidency of the European Union, the approval of the Prague Declaration with the unanimous conclusion that malnutrition is an urgent public health issue that requires health care in Europe. It recommends introducing in primary health centres, quick and simple nutritional screening tools especially for population in risk.

Objective: Include in the older adult care protocol two nutritional screening scales oriented to detect old people on risk of malnutrition.

Methodology: Select from the available literature two nutritional screening scales; simple and easy to use by the nursing staff in the primary health centres in the Community of Madrid. Additionally, add the nursing diagnosis and systematic care plan as a guideline for an individual care.

Target population. Those patients meeting the criteria of the nutritional screening methods application.

Conclusion: The target is to attend nutritional health using nursing interventions, in response of the European institutions demand to fight against malnutrition.

KEY WORDS

Nutritional risk, nutritional care, nutritional screening, elderly.

INTRODUCCIÓN

En la II Conferencia Internacional de Nutrición, Roma 2014¹ y debido al progresivo envejecimiento poblacional, la nutrición de este colectivo está siendo objeto de múltiples estudios.

En España se estima que el 17% de la población (7,9 millones de personas) tiene más de 65 años y en 2020 se espera que este porcentaje alcance el 20%, y el 30,8% en 2050². Una parte de este seg-

Correspondencia:
Irene García Izquierdo
irenurcy@yahoo.es

mento poblacional mantiene su autonomía funcional y no está institucionalizado. Son personas aparentemente sanas, que viven en sus domicilios de forma autónoma y tienen movilidad para salir de ellos realizando diversas actividades de ocio, cultura y socialización en los centros sociales de su entorno. No suelen presentar problemas de malnutrición, pero sí constituyen un colectivo de riesgo nutricional situándose la prevalencia, según un último trabajo de revisión publicado por Sánchez-Muñoz et al entre el 23,9% y el 57,5%³.

En este sentido, el proceso de envejecimiento se caracteriza por la pérdida progresiva de potencia vital. Está influenciado, según

Lalonde⁴, por factores genéticos y biológicos no susceptibles de modificación alguna, y por factores ambientales y hábitos de vida, entre los que se incluye la alimentación, sobre los que sí es posible actuar.

La desnutrición es un problema frecuente en este colectivo, provocada por una ingestión alimentaria inadecuada, desequilibrada o excesiva de macro y/o micronutrientes. Es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada, en centros de atención geriátrica e incluso, en personas aparentemente sanas que viven en sus domicilios de forma au-

Tabla 1. Valoración del patrón nutricional-metabólico

Peso:		Talla:		IMC: peso kg/talla m ² :			Peso hace 1 año:	
Medidas antropométricas. Tórax:				Cintura:			Cadera:	
Alimentación								
Nº de comidas/día:				Horario:				
	SI	NO	A veces		SI	NO	A veces	
Verduras:				Carnes:				
Pescado:				Embutidos:				
Queso:				Arroz, pasta:				
Frutas:				Leche:				
Huevo:				Yogur:				
Cereales:				Pan:				
Legumbres:				Patatas:				
Dulces:				Comida preparada:				
Hidratación								
	SI	NO	A veces	A diario	Fines de semana	2-3/ semana	4 -5/ semana	
Agua								
Refrescos sin azúcar								
Refrescos azucarados								
Vino, cerveza								
Alcohol destilado								
Hábitos sociales alrededor de la comida								
Donde come:		Con quién come:		Quien compra:		Quien cocina:		
Hábitos ocio Televisión (horas): Reuniones con Amigos: Centro Social:				Ejercicio habitual Diariamente: 2/3 veces semana: Nunca:				
Intolerancias alimentarias:				Alergias alimentarias:				

Tomado de Gordon, 2007¹⁷.

tónoma⁵. Causa alteraciones del estado de salud y disminuye la capacidad de llevar a cabo las actividades básicas para la vida diaria.

Los diferentes estudios realizados sobre la incidencia de la desnutrición en personas de edad avanzada han mostrado resultados dispares. Según el reciente estudio PREDYCES⁶, el 23% de los pacientes ingresados en un hospital español están en riesgo de desnutrición. Los pacientes mayores de 70 años presentan significativamente más riesgo nutricional que el resto, 37% frente a 12,3%. Con relación a la desnutrición de los ancianos no institucionalizados también encontramos una amplia variedad de datos que se sitúan, según, entre el 5 y el 8%, y que llega hasta el 31,8% si tenemos en cuenta a las personas mayores en riesgo de desnutrición⁷. Esta situación plantea un problema de Salud Pública con gran coste social y económico, y un reto para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

El screening nutricional, ha demostrado su utilidad en todos los colectivos, pero sobre todo en los de mayor edad⁸. De esta forma, se podrían abordar algunos de los problemas de salud de este colectivo mediante una adecuada intervención nutricional que contribuiría a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, a reducir la fragilidad, así como, la susceptibilidad a algunas enfermedades más frecuentes y contribuir a su recuperación. Y de esta manera ayudar a mantener, durante el mayor tiempo posible, un estilo de vida independiente para permanecer siempre que sea posible en el ambiente propio de cada uno³.

En consonancia con lo anterior y particularizando en la disciplina enfermera, estos profesionales a través de la educación para la salud y del fomento del autocuidado, pueden contribuir a disminuir y/o retardar el envejecimiento patológico, mediante la detección precoz de personas de riesgo con la aplicación del cribado nutricional en las consultas de Atención Primaria.

El objetivo de esta propuesta es incluir, en el protocolo de Atención al Adulto Mayor, dos herramientas de cribado nutricional como parte del plan de cuidados que permita la detención de personas mayores en riesgo de desnutrición.

MÉTODO

El plan de cuidado nutricional, deriva de la aplicación del método científico para la solución de problemas de forma organizada y sistemática, y basados en la evidencia científica. En este caso está dirigido a personas de 65 y más años, aparentemente sanas o con limitaciones físicas, que viven en sus domicilios de forma autónoma. También se incluyen personas en situación de fragilidad que tienen problemas de salud complejos, tanto agudos como crónicos, ancianos que presentan incapacidad en el autocuidado, o que poseen una escasa red de apoyo social. Asimismo, las personas con viudedad reciente, pérdida de peso involuntaria, cambios en la ingestión de alimentos, problemas de dentición, presencia de enfermedad crónica y polimedificación, podrán acceder al proyecto.

Tabla 2. Determine su Salud Nutricional.

	SÍ	NO
Padezco una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
Consumo menos de dos comidas al día	3	0
Consumo poca fruta, verduras y productos lácteos	2	0
Consumo más de 3 vasos de cerveza, licor o vino casi a diario	2	0
Tengo problemas bucales o dentales que dificultan mi alimentación	2	0
No siempre dispongo de dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Consumo 3 o más medicamentos recetados o de venta libre al día	1	0
Sin habérmelo propuesto, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos 6 meses	2	0
No siempre me encuentro en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar o alimentarme.	2	0
	PUNTUACIÓN	

Nutrition Screening Initiative, 1991²¹.

PUNTUACIÓN	EVALUACIÓN DEL RIESGO	INTERVENCIÓN
0 – 2	Leve	Reevaluar a los 6 meses.
3 – 5	Moderado	Adoptar medidas para mejorar los hábitos alimentarios. Reevaluar a los 3 meses.
6 o más	Alto	Solicitud de ayuda para mejorar el estado nutricional. Diagnóstico y tratamiento por el equipo de salud.

La identificación de la situación nutricional iría seguida de consejo dietético con el fin de aumentar los conocimientos y modificar las actitudes en aspectos relacionados con la alimentación. Esta forma de atención sigue el sistema de apoyo educativo definido por Orem⁹, en el que el/la enfermero/a actúa, cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

DESARROLLO

Este trabajo, encuadrado dentro del proceso de atención de enfermería, conlleva la utilización de un lenguaje disciplinar estandarizado que contribuye a mejorar la calidad de los cuidados, así como a su documentación. Comprende una valoración inicial basada en los patrones de M. Gordon¹⁰ (tabla 1) y la utilización de la Taxonomía Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association

(NANDA)¹¹, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)¹² y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹³ y habilita para informar de las necesidades de cuidado con un lenguaje unificado común a la disciplina. Como medio de identificación de las personas de mayor edad con riesgo nutricional proponemos la utilización de dos herramientas de valoración en la consulta de enfermería:

1. DETERMINE su salud nutricional" (tabla 2)¹⁴, utilizada de forma generalizada por los equipos de atención primaria de Estados Unidos.
2. El original Mini Nutritional Assessment (MNA®)¹⁵, que está validado en personas mayores (+65 años) y que incluye los 3 elementos imprescindibles para el cribado: índice de masa corporal (IMC) actual, pérdida de peso reciente y conocimiento sobre la ingesta alimentaria.

Tabla 3. Mini Nutritional Assessment (MNA abreviado).

PREGUNTAS		RESPUESTAS	PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los 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 3kg	
	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 tres meses?	0	Sí	
	1	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 / (talla) ² en kg/m ²)	0	IMC < 19	
	1	19 < ó = IMC < 21	
	2	21 < ó = IMC < 23	
	3	IMC > ó = 23	
Puntuación total cribaje (Máx. 14 puntos)			

Rubenstein 2001²³.

Puntuación	Evaluación del riesgo	Indicaciones
12 puntos o más	Normal	No es necesario continuar
11 puntos o menos	Posible malnutrición	Continuar la evaluación

Tabla 4. Posibles Diagnósticos Enfermeros.

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICO
Promoción de la salud	Gestión de la salud	Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
Nutrición	Ingestión	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior/superior a las necesidades
Eliminación/ Intercambio	Función gastrointestinal	Motilidad gastrointestinal alterada
Actividad/Reposo	Autocuidado	Déficit de autocuidado: alimentación
Afrontamiento	Respuestas de afrontamiento	Disposición para mejorar la resiliencia
Seguridad	Lesión física	Deterioro de la dentición

NANDA¹³.

Tabla 5. Plan de Cuidado Nutricional.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN 00103. Deterioro de la deglución		Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.		
FR: anomalías de la vía aérea superior, deterioro neuromuscular, malnutrición relacionada con proteínas-energía, obstrucción mecánica, problemas en la conducta alimentaria, anomalías de la cavidad orofaríngea.		CD: - Rechazo de los alimentos. - Atragantamiento. Tos. - Degluciones múltiples o retraso deglución - Caída de la comida por la boca. - Cierre incompleto de los labios. - Enlentecimiento en la formación del bolo.		
RESULTADOS (NOC)				
1010. Estado de deglución: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.				
Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Indicadores: - Atragantamiento, tos o náuseas. - Esfuerzo deglutorio aumentado.				
1918. Prevención de la aspiración: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.				
Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Indicadores: - Selecciona comidas según su capacidad deglutoria. - Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas. - Se incorpora para comer o beber.				
INTERVENCIONES (NIC)				
1860. Terapia de deglución. Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias. Actividades. El profesional de enfermería: - Explica el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia. - Ayuda al paciente a sentarse en una posición erguida (90°). - Ayuda al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante ("barbilla metida"). - Enseña al paciente a no hablar mientras come, según corresponda. - Evita el uso de pajitas para beber. - Enseña a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos. - Enseña a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida retenidos en la boca después de comer. - Controla el peso corporal. - Vigila la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas).				

A partir de la aplicación de las herramientas propuestas, se puede identificar la existencia de riesgo nutricional, enunciar posibles diagnósticos enfermeros en diferentes dominios (tabla 4) y diseñar un plan de cuidado sistematizado que puede servir de guía para el abordaje y seguimiento de las personas con riesgo nutricional desde la Atención Primaria de Salud (tabla 5).

DISCUSIÓN

En la actualidad, la malnutrición es un problema en auge en nuestro país que afecta sobre todo a las personas de mayor edad. No obstante, con elevada frecuencia, la malnutrición pasa desapercibida ante los profesionales sanitarios poniendo de manifiesto la falta de formación o de motivación para la valoración nutricional de los pacientes. Para ello, es necesaria una adecuada formación de los profesionales sanitarios para que dispongan de los conocimientos y herramientas necesarios para llevar a cabo un tamizaje y seguimiento nutricional correcto.

No obstante, la educación alimentaria es la mejor arma preventiva para actuar sobre grupos de riesgo. Tanto desde la prevención primaria como proyecto de vida saludable, hasta como recurso terapéutico para procesos prevalentes en prevención secundaria y, en prevención terciaria para luchar contra la comorbilidad de las enfermedades crónicas tendentes a la discapacidad. Dicha prevención debería iniciarse a través de programas de promoción de la salud y de educación nutricional, llevada a cabo por las enfermeras de AP, dirigidas a adultos mayores e insertada en programas de preparación a la jubilación.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición; Roma: OMS, FAO; 2014.
- WHO (sede web). Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory; 2012 [acceso 24 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es>.
- Sánchez-Muñoz LA, Serrano-Monte A, Pita Álvarez J, Jauset Alcalá C. Valoración nutricional con Mini Nutritional Assessment, Cartas al Editor. *Med Clin* 2013; 140 (2): 93-5.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Health World Organization (OMS); 2007 [acceso 20 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_Action_05_07.pdf
- García de Lorenzo y Mateos A, Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición: un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. *Nutr. Hosp.* 2012. 27(4): 1060-1064.
- Álvarez Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, Araujo K, et al. On behalf of the PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp.* 2012; 27 (4): 1049-1059.
- Fundación Abott y SENPE. Cuaderno nº1: Herramientas de cribado nutricional para Hospitales, Residencias y Comunidad. Plan de acción 2014. Disponible en: http://www.senpe.com/DOCS/MASNUTRIDOS/ CUADERNO1_Masnutridos_Senpe.pdf
- Lobo Tamer G, Ruiz López MD, Pérez de la Cruz AJ. Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. *Med Clin. Barcelona.* 2009; 132(10): 377-384.
- Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Masson Salvat Enfermería. Barcelona, 1993.
- Gordon M. Manual de diagnóstico de enfermería 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España, 2007.
- NANDA Internacional. Diagnóstico Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015- 2017, 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- American Academy of Family Physicians, American Dietetics Associations, National Council on the Aging. Nutrition Screening Initiative. DETERMINE. Nutrition Screening Manual for Professional Caring for Older Adults. Nutrition Screening Initiative, Washington, DC; 1991.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: S59-S65.