



Cuaderno nº 5

# Hacia la desnutrición cero EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y CENTROS DE DÍA



© 2018 Alianza Masnutridos

ISBN: 978-84-09-11126-8

Reservados todos los derechos. No está permitida la reproducción parcial o total de este libro, su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, registro y/o métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. Aunque los autores y miembros de Alianza Masnutridos han hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de las dosis publicadas de los fármacos y de otra información médica, no asumen ninguna responsabilidad por errores, omisiones o cualquier consecuencia en relación con el contenido del libro, ni por el uso de los productos descritos en el texto. Cualquier producto mencionado en el libro debe utilizarse de conformidad con la ficha técnica elaborada por los fabricantes, y la responsabilidad final recae en el médico que prescribe el tratamiento.

AUTORES: Rosa López Mongil, José Antonio López Trigo, Ángela Hernández Ruiz, Virtudes Niño Martín, Grupo de trabajo de Alimentación y Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Grupo de trabajo de Asistencia Sanitaria en residencias de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)

REVISORES: Rosa Burgos, Cristina de la Cuerda.

## INTRODUCCIÓN

Las instituciones de atención a personas mayores han experimentado, a lo largo de la historia, una llamativa evolución y transformación. Han pasado de ser centros donde se daba «cobijo», «recluí» o «custodiaba» con fines dispares, dar socorro, atender, curar, y/ o prevenir, a ser los centros que hoy conocemos, donde priman los cuidados sociosanitarios integrales y se persigue la recuperación funcional de los mayores.

La explosión demográfica actual nos conduce a una población de personas mayores en España cada vez más longeva, los mayores de 65 años suponen 8,7 millones y representan el 18,8% de la población total. El número de centenarios también sigue en aumento, con más mujeres que varones desde los 75 años. La mayor parte de los fallecidos (21,1%) se encuentran entre 85 a 89 años. Con respecto a los mayores más jóvenes, este grupo etario presenta mayor incidencia de enfermedades directamente incapacitantes y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas invalidantes, circunstancias que condicionan un incremento notable de las tasas de dependencia funcional y de las necesidades de atención en las actividades de cuidado personal.

Esta situación, unida a profundos cambios estructurales en los patrones sociofamiliares, la cronicación de múltiples procesos, la compresión de la morbilidad en los últimos años de vida a costa de generar situaciones de dependencia y otros, hacen que las que antaño fueran instituciones de estricta índole social se hayan transformado, necesariamente, en otras de carácter sociosanitario, llegando a ser, en muchos casos, de estricto carácter sanitario. Muchas de las residencias tienen además centros de día asociados a las mismas.

Los ancianos institucionalizados tienen características diferentes de los ancianos de la comunidad presentando mayor grado de dependencia. Esta mayor vulnerabilidad de las personas mayores institucionalizadas motiva con más frecuencia su atención en urgencias, tienen, por lo tanto, una mayor probabilidad de ingreso hospitalario. Se calcula que alrededor de la tercera parte de ellos son derivados al menos, una vez al año, a urgencias requiriendo ingreso hasta en la mitad de los casos.

El perfil del usuario de residencias está cambiando en los últimos años: la necesidad de acortar estancias medias hospitalarias hace que cada vez ingresen enfermos más agudos en estos centros; por otra parte, el progresivo envejecimiento de la población y la prevalencia de enfermedades crónicas, invalidantes y terminales en el anciano, convierten a las residencias en el hogar de los pacientes más frágiles de la comunidad.

Las personas mayores que viven en residencias y muchos de los usuarios de centros de día tienen mayor prevalencia de deterioro cognitivo y demencia y mayor probabilidad de presentar otros síndromes geriátricos como dolor, caídas, úlceras por presión y desnutrición.

La malnutrición por defecto es uno de los problemas más prevalentes en la población anciana, por lo que en el seno del grupo de trabajo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) se ha elaborado un Documento de consenso de Valoración Nutricional en Geriátrica en el que se hace referencia a ella con el término de desnutrición. Es un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia y esto podría explicar la fuerte asociación entre desnutrición y comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad.

Muchos autores han documentado que la desnutrición está infradiagnosticada en este segmento de la población y existen estados de desnutrición de curso subclínico que pueden pasar inadvertidos. La prevalencia de desnutrición aumenta con la edad y varía según el ámbito de referencia, siendo más baja en los ancianos de la comunidad (7,8%), aumentando progresivamente en unidades de recuperación funcional (14%), residencias (28,4%), hospitales (40%), alcanzando hasta el 56% en estructuras de larga estancia; datos proporcionados en el documento de consenso de la SEGG.

La desnutrición puede ser causada por la deficiente ingesta o asimilación de nutrientes, pero existe una apreciación creciente de que la desnutrición también puede ser causada por mecanismos inflamatorios u otros mecanismos asociados con la enfermedad. La desnutrición asociada con una enfermedad o lesión, o desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) consiste invariablemente en una combinación de una ingesta o asimilación reducida de alimentos y diversos grados de inflamación aguda o crónica, que producen una alteración de la composición corporal y de la capacidad funcional.

La DRE constituye un problema sanitario de elevada prevalencia y altos costes. La DRE es de causa multifactorial; sobreviene por un déficit de nutrientes, por aumento de las pérdidas, por escaso aprovechamiento de nutrientes y/o por aumento de los requerimientos nutricionales.

Es bien conocido cómo la DRE se relaciona con un aumento de morbilidad (infecciones, dehiscencia de suturas, retraso en la consolidación de fracturas, etc.) prolonga la estancia hospitalaria, aumenta la tasa de reingresos, la mortalidad y los costes asociados. Su detección precoz y su prevención parecen esenciales en el pronóstico del paciente y en el adecuado consumo de recursos que se traduce en un ahorro de costes sociosanitarios.

Se ha demostrado que los pacientes desnutridos tienen más comorbilidades y el doble de necesidades de atención sanitaria. Por ejemplo, duplican el número de consultas médicas, de enfermería, al propio hospital, tanto al servicio de urgencias como a los servicios clínicos etc., además precisan un aumento del número de prescripciones farmacológicas, lo que significa un aumento de costes asistenciales.

Las acciones para luchar contra la DRE forman parte de la estrategia sanitaria de la UE ("Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013").

Estas líneas estratégicas continúan las recomendaciones propuestas por el Consejo de Ministros de la UE en la Resolución sobre Alimentación y Cuidado Nutricional en los hospitales hecha pública en 2003, en donde se ponía de manifiesto la importancia de la desnutrición en los hospitales, así como medidas encaminadas a su prevención y tratamiento. Posteriormente en otras iniciativas como la Declaración de Praga de junio de 2009, los representantes de los Ministerios de Salud de los estados miembros de la Comunidad Económica Europea recalcaron expresamente la necesidad de sistematizar el cribado nutricional obligatorio como uno de los pasos esenciales para combatir la desnutrición en todos los niveles asistenciales. En el año 2014, la European Nutrition for Health Alliance lanzó una campaña denominada "Optimal Nutritional Care for All" (ONCA) encaminada a impulsar el desarrollo de programas de cribado nutricional y planes de cuidados nutricionales de forma progresiva en diferentes países europeos, siendo actualmente 18 países los que colaboran en esta campaña (entre ellos España).

## PROYECTO "MÁSNUTRIDOS"

El proyecto "másnutridos" nace en 2012 del trabajo de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y la Fundación Abbott, con el objetivo de dar a conocer el problema de la desnutrición en España, así como los pasos que se pueden dar para detectarlo y abordarlo en nuestro sistema sanitario. La implantación de las medidas necesarias es sencilla y no supone un gran coste, y sí conllevaría importantes ahorros al sistema sanitario.

## ALIANZA "MÁSNUTRIDOS"

Porque entendemos que la Lucha contra la Desnutrición es una tarea multidisciplinar que implica a un importante número de colectivos de profesionales sanitarios y al interés de los propios pacientes, en el año 2015 hemos constituido la "Alianza másnutridos". En la actualidad esta alianza incluye además de SENPE y la Fundación Abbott, al Consejo General de Enfermería, el Consejo General

de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición), SEGG (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología), SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), SEGHN (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica), SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna), SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica), SEDAR (Sociedad de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor), AEC (Asociación Española de Cirujanos), AEHH (Asociación Española de Hostelería Hospitalaria), GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal) y la Alianza General de Pacientes.

La Alianza pretende potenciar las acciones diseñadas en el "Proyecto másnutridos" y crear nuevas iniciativas que permitan alcanzar los dos grandes objetivos planteados en el mismo:

- Sensibilizar y movilizar contra la DRE
- Conseguir una Estrategia Nacional contra la DRE

Todo ello desde una perspectiva multidisciplinar e implicando a todas las partes que puedan impulsar estas medidas en el Sistema Nacional de Salud.

## El caso holandés

En 2007, el Ministerio de Sanidad de Holanda, junto con la Sociedad Holandesa de Nutrición Parenteral y Enteral (NESPEN), lanzó una campaña para luchar contra la desnutrición. Con el liderazgo ministerial, se constituyó un grupo multidisciplinar para luchar contra la desnutrición en todos los niveles de atención sanitaria en ese país. Se validaron y aprobaron herramientas de cribado nutricional fáciles y rápidas de llevar a cabo. El Ministerio también aportó fondos para la realización de estudios de análisis coste-eficacia y proyectos de implementación. El Ministerio decidió que el cribado precoz y el tratamiento óptimo de la desnutrición debían ser obligatorios en todos los niveles sanitarios. Además, la desnutrición fue uno de los 4 indicadores de alerta del Sistema Nacional de Seguridad de la Práctica Clínica para los hospitales holandeses. Al mismo tiempo, el resultado del cribado nutricional se aceptó como una de las indicaciones para reembolso del tratamiento nutricional para el Sistema Nacional de Salud y para las compañías aseguradoras.

La recogida de los datos del cribado en instituciones sanitarias en todo el país permitió conocer cifras bastante precisas de prevalencia y aumentar el conocimiento del problema de la desnutrición. Se pusieron a disposición de las diversas instituciones sanitarias presentaciones y otros medios audiovisuales para favorecer la formación del personal sanitario y se fomentó la creación de equipos multidisciplinarios en cada hospital, centros de atención primaria (AP) o residencias de ancianos, que tutelaran la aplicación de las herramientas de cribado y recomendaciones de tratamiento nutricional. El resultado de esta intervención ha sido la reducción progresiva año a año de las cifras de prevalencia de desnutrición en ese país.

## Situación en España

Como en los estudios europeos, en España también los estudios de prevalencia de desnutrición en residencias de ancianos muestran una gran diversidad de cifras.

Enmarcado en el proyecto másnutridos, se realizó en la Comunidad de Madrid (SENPE, junto a las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social) un estudio de prevalencia de desnutrición en mayores de 65 años (DREAM+65) que ha mostrado una prevalencia del 2,2% en AP, 0,4% en centros de mayores, 15,6% en residencias y 21,7% en hospitales.

Estudios recientes, como el de Castro-Vega en la Comunidad Valenciana, han determinado que la prevalencia de riesgo de DRE en institucionalizados es del 31,2% y la prevalencia de desnutrición establecida es del 34,1%.

En 2011 se presentó en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Consenso sobre el Abordaje Multidisciplinar de la Desnutrición en España suscrito por los representantes de más de 35.000 profesionales sanitarios representados en 22 Sociedades y Asociaciones científicas, la Fundación de Nutrición y el Foro del Paciente. Este Consenso sirve de guía para los profesionales definiendo el nivel de evidencia y grado de recomendación relativo a las acciones a desarrollar en la prevención y el tratamiento de la desnutrición en los distintos niveles asistenciales: AP, hospitales y centros geriátricos.

A todo esto, debemos añadir que la terapia nutricional, conforme han ido pasando los años, se ha situado como una técnica de gran utilidad en el mantenimiento de la salud de los pacientes mayores. La introducción de técnicas de cribado sistemático de desnutrición e intervención nutricional precoz ha demostrado ser una medida coste-efectiva, que se acompaña a su vez de una reducción de las complicaciones, la duración de la hospitalización y la tasa de reingresos.

Los métodos de cribado son de aplicación rápida y las personas identificadas con riesgo de desnutrición, constituyen un porcentaje reseñable de la población de residencias y centros de día. Bien planteado, el abordaje de la DRE revierte muchos beneficios sin requerir inversiones elevadas de tiempo o de recursos materiales.

## PLAN ESTRATÉGICO INTEGRAL DEL PROYECTO MÁS NUTRIDOS

Países como Holanda, Dinamarca o el Reino Unido han desarrollado planes estratégicos integrales para luchar contra la desnutrición que incluyen guías de buena práctica clínica, cribado nutricional obligatorio en ingresos y altas en hospitales y en residencias de ancianos, así como formación de sus profesionales, entre otras medidas de interés. El proyecto másnutridos apuesta por un Plan Estratégico Integral o "Plan de Acción de Lucha contra la Desnutrición en España" que contemple los siguientes puntos:

1. Proporcionar, a los equipos sanitarios, la Formación en nutrición necesaria para detectar pacientes en riesgo de desnutrición y/o desnutrición establecida y establecer las medidas pertinentes para su resolución.
2. Implementar los métodos de Evaluación de la DRE haciendo obligatorio, en todos los centros sociosanitarios y niveles asistenciales, el desarrollo de una herramienta de cribado nutricional, que conlleve un procedimiento estandarizado complementario de valoración nutricional (VN) y de su tratamiento.
3. Desarrollar protocolos de Tratamiento Nutricional en Residencias de ancianos definiendo grados de intervención en alimentación y tratamiento médico nutricional, así como interrelación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
4. Estandarizar un plan de Monitorización de los cuidados y tratamientos nutricionales imprescindible en la evolución del paciente desnutrido.
5. Realizar un Registro de pacientes diagnosticados con DRE, así como de las intervenciones realizadas para revertirla, que permita su correcta codificación en residencias.
6. Sistematizar un procedimiento de Evaluación de Resultados en salud, considerando la calidad y los costes de las medidas establecidas.

## PLAN DE ACCIÓN DE LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN

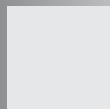
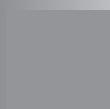
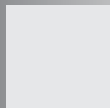
Los distintos puntos comentados anteriormente forman parte esencial del abordaje del problema de la desnutrición. Atienden aspectos relacionados con su prevención y su tratamiento con un enfoque global.

### OBJETIVOS OPERATIVOS

El plan de acción plantea un objetivo operativo fundamental en los tres niveles asistenciales. A saber:

- Desarrollo de una red de centros sociosanitarios sin desnutrición.

En este documento se recogen las acciones que contempla el plan en el ámbito de las residencias y centros de día para personas mayores.





## PRIMER PASO: FORMACIÓN

La formación de los equipos sanitarios en nutrición clínica es una tarea imprescindible, para conocer la importancia de prevenir y tratar la desnutrición. Así, desde el conocimiento del problema, se conseguirá un mayor compromiso asistencial e institucional.

La SEGG, SENPE, SEMERGEN, SEMFYC, SEEN y SEGHP son sociedades científicas con una larga historia docente que junto al Consejo General de Enfermería y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos ponen a disposición del Proyecto másnutridos y de la Alianza másnutridos sus documentos, cursos online, presenciales, congresos, etc. Además, el proyecto másnutridos ha desarrollado material docente para realizar sesiones formativas en distintos centros asistenciales.

### • ACCIONES PROPUESTAS

1. Desarrollo de un programa de sesiones formativas en la hora bisagra en los centros asistenciales con tres objetivos concretos:

#### Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la DRE.
- Dar a conocer métodos de cribado y de VN para identificar pacientes en riesgo de desnutrición y con desnutrición.
- Dar a conocer el algoritmo de decisión de abordaje de la DRE.

Las sesiones serán desarrolladas en cada centro por el personal sanitario (médico y enfermera) con especial dedicación a esta materia o por el médico y/o enfermera relacionados con la nutrición, que sean designados por las direcciones de sector. En cada centro se deberá identificar a los líderes que tienen la responsabilidad de llevar a cabo la incorporación a la práctica clínica del cribado, valoración y tratamiento nutricional. Estos profesionales jugarán un papel clave en la difusión de esta formación. Además, podrán contar con el apoyo de la Unidad de Nutrición Clínica de referencia y de los representantes interterritoriales del proyecto másnutridos.

Así mismo, sería recomendable convocar a los farmacéuticos de las farmacias comunitarias y/o del hospital de referencia pertenecientes al área de salud de cada centro residencial con el fin de fomentar la asistencia de éstos, a dichas sesiones y poder establecer una mayor comunicación y estrategia de trabajo entre ellos.

2. Desarrollo de acciones formativas específicas on-line con el fin de que el resto de los profesionales sanitarios puedan tener acceso a sus contenidos desarrollados en las mismas.
3. Elaboración de carteles informativos para consulta médica y de enfermería como recordatorio de las acciones de cribado, VN y los distintos pasos de la terapia nutricional. Estos carteles informativos se harán llegar también a los farmacéuticos correspondientes.

- **Pacientes con enfermedades avanzadas**

La presencia de pacientes con enfermedades crónicas muy avanzadas o severas, con complicaciones de deterioro clínico extremo, funcional y cognitivo y la identificación de determinados pacientes en situación de final de vida hace necesario un abordaje individual, atendiendo las preferencias en cada caso y conociendo que en estos casos no está indicado la realización del cribado nutricional.

La evidencia actual sugiere que la alimentación con sondas (nasogástrica o gastrostomías percutáneas), no es beneficiosa para estos pacientes en situación de final de vida, ni mejora la supervivencia ni el riesgo de aspiración. En el manejo de estas situaciones de final de vida, el objetivo del plan terapéutico no es tanto alargar el pronóstico vital como minimizar el impacto de la(s) enfermedad (es) sobre la persona y su entorno, así como garantizar confortabilidad y bienestar.

La presencia en los pacientes mayores de enfermedades crónicas de curso prolongado caracterizado por una progresiva pérdida de función y jalonado de múltiples exacerbaciones, hace que requieran una supervisión médica muy cercana y exige un óptimo conocimiento de las peculiaridades del anciano, por lo que se indica un plan individualizado de la atención a la alimentación, en el que debe primar "la confortabilidad de la alimentación".

## SEGUNDO PASO: EVALUACIÓN

Recientemente se han publicado los criterios GLIM “Global Leadership Initiative on Malnutrition”-2018 (Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición). Se constituyó un comité de liderazgo central con representantes de varias de las sociedades de nutrición clínica global: Sociedad Americana para la Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) y la Sociedad de Nutrición Parenteral y Enteral de Asia (PENSA) para formar GLIM. El comité central de liderazgo de GLIM luego creó un grupo de trabajo de apoyo más grande compuesto por miembros invitados que aportaron diversidad global y experiencia al esfuerzo de consenso.

El propósito de esta iniciativa específica es alcanzar un consenso global sobre la identificación y aprobación de los criterios para el diagnóstico de la desnutrición en diferentes entornos clínicos.

Se acuerda realizar 2 pasos para el diagnóstico de malnutrición. El primero es la detección para identificar el estado de riesgo mediante el uso de cualquier herramienta de cribado validada, y posteriormente la evaluación del diagnóstico y la clasificación de la gravedad de la malnutrición.

El establecimiento del cribado nutricional de forma universal y obligatoria en todos los centros residenciales es un objetivo operativo fundamental.

La selección del método de cribado nutricional dependerá de las características funcionales, historia clínica del paciente y posibilidades de cada centro.

En la Valoración nutricional en residencias y centros de día es necesario realizar la valoración funcional en la práctica clínica habitual con pruebas ejecutivas o de rendimiento físico como, el Short Physical Performance Battery (SPPB), la velocidad de la marcha y/o el test Timed Up and Go (TUG). El rendimiento físico es clave para la medida de la fragilidad y la sarcopenia.

Otro aspecto de la evaluación en residencias es valorar la comorbilidad con el Índice de Charlson y escalas de Fragilidad como la escala FRAIL o la FRAIL-NH, específica para residencias de ancianos. Para la valoración mental se recomienda el Minimental (MMSE o MEC) y escalas de evolución de demencia (GDS-FAST).

Para facilitar y agilizar la aplicación de estas herramientas de valoración relacionadas directamente con la nutrición en centros sociosanitarios, así como en hospitales y en la comunidad, la SEGG ha desarrollado una app específica para Valoración geriátrica integral (appVGI).

### • CRIBADO NUTRICIONAL

Las premisas que debe reunir la implantación de un método de cribado son: la prevalencia significativa de la enfermedad que pretende descartar, la existencia de una herramienta eficaz desarrollada para detectarla y la posibilidad de instaurar tratamiento precoz. Todos estos criterios se cumplen en el caso de la DRE.

Los métodos de cribado, además, deben ser válidos, fiables, reproducibles, prácticos y asociados a protocolos específicos de actuación.

Conviene recordar que la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) propone como métodos de cribado el MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) para la comunidad y de uso también en instituciones y el Mini Nutrition Assessment-Short Form (MNA-SF) para mayores de

65 años. La realización del MNA completo facilita una aproximación a una evaluación completa muy útil y ágil. La American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), en artículos más recientes, añade a estos métodos de cribado el Short Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ). Hay que destacar la influencia que reúnen estas dos Sociedades Científicas internacionales mundialmente y el amplio seguimiento de sus recomendaciones. Aunque no existe un método de cribado nutricional perfecto, es razonable que cada centro escoja entre los métodos propuestos, el que mejor se adapte a sus características funcionales. Se aconseja valorar siempre una serie de criterios de elección como población a estudio (ej: pacientes crónicos complejos), relación con pronóstico o respuesta terapéutica de la intervención nutricional, etc. (Figura 1, página 25).

Tras la realización del cribado nutricional, a los pacientes positivos se les deberá realizar una evaluación nutricional completa para poder establecer el diagnóstico y la clasificación de la gravedad de la desnutrición, tal y como proponen los criterios GLIM-2018 y definir un plan de cuidados y tratamiento adecuado.

Por tanto, es necesario subrayar que el método de cribado deberá llevar ligado un algoritmo de actuación inmediata y de reevaluación periódica de los pacientes. El cribado se realiza coincidiendo con la elaboración del PAI (Plan de Atención Individualizada), al menos cada 6 meses, dependiendo de la regulación de cada comunidad autónoma, en aquellos residentes sin problemas previos detectados y sin clínica que lo obligue. En caso contrario, como es obvio, la VGI con los diferentes cribados se hace cuando se requiera por la situación presentada. Sería deseable realizar el cribado cada 4 meses, es decir, tres veces en el año y siempre que se requiera por cambios significativos de la situación clínica del paciente. Este algoritmo será diseñado ad hoc por los miembros de los equipos, y si fuese posible en coordinación con la Unidad de Nutrición o el Equipo de Soporte Nutricional de referencia, si existiera (Figura 2, página 25).

## • ACCIONES PROPUESTAS: CRIBADO DE DISFAGIA

1. Por otra parte, considerando la alta prevalencia de disfagia, y teniendo en cuenta las graves complicaciones que puede tener la disfagia en las personas ancianas, el Grupo de trabajo de Nutrición de la SEGG recomienda la realización del Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) para el cribado de disfagia. Existen dudas en cuanto a la aplicación de la escala EAT-10 en personas con demencia.
2. La realización del cribado debe ser llevada a cabo por profesionales de la salud implicados en la atención directa del paciente, con formación y experiencia.
3. Tras el registro del cribado en la historia clínica del paciente, éste se repetirá en cada PAI.
4. Incluir en los objetivos de calidad de cada centro la realización del cribado nutricional.
5. Fomentar la realización del cribado nutricional en todas las residencias y centros de día.

## • VALORACION NUTRICIONAL (VN)

La evaluación nutricional se puede realizar de diferentes formas y con distintos niveles de profundidad. Es necesario reevaluar a los pacientes de forma sistemática y rutinaria (evaluación nutricional longitudinal), y cada vez que cambie la situación clínica del paciente por la alta prevalencia e incidencia de desnutrición relacionada con la enfermedad.

La VN tiene como objetivo caracterizar el estado nutricional de los pacientes con sospecha o riesgo de desnutrición, con el fin de establecer un plan terapéutico.

Se trata de un procedimiento mediante el que, a partir del uso conjunto de técnicas (historia clínica y dietética, examen físico, antropometría, determinaciones analíticas y valoración de interacciones entre medicamentos, nutrientes y enfermedad), se establece el diagnóstico nutricional de un individuo.

Se debe realizar a aquellos pacientes que hayan dado positivo en el test de cribado, con la colaboración de los profesionales sanitarios implicados en la atención de estos.

En términos generales los parámetros que pueden ser incluidos en el protocolo de VN son:

- Historia clínica, con énfasis en enfermedades y síndromes geriátricos con repercusión sobre el estado nutricional.

- Historia farmacológica

- Antropometría:

- Peso: habitual, actual, historia de variaciones. Es especialmente importante reconocer el ritmo de la pérdida de peso en una etapa temprana de la enfermedad o lesión y destacar que muchos pacientes habrán perdido peso apreciable antes de acudir a la consulta médica.
- Talla: real o estimada.
- Índice de masa corporal (IMC).
- Evaluación de masa muscular: la circunferencia del brazo refleja los compartimentos corporales muscular y graso (ya que el hueso se considera prácticamente constante) y la circunferencia de la pantorrilla es un parámetro antropométrico muy sensible relacionado con la pérdida de tejido muscular en ancianos. Independientemente de la etiología, la pérdida apreciable de masa muscular generalmente se acompaña de una función muscular reducida, medida con la fuerza de prensión en la dinamometría.

GLIM recomienda la medición de la masa muscular mediante medidas de composición corporal validadas como la impedancia bioeléctrica, la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética; sin embargo, estos métodos aún no están disponibles en la mayoría de centros para evaluación nutricional de forma rutinaria.

- Se podrá considerar opcionalmente según disponibilidad de instrumentación ad hoc:
  - » Perímetro de la cintura.
  - » Composición corporal: bioimpedanciometría (BIA), DEXA, TAC.
  - » Función muscular: dinamometría.

- Valoración dietética:

- Valoración mediante escalas visuales.
- Métodos retrospectivos: recordatorio de 24 horas.
- Métodos prospectivos: registro dietético.

- Algunos parámetros bioquímicos se modifican, además de por desnutrición, por la presencia de enfermedades, por lo que es aconsejable utilizar más de un marcador teniendo en cuenta la situación del paciente.

Determinaciones analíticas para valorar proteínas viscerales, inflamación y alteraciones de iones y micronutrientes:

- Albúmina
- Colesterol total
- Proteína C reactiva
- Iones
- Hemograma

- Si hay sospecha clínica de déficit y disponibilidad de la técnica, solicitar:

- Minerales, vitaminas B12, vitamina D y oligoelementos.

- Cálculo de requerimientos para valorar si la ingesta de alimentos en el momento actual satisface las necesidades estimadas del paciente.

Cada centro residencial debe sistematizar la forma de llevar a cabo la VN, de acuerdo con su estructura y su organización de los recursos humanos. La versión completa del MNA (Mini Nutritional Assessment) se presenta como una herramienta muy útil, ya que permite hacer una aproximación a la VN realista en pacientes con cribado positivo. Completar el MNA, resulta ser una medida ágil que facilita la toma de decisiones en el algoritmo de acción diagnóstico-terapéutico. La VN permitirá establecer el diagnóstico de desnutrición.

Los participantes de GLIM-2018 seleccionaron 3 criterios fenotípicos: pérdida de peso involuntaria, bajo índice de masa corporal y masa muscular reducida y 2 criterios etiológicos: ingesta o asimilación de alimentos reducida y carga de inflamación o enfermedad.

Para diagnosticar la desnutrición, debe haber al menos 1 criterio fenotípico y 1 criterio etiológico.

Se proponen métricas fenotípicas para la severidad de la calificación. (Tabla 1-2: GLIM-2018)

El enfoque recomendado apoya la clasificación de la desnutrición en cuatro categorías de diagnóstico relacionadas con la etiología:

### DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON:

- Enfermedad crónica con inflamación.
- Enfermedad crónica con inflamación mínima o no percibida.
- Enfermedad aguda o lesión con inflamación severa.
- Hambre que incluye escasez de alimentos asociada con factores socioeconómicos o ambientales.

### • ACCIONES PROPUESTAS: VALORACIÓN NUTRICIONAL

1. Cada centro residencial debe definir las responsabilidades (médico, enfermería) en la realización de la VN para aquellos pacientes que hayan sido identificados por el cribado, como en situación de riesgo nutricional.
2. Es aconsejable emplear una metodología uniforme para llevar a cabo la VN, como por ejemplo la realización del MNA completo. De este modo, hay que prestar atención a la pérdida de peso, ingesta calórica insuficiente, pérdida de grasa subcutánea, pérdida de masa magra, presencia de acúmulo de líquidos y a la disminución de la capacidad funcional.
3. Se completará la VN atendiendo al patrón funcional (de actividad-ejercicio) y al cognitivo-perceptivo.
4. El resultado de la VN será el diagnóstico de desnutrición, con la clasificación del grado, que deberá incorporarse a la historia clínica, creando el Plan de Cuidados. (Tablas 1 y 2 pág 30)
5. El diagnóstico de desnutrición deberá quedar registrado en la historia clínica del paciente.
6. Si la VN indica que el paciente está desnutrido, deben tomarse medidas de tratamiento que ayuden a mejorar su situación nutricional.

## TERCER PASO: TRATAMIENTO

Tras la identificación de pacientes en riesgo y la realización de una VN completa que nos permita definir el tipo o estadio y grado de desnutrición: 1 o moderado y 2 o desnutrición severa, es preciso establecer un plan de cuidados y tratamiento nutricional para definir las acciones a llevar a cabo en cada paciente, optimizando su eficiencia y seguridad.

La terapia nutricional es un proceso complejo en el que intervienen diversos factores que pueden comprometer la consecución de los objetivos marcados. La planificación clara y ordenada de los cuidados nutricionales puede minimizar la aparición de errores y maximizar su eficacia (Figura 3, página 26).

Se recomienda que los criterios etiológicos: ingesta o asimilación de alimentos reducida y/o carga de inflamación o enfermedad se utilicen para guiar la intervención y los resultados anticipados.

### • ACCIONES PROPUESTAS

1. Disponer de un protocolo de cuidados nutricionales general en los centros, atendiendo a las características de cada uno que incluyan la valoración de patrones funcionales de actividad ejercicio y al cognitivo-perceptivo.
2. Establecer un plan de cuidados individualizado, en los pacientes diagnosticados de riesgo nutricional (Figura 3, página 26).
3. Realizar valoración de las ingestas de los pacientes diagnosticados de riesgo nutricional (Figura 4, página 27).
4. Ante ingesta insuficiente (Figura 4, página 27) se deberá valorar las causas (Tabla 3, página 32) y registrarlo en la Historia Clínica del paciente. La presencia de síntomas o signos gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea o la existencia de síndromes geriátricos como disfagia, estreñimiento o dolor abdominal pueden afectar la ingesta o absorción de alimentos y necesitan ser evaluados y tratados.

Según la(s) causa(s) encontradas se procederá a:

- Realizar las recomendaciones alimentarias oportunas (consejo dietético).
- Si la ingesta es insuficiente, fijar objetivos de ganancia de peso y monitorizar parámetros bioquímicos (solicitar, si no tiene actualizada, una analítica con al menos: hemograma y fórmula linfocitaria, proteínas plasmáticas y Proteína C reactiva) y es fundamental la valoración funcional.
- Realizar ajustes dietéticos incluyendo recomendaciones del patrón de dieta mediterránea para enriquecer y suplementar el contenido proteico y energético de la dieta. (Pág 36 y siguientes)
- El seguimiento será individualizado cada 7 ó 15 días (definir qué parámetros: peso, aporte dietético...)
- Si las intervenciones previas no consiguen frenar la pérdida de peso y ésta persiste en 4 semanas se propone:
  - Realizar recomendaciones dietéticas de enriquecimiento de la dieta de forma individualizada (recomendar el uso de recetas prácticas con productos alimenticios a modo de suplementación nutricional).
  - Realizar recomendaciones del uso de suplementos nutricionales orales (de acuerdo con la regulación vigente en cada autonomía). Consideramos que debe revisarse, unificarse y mejorar la misma.

Si cumple criterios de financiación (Anexo 1, página 44) se tramitará la solicitud del suplemento y si es preciso, se realizará una consulta con el especialista de Endocrinología y Nutrición que corresponda. Éste emitirá un informe con el plan de acción que podrá determinar el uso de suplementos nutricionales orales complementando el anexo correspondiente para tal fin (Figura 5, página 28). Si no cumpliera se valorará la utilización de suplementos no financiados (Anexo 2, página 47).

- Reevaluado el paciente en 4 semanas en caso de persistencia de deterioro del estado nutricional con las medidas anteriormente recomendadas, el paciente será derivado a la Consulta de Endocrinología y Nutrición que, establecerá el plan terapéutico para racionalizar el uso de Soporte Nutricional Especializado (SNE) a la luz de la evidencia científica. Los protocolos deberán definir la prescripción de cuidados nutricionales, que debe incluir, como mínimo, métodos para la estimación de los requerimientos nutricionales, la selección de la vía de administración y la fórmula nutricional, así como los cuidados relacionados con la terapia nutricional (Figura 6, página 29).

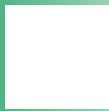
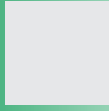


## CUARTO PASO: MONITORIZACIÓN

En todo plan de cuidados se hace necesario establecer un plan de monitorización de la evolución del paciente que permita corregir aspectos relacionados con la posible ineficacia terapéutica en cada caso, como errores, falta de cumplimiento, tolerancia, seguridad, etc.

### • ACCIONES PROPUESTAS

1. Las distintas formas de tratamiento nutricional requieren la monitorización estrecha de su eficacia y de sus complicaciones para su modificación de manera acorde a las mismas (valoración de ingesta y cumplimiento de la dieta, suplementos nutricionales orales, nutrición enteral) para alcanzar los objetivos establecidos (Tabla 5, página 33)
2. Es muy útil recoger formalmente la tolerancia, seguridad y adherencia de cada forma de tratamiento nutricional.
3. Hay que registrar los parámetros clave que permitan conocer la evolución del estado nutricional e inflamatorio del paciente:
  - Cambios en peso y otros parámetros antropométricos; si es necesario, composición corporal (BIA).
  - Parámetros bioquímicos para valorar la inflamación y alteraciones de iones y micronutrientes.
4. Todos los profesionales sanitarios con los que contacte el paciente deberán cooperar en su atención nutricional. Médicos, enfermeros, dietistas-nutricionistas y farmacéuticos deberán colaborar en la vigilancia de la adhesión a la terapia nutricional que asegure su cumplimiento.



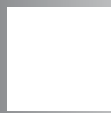
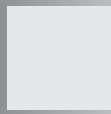
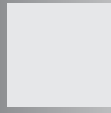
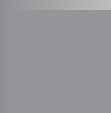
## QUINTO PASO: REGISTRO

Establecido el diagnóstico de desnutrición será documentado en la historia clínica del paciente, así como los procedimientos iniciales y los de SNO y SNE utilizados para revertirla que hubieran sido necesarios. Además, deberá figurar en la historia clínica del paciente.

La codificación de la DRE deberá ser atendiendo a los criterios GLIM-2018. (Tabla 1-2 página 30).

### • ACCIONES PROPUESTAS

1. Es imprescindible que cada residencia incorpore la codificación del diagnóstico de desnutrición y de los procedimientos terapéuticos.
2. Para ello es esencial que los médicos, enfermeras y dietistas-nutricionistas, incluyan el diagnóstico de desnutrición en la historia clínica de los pacientes y/o los registros asociados a la historia clínica.



## SEXTO PASO: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

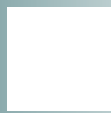
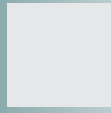
El Plan Integral de Lucha contra la desnutrición propuesto debe ser analizado en términos de eficacia, efectividad y eficiencia en resultados en salud y siempre con criterios de la calidad.

La desnutrición puede alterar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria, por lo que el estado funcional se debe utilizar como un indicador de resultados en geriatría.

El procedimiento de evaluación de resultados en salud deberá ser sistematizado y considerar la calidad de las medidas establecidas.

### • ACCIONES PROPUESTAS

1. Incluir el abordaje de la desnutrición en los programas de formación continuada del centro.
2. Incluir entre los objetivos de calidad de cada centro la realización del cribado nutricional y el establecimiento de un plan de cuidados individualizado.
3. Incluir entre los objetivos de calidad de cada centro indicadores de calidad factibles y relevantes (cribado, diagnóstico, cumplimiento terapéutico, etc.).
4. Propuesta de indicadores concretos.
  - Nº de pacientes cribados/ Nº total de atendidos x 100.
  - Nº de pacientes con diagnóstico de desnutrición registrados/Nº de pacientes atendidos x 100.
  - Nº de pacientes con tratamiento nutricional (recomendaciones dietéticas/suplementos nutricionales orales) / Nº de pacientes con diagnóstico de riesgo de desnutrición x 100.
  - Nº de pacientes con tratamiento nutricional (recomendaciones dietéticas/SNO/NE/NP/ Nº de pacientes cribados x 100).

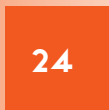


## FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO EN EL PLAN DE ACCIÓN “LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN EN ESPAÑA”

En el análisis de cada una de las acciones propuestas en este Plan Integral de Lucha contra la Desnutrición, hemos identificado una serie de factores críticos que creemos son claves para conseguir alcanzar con éxito nuestro objetivo fundamental, que no es otro que erradicar la desnutrición de nuestros centros asistenciales.

Por ello debemos poner atención en los siguientes aspectos:

- Dirección del centro sensibilizada y comprometida en la atención a la desnutrición en el medio sociosanitario.
- Estrecha relación entre la Gerencia de AP y Especializada o de la propia Gerencia en los casos de Gerencia Única.
- Política y Estrategia del centro orientada a la eficiencia, prevención de riesgos y mejora continua de la calidad.
- Personal sanitario sensibilizado y formado en los diversos aspectos que se incluyen en este proceso.
- Líder de Nutrición (médico/enfermera) con estrecha relación con el Equipo de Soporte Nutricional multidisciplinar o Unidad de Nutrición Clínica de referencia.
- Optimización de los sistemas de información utilizando las TICs. Historia Clínica compartida Atención Primaria-Atención Especializada.
- Estandarización y diseño de protocolos.
- Cooperación del farmacéutico con los líderes de nutrición y su inclusión dentro de los protocolos.





## ANEXOS

Figura 1 - Criterios de selección de método de cribado.



### ¿QUÉ POBLACIÓN SE QUIERE ESTUDIAR?

Adultos: SNAQ/MUST/NRS-2002/VGS  
 Adultos Comunidad: MUST/SNAQ<sup>65+</sup>  
 Ancianos Comunidad: Residencias, Hospitales, : MNA/MUST/SNAQ<sup>65+</sup>/SNAQ<sup>RC</sup>

Figura 2 - Plan de acción tras el cribado nutricional

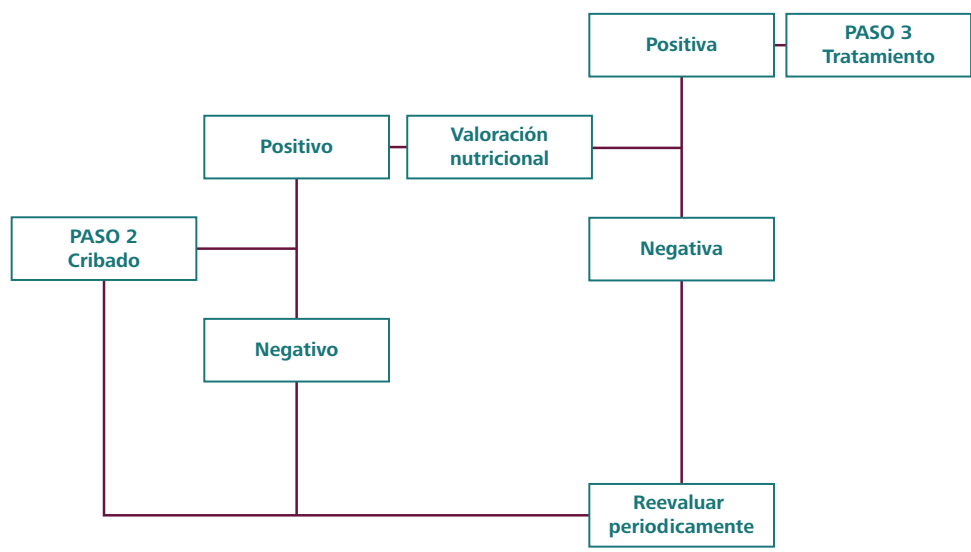
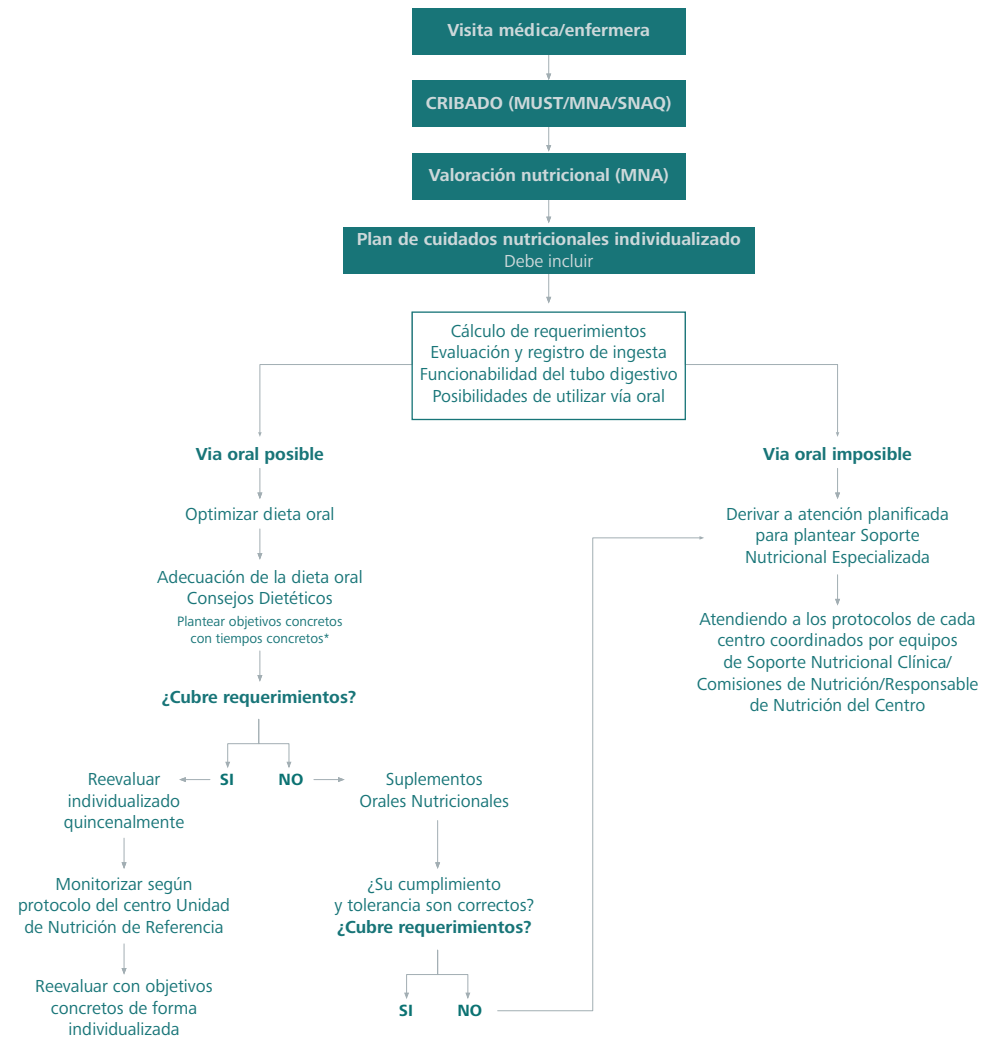


Figura 3 - Algoritmo del plan de cuidados.



\*Plantear objetivos concretos en tiempos concretos. Ej. Planificación de ingestas, con evaluación semanal; negociar 1-2 resultados esperados; trabajar la adherencia al tratamiento.





















**Figura 4** - Hoja de valoración de la cantidad de ingesta en el paciente de residencia o centro de día

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Tipo de dieta a realizar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Basado en que los requerimientos habituales de los pacientes oscilan entre 1800-2200 kcal y 80-120 g de proteínas.

1 punto equivalente a - 200 kcal y 10 g de proteínas.

Desayuno					
	2	1,5	1	0,5	0
Comida					
	4	3	2	1	0
Cena					
	4	3	2	1	0
Extras					
	1	0,75	0,5	0,25	0

Rodee con un círculo en cada comida la opción que se adapte mejor a la ingesta del paciente (todo el menú, mitad, un cuarto, nada)

**Valoración de la ingesta por puntos: TOTAL: .....puntos**

8 puntos o más	Ingesta adecuada
5 puntos o más	Ingesta moderada
4 puntos o menos	Ingesta pobre

**Figura 5 - Algoritmo de selección del uso de Suplementos Nutricionales Orales**

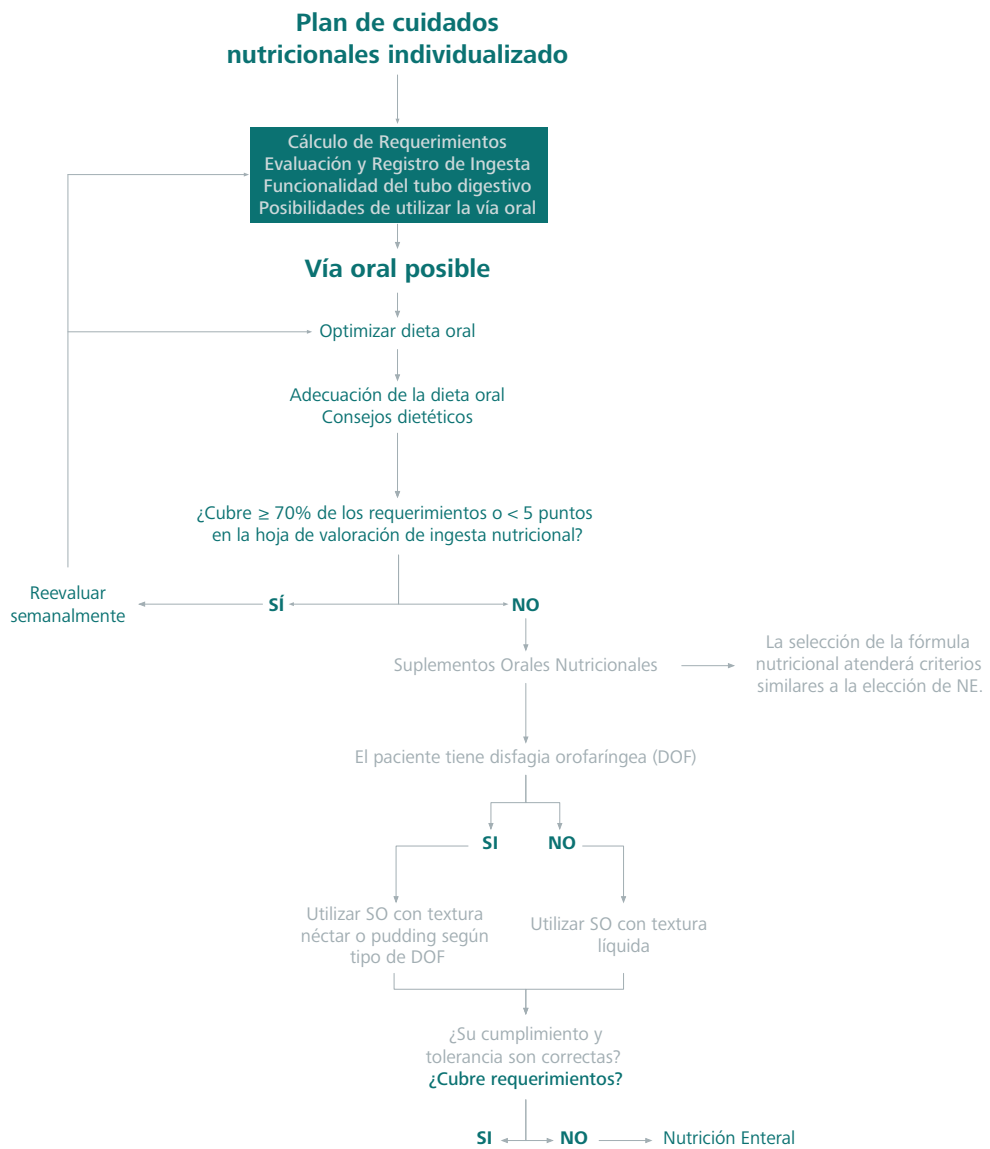
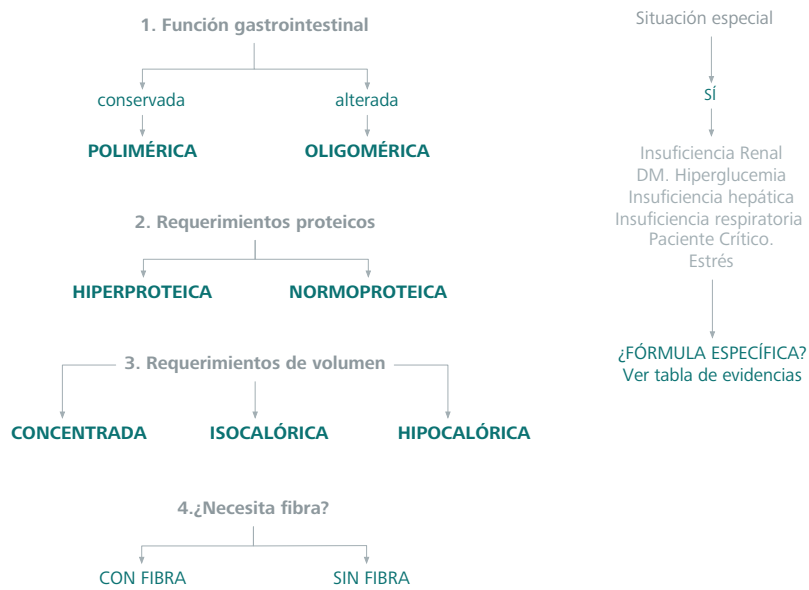


Figura 6 - Algoritmo de selección de fórmulas de Nutrición Enteral

### Proceso de Selección I



Enfermedad	Fórmula
IRC pre-diálisis	Restricción proteica
IRC diálisis	Ajuste volumen, electrolitos y micronutrientes
Hepatopatía intolerante a cantidad normal de proteínas	AACR
Insuficiencia respiratoria grave con respirador	Rica en grasa
SDRA	Rica en grasa con EPA y GLA
DM mal controlada o hiperglucemia de estrés	Rica en grasa
Pacientes quirúrgicos	"Inmunonutrientes"

**Tabla 1** - Criterios GLIM de Evaluación Diagnosticada

### Criterios de evaluación

#### Fenotípicos

- Pérdida de peso involutaria
- Bajo índice de masa corporal
- Reducción de la masa muscular

#### Etiológicos

- Ingesta o asimilación de comidas reducidas
- Carga de la enfermedad/condición inflamatoria

Para el diagnóstico de Desnutrición se precisa un mínimo de 2 de los siguientes criterios alterados: uno fenotípico y uno etiológico.

**Tabla 2** - Criterios GLIM: Consenso internacional para el diagnóstico de desnutrición y Clasificación de la gravedad de la desnutrición.

### Criterios para el diagnóstico de desnutrición del Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) working group.

1 criterio fenotípico + 1 criterio etiológico = DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN					
	Criterio fenotípico			Criterio etiológico	
	Pérdida de peso (%)	Bajo BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Masa muscular reducida	Ingesta alimentaria (o absorción) reducida	Inflamación
Desnutrición moderada	5-10% en los últimos 6 meses ó 10-20% más de 6 meses	<20 en < 70 años ó <22 en ≥ 70 años	Déficit leve a moderado*	≤ 50% del requerimiento energético, ó cualquier reducción por mas de 2 semanas, ó cualquier condición GI que afecte la asimilación/absorción de alimentos	Enfermedad/injuria aguda ó relacionada a enfermedad crónica
Desnutrición severa	> 10% en 6 meses ó > 20% en mas de 6 meses	<18.5 en < 70 años ó <20 en ≥ 70 años	Déficit severo*		

\*Según técnicas validadas de composición corporal o mediciones antropométricas como circunferencia muscular del brazo, perímetro pantorrilla o examen físico nutricional, y fuerza de prensión como una medida de apoyo adicional.

## • CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- El peso y la talla deben ser medidos, no preguntados o estimados.
- El peso habitual debe conocerse para calcular el porcentaje de pérdida de peso a lo largo de un periodo de tiempo.
- La determinación de la ingesta energética requiere realizar una historia dietética completa.
- La depleción de la grasa corporal, masa muscular y edemas/ascitis (acumulación de líquidos) forman parte de la evaluación física.
- Para evaluar la fuerza muscular puede utilizarse un dinamómetro.

Se recomienda la consulta de profesionales de nutrición cualificados, como los dietistas-nutricionistas, para una evaluación nutricional integral basada en las preferencias y la disponibilidad regionales. Se recomiendan medidas antropométricas repetidas a lo largo del tiempo para poder identificar las trayectorias de disminución, mantenimiento y mejora.

En las residencias y centros de día es muy frecuente la DRE en pacientes con demencia, esta tiene origen multifactorial y supone un reto para los geriatras y/o médicos de residencia, ya que su aproximación debe ser multidimensional.

En muchas ocasiones es muy complicado poder satisfacer los requerimientos energéticos y proteicos de dichos pacientes por la dificultad de lograr una ingesta suficiente y ajustada a lo que ellos necesitan.

Se ha detectado dificultad y gran heterogeneidad en las diferentes comunidades autónomas en los requisitos para poder ofrecer SNO a estos pacientes. Incluso, dentro de las mismas, hay diferencias a la hora de acceder al tratamiento nutricional en función de la ubicación del paciente (residencias públicas versus domicilio). Por tanto, muchos pacientes son excluidos de estos tratamientos de manera totalmente injusta, vulnerándose el principio de equidad y justicia, causando una sobrecarga mayor de las familias cuidadoras (en los pacientes que acuden al centro de día).

**Tabla 3** - Evaluación del edema

1+	Depresión de 2 mm, apenas detectable Se rellena inmediatamente
2+	Depresión de 4 mm de profundidad Se rellena a los pocos segundos
3+	Depresión de 6 mm de profundidad Precisa de 10-12 segundos para rellenarse
4+	Depresión de 8 mm muy profundo Necesita > 20 segundos para rellenarse

**Tabla 4** - Causas de ingestas insuficientes

• Situación emocional reactiva (depresión)
• Cambio de hábitos
• Disminución de la capacidad de autocuidado.
• Problemas de dentición (Edéntulo total o parcial no corregido)
• Disgeusia
• Hiporexia
• Patología que condicionan síntomas como náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento
• Toma de fármacos que condicionan anorexia o alteraciones digestivas



**Tabla 5** - Monitorización del tratamiento con Soporte Nutricional Especializado (SNE)

- El tratamiento administrado coincide con la prescripción (paciente, producto, pauta y vía de administración)
- Cumplimiento adecuado del tratamiento
- Se alcanzan los requerimientos del paciente
- Tolerancia adecuada
- Complicaciones del tratamiento
  - NE/ SNO
    - náuseas y/o vómitos
    - regurgitación
    - residuo gástrico (pacientes críticos)
    - diarrea
    - estreñimiento
    - distensión abdominal
    - hiperglucemia
    - alteraciones hidroelectrolíticas
    - obstrucción de la sonda
    - salida de la sonda
    - malposición de la sonda
    - neumonía aspirativa
  - NP
    - infección asociada al catéter
    - obstrucción del catéter
    - trombosis venosa asociada al catéter
    - hiperglucemia
    - hipoglucemia
    - alteraciones hidroelectrolíticas
    - alteraciones de la analítica hepática

NE, nutrición enteral; SNO, suplementos nutricionales orales; NP, nutrición parenteral

## LA IMPORTANCIA DE UN PATRÓN DIETÉTICO SALUDABLE: EL PATRÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA

Sin duda la alimentación y los estilos de vida en general, juegan un papel fundamental en la prevención y en el tratamiento de la mayor parte de enfermedades crónicas de alta prevalencia en personas mayores. Entre estas enfermedades, cabe destacar de forma muy significativa las enfermedades cardiovasculares, enfermedades mentales y algunos tipos de cáncer, así como las enfermedades relacionadas con el proceso de envejecimiento. La nutrición inadecuada contribuye a la progresión de muchas enfermedades y también se considera como un factor importante que contribuye a la etiología de la sarcopenia y la fragilidad.

Por otro lado, al igual que en la población general, la obesidad con sus consecuencias negativas para la salud, es un problema creciente también en las personas mayores, que afecta actualmente a entre el 18 y el 30% de la población mundial de 65 años y más. Por lo tanto, se recomienda una nutrición adecuada como el patrón de dieta mediterránea, que incluye cantidades adecuadas de alimentos y líquidos para prevenir y tratar la desnutrición y la deshidratación, así como la obesidad.

Una alimentación adecuada junto a otros hábitos de vida saludables, como la práctica de actividad y ejercicio físico de forma regular y adaptada a cada paciente y el abandono de hábitos tóxicos como el tabaco, mejoraría la calidad de vida de muchos pacientes, contribuyendo a evitar alguna de estas enfermedades, lo que supondría unos beneficios muy significativos.

Aunque hay diversos patrones dietéticos que se han relacionado con una disminución de muchos factores de riesgo y enfermedades, uno de los más estudiados y que mayor evidencia científica de calidad ha obtenido es el patrón de Dieta Mediterránea. Además, es un patrón culturalmente factible y realizable en nuestro entorno.

### • OBJETIVOS

- Aumentar el aporte de calorías y proteínas de la dieta de forma progresiva en los pacientes con DRE o con riesgo de desnutrición.
- Conseguir y mantener un adecuado estado nutricional para prevenir y combatir las posibles complicaciones.

### RECOMENDACIONES GENERALES

- Seguir las recomendaciones dietéticas específicas para las enfermedades presentes y síndromes geriátricos más significativos como la sarcopenia, caracterizada por una pérdida desproporcionada de masa muscular y fuerza que se acompaña de una disminución de la actividad física, la funcionalidad y el rendimiento. Una pérdida excesiva de masa muscular y fuerza da como resultado deterioro físico, fragilidad, discapacidad y dependencia de los demás. La sarcopenia también altera la adaptación metabólica al estrés y la enfermedad. A pesar de la gran superposición con la sarcopenia, la fragilidad es otro de los síndromes geriátricos, gigantes de la geriatría, caracterizado por una mayor vulnerabilidad al estrés como consecuencia del declive acumulado en muchos sistemas fisiológicos durante el envejecimiento. La fragilidad se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos para la salud.
- En cualquier caso, realizar una alimentación equilibrada y saludable, adaptada al patrón dietético de la Dieta Mediterránea.
- Puede ser aconsejable comer al menos 5 – 6 veces al día en la mayor parte de los casos.
- Tomar aporte de líquidos durante la mañana y primera hora de la tarde.
- Tener siempre a mano para comer entre horas alimentos apetecibles, de fácil consumo, como frutos secos, lácteos de calidad como yogures, fruta, etc.

- Si no consigue comer una mayor cantidad de alimentos, modifique la forma de cocinar según le recomendamos más adelante y aumente el número de comidas a lo largo del día.
- Evite el consumo de alimentos desnatados, light o bajos en calorías.

## PARA AUMENTAR APOORTE DE CALORIAS

Añada a las comidas los siguientes alimentos:

- Aceite de oliva (si es posible, virgen extra): a purés, guisos, salsas y postres.
- Salsas caseras (mayonesa, salsa bechamel, tártara, tomate frito, sofritos a base de verduras y aceite de oliva virgen extra): a los primeros y segundos platos.
- Rebozados y empanados: verduras, patatas, carnes, pescados.
- Sofritos de verduras con aceite de oliva virgen extra y picatostes de pan integral: a los primeros platos y a los guisos.
- Crema de leche y nata líquida: a purés, cremas, sopas y postres.
- Frutas, frutas desecadas y frutos secos troceados o molidos: a salsas, purés, guisos, ensaladas, platos de verduras, postres, batidos, yogures.

## PARA AUMENTAR APOORTE DE CALORÍAS Y PROTEÍNAS

### Leche:

Leche en polvo (10 cucharadas) en cada litro de agua o añadir leche entera.  
A primeros platos (sopas, purés y cremas), salsas, y postres (batidos, fruta fresca).  
Tómela acompañada de cereales, miel, etc.

### Yogurt:

A batidos de fruta, cereales integrales y sin azúcar y salsas para ensaladas.  
Acompáñelo de frutos secos troceados o molidos, frutas desecadas, miel, etc.

### Queso:

Quesos de calidad a purés, sopas, cremas, pasta integral, ensaladas, tortillas, suflés y crepes.  
En cualquier tipo de bocadillos con base de pan integral y verduras y hortalizas.

### Huevo:

Cocido troceado, rallado o triturado a ensaladas, legumbres, arroz integral, pasta integral, patata, sopas, purés, cremas, verduras, ensaladas, salsas, batidos de leche y helados caseros sin azúcar.  
Claros o huevo entero cocido a rellenos de tartas de verdura, bechamel, postres como flan o natillas caseros sin azúcar.

### Carne blanca y pescado:

Empanados (con pan integral), rebozados, guisados. Sumergirlos en leche antes de cocinarlos.  
Troceados o triturados en platos de verduras, ensaladas, salsas, sopas, cremas, etc. Como relleno en tortillas, berenjenas, calabacines, al horno, etc. En potajes y cocidos de legumbres...Sofritos de verduras con aceite de oliva virgen extra con legumbres, pasta integral, arroz integral, etc... Con salsas caseras de tomate frito.

## • EJEMPLOS DE PLANIFICACIONES DIETÉTICAS SIGUIENDO EL PATRÓN DIETÉTICO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

Las planificaciones dietéticas se han confeccionado según el patrón de Dieta Mediterránea adaptado a instituciones geriátricas y para ocho días de menú. Primero se muestran ejemplos para pacientes sin ningún tipo de dificultad en la masticación ni en la deglución y a continuación, se muestran otros ocho días de dieta para pacientes con dificultades en la masticación y/ o deglución por pérdida de piezas dentarias. En especial, en la planificación para pacientes con problemas de masticación, la adaptación de la consistencia y/ o textura será absolutamente individualizada.

### PLANIFICACIÓN DIETÉTICA

#### Día 1

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
Café con leche entera		Espinacas con bechamel, pasas y almendras		Puré de zanahoria y patata
Tostada de pan integral con tomate rallado y aceite de oliva virgen extra	Yogur natural con una pieza de fruta picada	Pechuga de pollo en salsa de champiñones	Batido de fresa (leche entera y fresas frescas)	Atún con ensalada de pimientos del piquillo y cogollos de lechuga
Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado		Pan integral		Pan integral
		Una pieza de fruta fresca o triturada		Una pieza de fruta fresca o triturada

#### Día 2

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
Café con leche entera		Arroz con pisto de verduras		Ensaladilla rusa de patata y gambas
Bizcocho casero integral con frutos secos y frutas desecadas	Batido de plátano (leche entera y plátano)	Merluza con salsa verde con guisantes	Requesón con nueces picadas y miel	Salmón al horno con verduras y tomate aliñado
Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado		Pan integral		Pan integral
		Una pieza de fruta fresca o triturada		Una pieza de fruta fresca o triturada

Día 3

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera y pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado</p>	<p>Tostada de pan integral con queso fresco y aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Lentejas estofadas con arroz y verduras</p> <p>Sardinas frescas con cebolla</p> <p>Pan integral</p> <p>Yogur con avellanas trituradas</p>	<p>Café con leche entera</p> <p>Una pieza de fruta fresca</p>	<p>Crema de calabacín con picatostes</p> <p>Tortilla de patata con tomate aliñado</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>

Día 4

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera</p> <p>Tostada de pan integral con queso tierno y carne de membrillo sin azúcar</p> <p>Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado</p>	<p>Yogur natural sin azúcar con almendras trituradas</p>	<p>Menestra de verduras al ajo arriero</p> <p>Contramuslos de pollo asados con hierbas aromáticas</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>	<p>Batido de pera (leche entera y pera)</p>	<p>Cremoso de patata con champiñones</p> <p>Bonito encebollado con tomate aliñado</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>

Día 5

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera</p> <p>Galletas caseras de avena, con plátano y arándanos desecados</p> <p>Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado</p>	<p>Batido de plátano (leche entera y plátano)</p>	<p>Fideúa de marisco y verduras</p> <p>Bacalao a la portuguesa</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>	<p>Cuajada con avellanas trituradas</p>	<p>Vichisoyse</p> <p>Salmón al vino blanco con gambas</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>

Día 6

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera y pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado</p>	<p>Tostada de pan integral con atún, tomate y aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Alubias pintas con arroz y verduras</p> <p>Sepia en salsa de piñones con tomate aliñado</p> <p>Pan integral</p> <p>Yogur con avellanas trituradas</p>	<p>Café con leche entera</p> <p>Una pieza de fruta fresca</p>	<p>Sopa de cremosa de espinacas</p> <p>Tortilla de patata con pimiento verde, calabacín y cebolla</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>

Día 7

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera</p> <p>Tostada de pan integral con aguacate, tomate, queso fresco y aceite de oliva virgen extra</p> <p>Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado</p>	<p>Yogur natural sin azúcar con nueces trituradas y miel</p>	<p>Judías verdes con patata cocida</p> <p>Estofado de pavo con vino tinto y ciruelas pasas</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>	<p>Batido de plátano (leche entera y plátano)</p>	<p>Puré de calabaza con pistachos triturados</p> <p>Pescadilla rebozada con tomate aliñado</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>

Día 8

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera</p> <p>Bizcocho casero integral con yogur y limón</p> <p>Una pieza de fruta fresca o su equivalente triturado</p>	<p>Batido de fresas (leche entera y fresas)</p>	<p>Cocido completo</p> <p>Sopa de verduras y fideos integrales</p> <p>Garbanzos con berza, carne de ternera y de pollo</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>	<p>Cuajada con avellanas picadas y miel</p>	<p>Ensalada campera con patata</p> <p>Trucha rellena de jamón serrano y queso tierno</p> <p>Pan integral</p> <p>Una pieza de fruta fresca o triturada</p>

PLANIFICACIONES DIETÉTICAS DE FÁCIL MASTICACIÓN.

Día 1

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera espesado con la consistencia según la tolerancia del paciente con pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Yogur natural con una pieza de fruta triturada</p>	<p>Espinacas con bechamel espesada</p> <p>Carne picada de pollo y pavo con salsa de champiñones espesada y puré de patata</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Yogur con fresa (yogur natural con fresas frescas trituradas)</p>	<p>Puré de zanahoria y calabaza</p> <p>Emperador cocido con tomate crudo entero (sin piel y maduro)</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>

Día 2

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera espesado con la consistencia según la tolerancia del paciente con pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Yogur natural con melocotón (muy maduro)</p>	<p>Puré de arroz</p> <p>Merluza con salsa verde (textura homogénea consistencia papilla)</p> <p>Una pieza de fruta triturada</p>	<p>Requesón con miel</p>	<p>Crema de patata y de calabacín</p> <p>Salmón al horno con verduras y tomate crudo entero (sin piel y maduro)</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>

Día 3

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera espesado con la consistencia según la tolerancia del paciente con pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Queso fresco con jamón cocido</p>	<p>Puré de lentejas con arroz y verduras</p> <p>Mero en salsa con patata cocida</p> <p>Yogur con una pieza de fruta triturada</p>	<p>Café con leche entera espesado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Crema de guisantes</p> <p>Tortilla de patata con tomate entero crudo (sin piel y maduro)</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>



Día 4

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera espesado con la consistencia según la tolerancia del paciente con pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Yogur natural con una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Coliflor cocida al ajo arriero</p> <p>Hamburguesas caseras de pollo con hierbas aromáticas</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Queso tierno con manzana asada</p>	<p>Cremoso de patata con champiñones</p> <p>Merluza con tomate entero crudo (sin piel y maduro)</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>

Día 5

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera con copos de avena espesado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Yogur natural con compota de pera y manzana</p>	<p>Crema de patata, lenguado y verduras</p> <p>Bacalao con tomate entero (sin piel y maduro)</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Cuajada con miel</p>	<p>Vichisoyse</p> <p>Salmón al vino blanco con mayonesa</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>

Día 6

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera con la consistencia según la tolerancia del paciente con pan migado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Queso fresco con atún, tomate rallado y aceite de oliva virgen extra</p>	<p>Crema de alubias pintas con arroz y verduras</p> <p>Merluza en salsa con tomate</p> <p>Yogur natural con compota de frutas</p>	<p>Café con leche entera espesado</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Cremosa de espinacas y patata</p> <p>Tortilla de patata con pimiento verde, calabacín y cebolla</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>

Día 7

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera espesado</p> <p>Aguacate, tomate tamizado, queso fresco y aceite de oliva virgen extra</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Yogur natural con fruta cocida y miel</p>	<p>Crema de calabacín con queso tierno</p> <p>Albóndigas de pavo en salsa de vino tinto</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Batido de pera (yogur natural con compota de pera)</p>	<p>Puré de calabaza y zanahoria</p> <p>Pescadilla cocida con tomate entero (sin piel y maduro)</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>

Día 8

DESAYUNO	MEDIA MAÑANA	COMIDA	MERIENDA	CENA
<p>Café con leche entera con bizcocho casero</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Batido de fresas (yogur natural con fresas trituradas)</p>	<p>Crema de garbanzos y pollo</p> <p>Berza cocida con patata</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>	<p>Cuajada con miel</p>	<p>Tomate entero (sin piel y maduro) con patata cocida y jamón cocido</p> <p>Merluza rellena de queso tierno y gratinado con mayonesa</p> <p>Una pieza de fruta fresca triturada</p>



## Anexo 1

### INFORME-TIPO JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIN DE TRATAMIENTOS DE NUTRICIN ENTERAL DOMICILIARIA

#### 1. Datos del paciente

Apellidos y nombre:

Fecha de nacimiento :

Nº de Afiliación a Seguridad Social:

Activo o Pensionista:

#### 2. Datos del facultativo que indica el tratamiento Apellidos y nombre:

Nº Colegiado:

Teléfono de contacto:

Hospital:

#### 3. Diagnóstico:

#### 4. Patología que justifica la indicación (BOE 16 Septiembre 2006):

##### A.- Alteraciones mecánicas de la deglución o el tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa y precisan sonda

- Tumor de cabeza y cuello
- Tumor de aparato digestivo (esófago, estómago)
- Cirugía ORL y maxilofacial
- Estenosis esofágica no tumoral. Excepcionalmente, en caso de disfagia severa y si la sonda está contraindicada, puede utilizarse nutrición enteral sin sonda, previo informe justificativo

##### B.- Trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisan sonda

- Enfermedad neurológica que cursa con afagia o disfagia severa
  - Esclerosis múltiple
  - Esclerosis lateral amiotrófica
  - Síndromes miasteniiformes
  - Síndrome de Guillain-Barré
  - Secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central
  - Retraso mental severo
  - Proceso degenerativo severo del sistema nervioso central (Enfermedad de Alzheimer)
- Accidentes cerebrovasculares
- Tumor cerebral
- Parálisis cerebral
- Coma neurológico
- Trastorno severo de la motilidad intestinal: pseudoobstrucción intestinal, gastroparesia diabética

##### C.- Requerimientos especiales de energía y/o nutrientes

- Síndromes de malabsorción severa:
  - Síndrome de intestino corto severo
  - Diarrea intratable de origen autoinmune

- Linfoma
- Esteatorrea postgastrectomía
- Carcinoma de páncreas
- Resección amplia pancreática
- Insuficiencia vascular mesentérica
- Amiloidosis
- Esclerodermia
- Enteritis eosinofílica
- Enfermedades neurológicas subsidiarias de ser tratadas con dietas cetogénicas:
  - Epilepsia refractaria en niños
  - Deficiencia de transportador tipo I de la glucosa
  - Deficiencia del complejo piruvato deshidrogenasa
- Alergia o intolerancia diagnosticada a proteínas de leche de vaca con compromiso nutricional
- Paciente desnutrido que va a ser sometido a cirugía mayor programada o trasplante
- Pacientes con encefalopatía hepática crónica con intolerancia a las proteínas de la dieta
- Pacientes con adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, neurológicamente asintomáticos

##### D.- Situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición severa

- Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Colitis ulcerosa
  - Enfermedad de Crohn
- Caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento químico y/o radioterápico
- SIDA
- Fibrosis quística
- Fístulas enterocutáneas, de bajo débito
- Insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente

Situación clínica que justifica la indicación de nutrición enteral domiciliaria:

- Alteración mecánica de la deglución o el tránsito, que cursa con afagia o disfagia severa y precisa sonda. En caso de no precisar sonda especificar el motivo
- Trastorno neuromotor que impide la deglución o el tránsito y que precisa sonda
- Paciente con requerimientos especiales de energía y/o nutrientes
- Situación clínica que cursa con desnutrición severa

## 5. Indicación

Fecha de inicio del tratamiento:

Trimestral:

Mensual:

Otra:

### Polimérica

- Normoproteica
  - Normocalórica
  - Hipercalórica
  - Con fibra
- Hiperproteica

### Oligomonomérica

- Peptídico
  - Normoproteica
  - Hiperproteica
- Elemental

### Especial

#### Módulo

- Proteico
  - Proteína entera
  - Péptidos
  - Aminoácidos
- Hidrocarbonato
- Lipídico
  - MCT
  - LCT
- Vitaminas y minerales

Nombre comercial:

Presentación:

Pautas: continua o intermitente

Vía de acceso y método de administración:

Oral

Yeyunal

Gástrica

- Sonda nasogástrica
- Gastrostomía

- Sonda nasoyeyunal
- Yeyunostomía

Pauta terapéutica (ml/toma, tomas/d):

## 6. Seguimiento

Fechas en que se han realizado las revisiones

1ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

3ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

5ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

2ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

4ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

6ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

7ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

8ª revisión \_\_/\_\_/\_\_

Modificaciones relevantes en el tratamiento:

Complicaciones del tratamiento:

- Mecánicas:
- Gastrointestinales:
- Metabólicas:
- Psicosociales:

Fecha:

Firma del facultativo:

## Anexo 2

PRODUCTO	PRESENTACIÓN	KCALORÍAS POR TOMA	PROTEÍNAS	SABOR
ENSURE NUTRIVIGOR (Abbott)	Lata polvo de 400 g (6 cacitos)	233	8,65 g	Chocolate y vainilla
ENSURE NUTRIVIGOR (Abbott)	Botella 220 ml	171	9,90 g	Chocolate y vainilla
ENSURE POLVO (Abbott)	50 sobres 53,5 g	230	8,55 g	Chocolate
ENSURE POLVO (Abbott)	Lata de 400 g (6 cacitos)	230	8,55 g	Vainilla
KABI COMPLET (Fresenius Kabi)	7 sobres de 62 g	400	17,7 g	Vainilla
KABI CONTROL (Fresenius Kabi)	Lata de 400 g (45g por toma)	208	9 g	Chocolate
MERITENE BATIDO (Nestlé-con leche semidesnatada)	15 sobres de 30 g	200	16 g	Chocolate, Fresa, Vainilla y Café descafeinado
MERITENE BATIDO (Nestlé-con leche semidesnatada)	Bote 270 g (30 g por toma)	200	16 g	Chocolate y vainilla
MERITENE NEUTRO (Nestlé)	7 sobres de 50 g	193	11,5 g	Sabor neutro, se puede añadir a cualquier comida
MERITENE DRINK (Nestlé)	Botella 125 ml	156	12 g	Chocolate y vainilla
MERITENE EXTRA (Nestlé)	6 botes con 9 dosis de 50 g	194	11,3	Chocolate y vainilla
MERITENE FIBRA (Nestlé-con leche semidesnatada)	6 estuches con 14 sobres de 35 g	211	17 g	Chocolate y Vainilla
FONCTACTIV DIABEST* (Ordesa)	7 sobres 52 g	229	11 g	Vainilla
FONCTACTIV FORTE (Ordesa)	14 sobres 30 g (2 sobres por toma)	273 (268 café)	9,9-10 g	Vainilla, chocolate, café
FONCTACTIV FORTE (Ordesa)	10 sobres de 30 g	144	6,9 g	Neutro
VEGENAT MED	16 sobres de 92 g	400	20,2 g	Pack Mixto Dulce: Natillas, Arroz con Leche, Cereales con miel y Cacao. Pack Mixto Salado: Merluza, Verduras, Ternera, Garbanzos y Pollo
MED PLUS (Vegenat)	30 sobres 50 g	221	10 g	Neutro
DISFAGIA				
PRODUCTO	PRESENTACIÓN	KCALORÍAS POR TOMA	PROTEÍNAS	SABOR
RESOURCE CREMA	24 Tarrinas 125 g	213	12,5 g	Vainilla y frutos del bosque
RESOURCE DB CREMA*	24 Tarrinas 125 g	175	11 g	Vainilla y café
DIETGRIFF PUDDING COMPLETO	24 Tarrinas 125 g	150	10,3 g	Chocolate, vainilla, caramelo
FORTICREME COMPLETE	Tarrina 125 g	200	12 g	Frutas del bosque, vainilla, chocolate
ENSURE PLUS CREME	6 packs de 4 tarrinas de 125 g	171	7,1 g	Chocolate, vainilla
FRESUBIN 2 kcal/creme	24 Tarrinas 125 g	250	12,5 g	Vainilla, capuchino
RESOURCE PURÉ	Tarro 300 g, lata 1500 g	306-314	15 g	Gama variada sabores salados
MERITENE PURÉ	Sobre 75 g	339	14,25 g	Gama variada sabores salados

\*Aptos para diabetes

	Desnutrición calórica	Desnutrición proteica	Desnutrición mixta
IMC	++	Normal	+
Porcentaje de peso habitual	++	No	+
% Pérdida de Peso / Tiempo 1 semana	++	No	+
1 mes	++	No	+
2 meses	++	No	+
3 meses	++	No	+
Pliegues y otras medidas antropométricas	++	No	+
Albúmina (g/dl)	Normal	++	+
Transferrina (mg/dl)	Normal	++	+
Prealbumina (mg/dl)	Normal	++	+
RBP (mg/dl)	Normal	++	+
Linfocitos (células / mm <sup>3</sup> )	+	++	+
Colesterol (mg/dl)	++	No	+
Valoración subjetiva global	B-C	B-C	B-C
NRS	+	+	+
MUST	+	+	+

<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#fff9c4; border:1px solid #ccc;"></span>	parámetro de valor calórico
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#c8e6c9; border:1px solid #ccc;"></span>	parámetro de valor proteico
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#bbdefb; border:1px solid #ccc;"></span>	parámetro general

Cada uno de los tipos definidos (calórica, proteica o mixta) se subdivide, según su severidad, en leve o de primer grado, moderada o de segundo grado y grave o de tercer grado.



	Valor Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
IMC	18,5-25	17-18,4	16-16,9	<16
Porcentaje de peso habitual	>95%	94,9-85	84,9-75%	<75%
% Pérdida de Peso / Tiempo 1 semana	<1%	1-2%	2%	>2%
1 mes	<2%	<5%	5%	>5%
2 meses	<3%	5%	5-10%	>10%
3 meses	<7,5%	<10%	10-15%	>15%
Pliegues y otras medidas antropométricas	> p15	< p15	< p10	<p5
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-150	<100
Prealbumina (mg/dl)	18-28	15-18	10-15	<10
RBP (mg/dl)	2,6-7	2-2,6	1,5-2	<1,5
Linfocitos (células / mm <sup>3</sup> )	>2000	1200-2000	800-1200	<800
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	< 100
Valoración subjetiva global	A	B	C	C
	<b>SIN RIESGO</b>	<b>POSIBLE RIESGO</b>	<b>RIESGO NUTRICIONAL</b>	
NRS	0	1-2	>3	
MUST	0	1	>2	

Nota: los sistemas de NRS y MUST aunque suponen aproximaciones diagnosticas no tienen validadas las puntuaciones de desnutrición leve-moderada o grave, por lo que han de complementarse con otros datos.

Cuando un paciente reúne dos criterios con grados de severidad diferentes se toma el mayor de ellos.

## CRITERIOS PARA LA CODIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

### 1. Constatación documental:

Para la asignación de desnutrición será necesario un diagnóstico establecido de la misma, con su reflejo documental correspondiente.

### 2. Fuentes documentales:

La fuente documental preferente será el Informe de la residencia, siendo también válido el registro, por el médico responsable del diagnóstico de desnutrición en la historia clínica, independientemente del soporte de esta.

### 3. Diferentes estadios:

Cuando en un mismo episodio el paciente pase por diferentes grados de desnutrición se recogerá el más severo que haya padecido.

### 4. Procedimientos de soporte nutricional:

La realización de un procedimiento nutricional, nutrición enteral o nutrición parenteral no conlleva la presunción del diagnóstico. Ante la presencia de soporte nutricional sin diagnóstico de desnutrición, se deberá constatar la existencia del mismo, según criterios GLIM-2018.

### 5. Pautas a seguir:

Se seguirá la intervención nutricional más adecuada para cada paciente. El riesgo de desnutrición (RMN) y la malnutrición son altamente prevalentes en ancianos. La detección del riesgo permitiría la intervención temprana, lo que evitaría la aparición de comorbilidades asociadas, reduciendo los costes derivados de su tratamiento. Sin embargo, solamente la desnutrición está reconocida en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (entidades E40 a E46). El Grupo de Trabajo en Nutrición en Geriátrica de la SEGG considera que el «RMN» debería estar reconocido como una entidad nosológica independiente en el CIE.

Como ya se ha comentado, tras la detección del RMN, debe realizarse una valoración nutricional, necesaria para un correcto diagnóstico que permita implementar la intervención nutricional más adecuada para cada paciente.

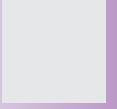
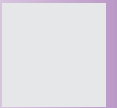
## BIBLIOGRAFÍA

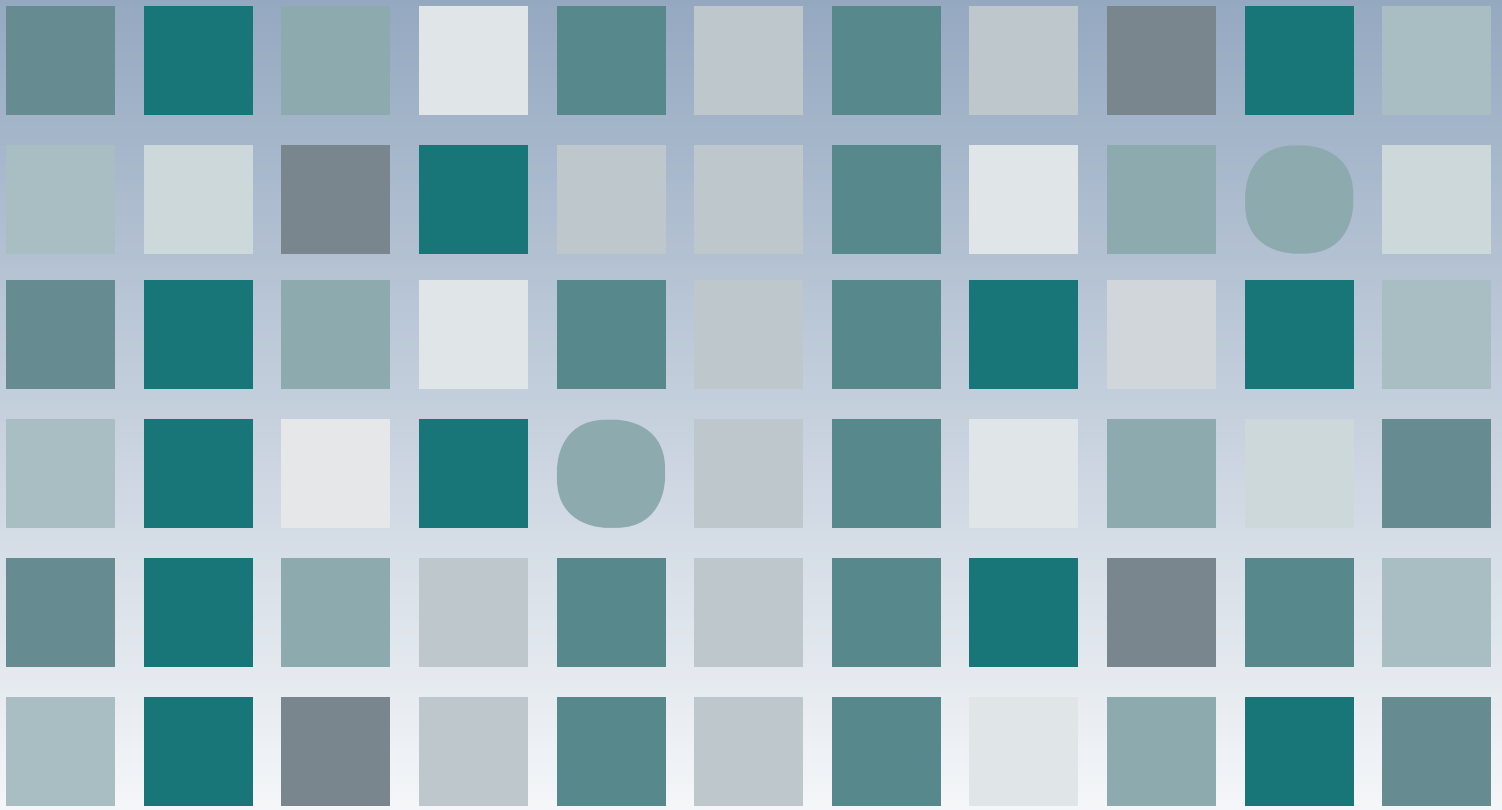
- Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. "Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p.
- Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, Araujo K, Sarto B. Guerri on behalf of the PREDyCES® researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients the PREDy-CES® Study. *Nutr Hosp* 2012; 27(4): 1049-1059.
- Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: A systematic review. *Age & Ageing*, 39 2010, pp. 306-312
- Bermejo Boixareu C, Saavedra Quirós V, Gutiérrez Parrés B, Núñez González A, Gómez Rodrigo J. Reducción de costes mediante un programa de coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2017; 52: 295-6 - DOI: 10.1016/j.regg.2017.02.001.
- Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, Redondo del Río MP, Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Valoración del Estado Nutricional en Geriatria: Declaración de Consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016; 51(1):52-57.
- Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, Redondo del Río MP, Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Nutritional Status Assessment in Geriatrics: Consensus Declaration by the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology Nutrition Work Group. *Maturitas* 81 (3). DOI: 10.1016/j.maturitas.2015.04.018.
- Carlos Fernández-Viadero, Peña Sarabia N, Jiménez-Sanz M, Ordóñez-González J, Verduga Vélez R, Crespo Santiago D. Análisis longitudinal de parámetros nutricionales en una cohorte de ancianos con y sin demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016; 51: 92-5 - DOI: 10.1016/j.regg.2015.08.001.
- Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Barrios Marta C, Monzó Albiach N, Bañuls Morant C, Hernández-Mijares A. Prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud. *Nutr Hosp*.2017;34 (4): 889-898 ISSN0212-1611.
- Casimiro C, García de Lorenzo A, Usán L; Grupo de Estudio Cooperativo Geriátrico. Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. *Nutr Hosp* 2001; 16: 97-103.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017;36:49-64.
- Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition-A consensus report from the global clinical nutrition community, *Clin Nutr* 2018, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>
- Cereda E. Mini Nutritional Assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2012; 15: 29-41.
- Clavete Oliva A. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. *Rev. Esp. Salud Pública* 2008; 82(3): 271-281.
- Committee of Ministers. Resolution ResAP on food and nutritional care in hospitals.2003. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=8574712>. [http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/ziekenhuis/ESPEN\\_2011/Kruizegga\\_-\\_Dutch\\_approach.pdf](http://www.stuurgroepondervoeding.nl/fileadmin/inhoud/ziekenhuis/ESPEN_2011/Kruizegga_-_Dutch_approach.pdf). (consultado 19 julio 2015).

- Consejo General de Colegios Oficiales de farmacéuticos. Vocalía nacional de Alimentación. Plan de educación nutricional por el farmacéutico (PLENUFAR). Educación nutricional a las personas mayores. Enero de 2006.
- Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la Desnutrición Hospitalaria en España. Disponible en: [http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/SENPE\\_Consenso\\_Multidisciplinar\\_Abordaje\\_Desnutricion\\_ESP.pdf](http://www.senpe.com/IMS/publicaciones/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf)
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al, Writing Group for the European Working Group ON Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*. 2018; 0: 1–16 doi: 10.1093/ageing/afy169
- Cuerda C, Álvarez J, Ramos P, Abánades JC, García-de-Lorenzo A, Gil P, de-la-Cruz JJ. Prevalence of malnutrition in subjects over 65 years of age in the Community of Madrid. The DREAM+65 Study. *Nutr Hosp* 2016; 33: 263-269.
- Cuervo M, García A, Ansoreena D, Sánchez-Villegas A, Martínez-González M, Astiasarán I, Martínez J. Nutritional assessment interpretation on 22,007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test. *Public Health Nutr* 2009; 12: 82-90.
- Davis C, Bryan J, Hodgson J, Murphy K. Definition of the mediterranean diet: A literature review. *Nutrients*. 2015; 7(11): 9139-9153.
- De la Montaña Miguélez J, Areal Salve C, Míguez Bernárdez M. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2009; 59: 390-5.8.
- De Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr*. 1996; 64: 650–8.
- Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition?. *Clin Nutr* 2005; 24:867-884.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56 :M146–56.
- García Lorda P, Foz M, Salas Salvadó J. Estado nutricional de la población anciana de Cataluña. *MedClin (Barc)* 2002; 118(18): 707-715.6.
- Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, Wait S, Wilson L. Health economic impact of managing patients following a community diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr*. 2011 ;30(4): 422-99. Disponible: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf) .10.
- Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. *The Mini Nutritional Assessment*. *Clin Geriatr Med*. 2002; 18: 737-575.
- International Classification of Diseases (ICD-10). 2015 [consultado 5 Oct 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2014/en>
- Jensen GL, Compher C, Sullivan DH, Mullin GE. Recognizing Malnutrition in Adults: Definitions and Characteristics, Screening, Assessment, and Team Approach. *J Parenter Enter Nutr* 2013; 37: 802-807
- Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Figueredo Grijalba R, Ardí G, Kondrup J, Labadarios D, Nyulasi I, Castillo Pineda JC, Waitzberg D. Adult Starvation and Disease-Related Malnutrition: A Proposal for Etiology – Based Diagnosis in the Clinical Practice Setting From the International Consensus Guidelines Committee. *J Parenter Enter Nutr* 2010; 34(2):156-159. *Clin Nutr* 2010; 29:151-3

- Jiménez Sanz M, Sola Villafranca JM, Pérez Ruiz C, Turienzo Llata MJ, Larrañaga Lavín G, Mancebo Santamaría MA, et al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp* 2011; 26: 345-54.
- Jones JM. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Diet* 2002; 15: 59-71.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Raemsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58:1734-8.
- Kane RL, Shamlivan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60:896-904.
- Landi F, Russo A, Liperoti R, Pahor M, Tosato M, Capoluongo E, et al. Midarm muscle circumference, physical performance and mortality: results from the aging and longevity study in the Sirente geographic area (iSIRENTE study). *Clin Nutr.* 2010; 29:441-7.
- Ljungqvist O., de Man F. Under nutrition – major health problem in Europe. *Nutr Hosp* 2009; 24 (3):368-370.
- Malone A, Hamilton C. The Academy of Nutrition and Dietetics/The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Consensus Malnutrition Characteristics: Application in Practice. *Nutr Clin Pract.* 2013.
- Marian A.E. van Bokhorst-de van der Schueren, Patrícia Realino Guaitoli, Elise P. Jansma, Henrica C.W.de Vet. Nutrition screening tools: Does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clin Nutr* 2014; 33: 39-58.25.
- Meijers JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Soeters PB, Halfens RJ. Defining malnutrition: Mission or mission impossible? *Nutrition.* 2010; 26:432-40.
- Mudge AM, Ross LJ, Young AM, Isenring EA, Banks MD. Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): A prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clin Nutr.* 2011; 30:320-5.
- Ocon J, Celaya S. Implicaciones clínicas de la desnutrición hospitalaria. En: Libro Blanco de la Desnutrición en España. Coordinador JI Ulibarri. Editores:A García de Lorenzo, PP García Luna, P Marsé, M Planas. Acción Médica. Madrid 2004, Pg: 61-70.
- Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC. Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*, 12 (2012), pp. 5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-5>
- Ramos Cordero P. Guía de Buena práctica clínica en geriatría. Fragilidad y Nutrición en el anciano. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. IMC. Madrid.2014.
- Schaible UE, Kaufmann SH. Malnutrition and infection: Complex mechanisms and global impacts. *PLoS Med.* 2007;4: e115.
- Soini H, Suominen MH, Muurinen S, Strandberg TE, Pitkala KH. Malnutrition according to the Mini Nutritional Assessment in older adults in different settings. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59:765-6.
- Turco R, Torpilliesi T, Bellelli G, Trabucchi M. Frequency of malnutrition in older adults: A comment. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59:762-3.
- Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med.* 2014; 12:112.

- Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, et al. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ*. 1995;311(7018):1457-1460.
- Trichopoulou A, Orfanos P, Norat T, Bueno-de-Mesquita B, Ocké MC, Peeters PHM, et al. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ*. 2005;330(7498):991-998.
- Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr*. 2013;17(12):2769-2782.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2018; Jun 18. pii: S0261-5614(18)30210-3.
- Watterson C, Fraser A, Banks M, Isenring E, Miller M, Silvester K, et al. Evidence based practice guidelines for the nutritional management of malnutrition in adult patients across the continuum of care. *Nutrition & Dietetics*. 2009;66: S1–34.





Alianza  
**más nutridos**  
desnutrición cero en el SNS



 **CONSEJO GENERAL  
de COLEGIOS OFICIALES  
de FARMACÉUTICOS**

 **CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA**



**semFYC**  
El sindicato de médicos de Familia y Comunitaria

**SEEN**  
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica



**SEMI**  
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Coronaria

**AEC**

**SEMERGEN**  
Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencias

**Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología**

**SEOR**  
Sociedad Española de Radiología Oncológica



**AEHH**

**GERM**

