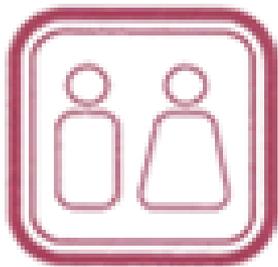


VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO

Arizcuren Domeño Miguel Angel (Dr), Burguete Vidondo Yolanda* (Dra), Leache Alegría Leire (Farmacéutica), Parra Osés Angel (Dr), Lacunza Andueza Naroa (Dra), Arizcuren Domeño Arantza* (DUE)

RESIDENCIA LANDAZABAL(BURLADA), COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA(PAMPLONA)*



Residencia Landazábal
Burlada (Navarra)

Introducción

-La valoración nutricional en el medio ambulatorio y en particular en el medio residencial está fuertemente asociada a conceptos como **fragilidad**, **discapacidad**, **morbilidad** y **mortalidad**.

-Este protagonismo viene justificado por el perfil de usuario que manejamos a diario: paciente **gran dependiente** con presencia de factores de riesgo como **fragilidad**, **discapacidad**, presencia de **múltiples síndromes geriátricos** y **complejidad** en el manejo multidisciplinar.

-La aplicación de protocolos de evaluación del estado nutricional se fundamenta en la **historia clínica** junto con la **exploración física**, la **antropometría**, **test nutricionales** (MNA), **valoraciones de ingestas** y hábitos alimenticios, que asociados a **controles analíticos** u **otras determinaciones** más complejos (inmunología, densitometría, dinamometría....) nos lleva a protocolos y algoritmos de intervención.

Objetivos

-Analizar **variables** presentes en la valoración geriátrica integral y asociadas a **riesgo nutricional** en el ámbito geriátrico.

-Describir una **tipología** asociada al anciano malnutrido y valorar el **impacto** del **deterioro cognitivo** y **funcional** de nuestro residentes.

-Evaluar **estrategias de intervención** con identificación de **factores de riesgo** de malnutrición en el medio residencial.

Factores de riesgo de malnutrición en los ancianos

1. Pluripatología:

- Enfermedad gastrointestinal, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiorrespiratoria crónica e infecciones crónicas, etc...

1. Trastornos de la boca o deglución.

2. Fragilidad.

3. Polifarmacia.

4. Ingreso hospitalario e intervenciones quirúrgicas.

6. Alteraciones sensoriales.

7. Problemas cognitivos y afectivos.

8. Alcoholismo.

9. Aislamiento social.

10. Problemas económicos.

11. Género masculino.

12. Mayor de edad.



-**Fragilidad** como sinónimo de inestabilidad y pérdida funcional ante un mínimo evento. La **discapacidad** es la consecuencia de la anterior y supone la pérdida de esa función con aparición de síntomas y/o signos.

-En la **prevención** de la aparición de fragilidad en el paciente anciano, la **valoración nutricional** dentro de un contexto **multidisciplinar** resulta prioritaria y necesaria.

-Destacar los **cambios fisiológicos** del envejecimiento más los **asociados a enfermedad** como factores de riesgo de desnutrición. Diferenciar pero no olvidar lo **fisiológico** de lo **fisiopatológico**.

Métodos

-Estudio **transversal descriptivo llevado** a cabo en un **medio residencial de larga estancia**.

-Se recogen variables: **demográficas** (edad), **funcionales** (índice de Barthel), **cognitivas** (mini-mental-MEC y escala global GDS), **comorbilidad** (I Charlson), **riesgo de caídas** (Tinetti de la marcha y del equilibrio) y datos **antropométricos** (índice masa corporal-IMC).

-Se relacionan estas variables con el **estado nutricional** (mini nutritional assessment-MNA). Se aplicó Chi cuadrado para variables cualitativas y ANOVA de un factor para cuantitativas.

-Con el MNA diferenciamos 3 grupos ordinales:

- Desnutridos (MNA <17)
- En riesgo de desnutrición (MNA entre 17-23.5)
- Sin riesgo (MNA \geq 23)



Resultados

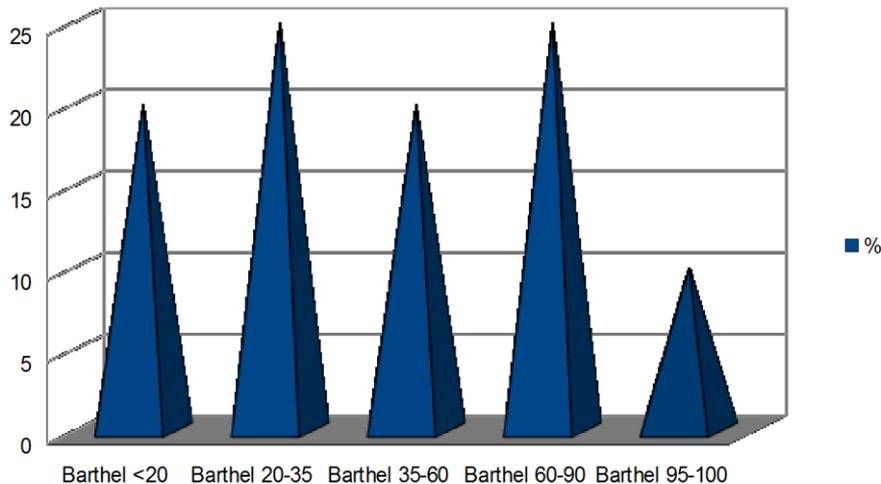
Valoración funcional

-177 residentes, con una edad media de 84 años, siendo un 76% mujeres.

-Valoración funcional según índice de Barthel (IB):

- 45% déficit funcional severo (IB <30):
 - 20% déficit funcional muy severo (IB <20)
 - 25% severo (IB entre 20-30)
- 20% déficit funcional moderado (IB entre 35-60)
- 25% déficit funcional leve (IB entre 60-90)
- 10% sin déficit funcional (IB entre 95-100).

Clasificación índice Barthel



Comorbilidad

- En general, la **puntuación** obtenida en nuestro medio en el **Índice de Charlson** es **alta**. Otra cosa es su interés práctico: tiene más interés de cara estudios de costes o de esperanza de vida, pero en nuestro medio más valor descriptivo.

-La **media** con los factores de corrección por la edad (suma de 1 punto por cada década a partir de 50 años) es entorno a **6.1**.

Modified Charlson Index

PATHOLOGY	SCORE
Coronary disease	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Peptic ulcer	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Moderate-severe renal disease	2
Diabetes with damage to target organs	2
Any tumor, leukemia, lymphoma	2
Moderate-severe liver disease	3
Solid metastatic tumor	6
AIDS	6

In addition, for each decade > 50 years 1 extra point is added.

Source: Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 1992; 45[6]:613-619.

Descripción y distribución de síndromes geriátricos

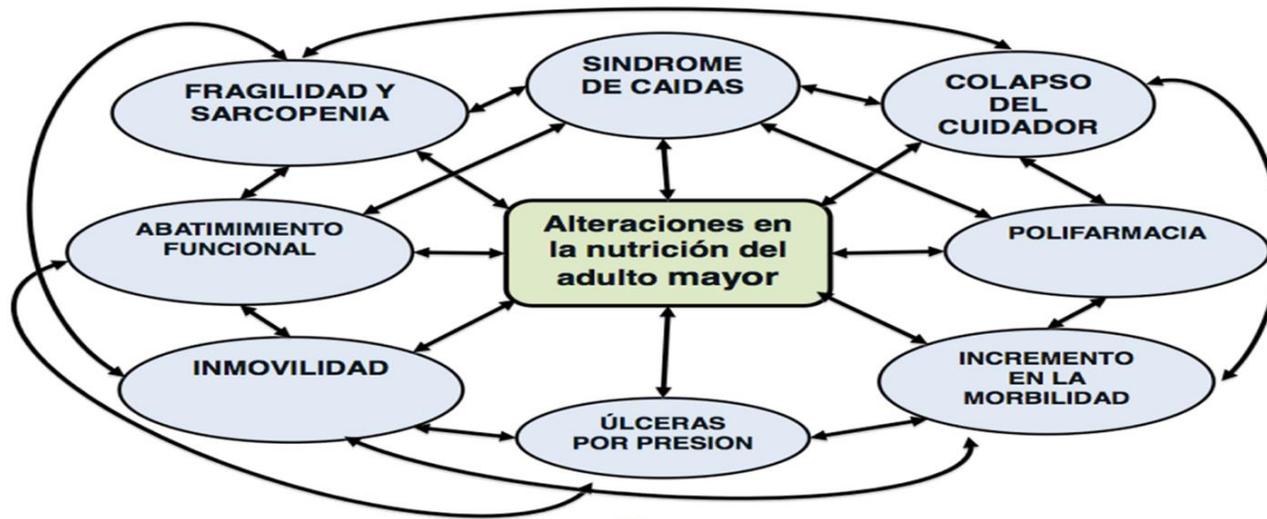
Síndromes Geriátricos	%
Deterioro cognitivo	71.6
Polifarmacia	79
Trastorno del ánimo	64
Trastorno del sueño	48
Incontinencia Urinaria	52
Incontinencia fecal	42
Estreñimiento	31
Síndrome de inmovilización	32
Alteración de la marcha	42
Síndrome de caídas	22.3
Malnutrición	23.1
Úlceras por presión	18
Déficit visual-Déficit auditivo	38/25
Disfagia?, sarcopenia?	?

-La **polifarmacia** sigue siendo el **más representativo** de los síndromes geriátricos.

-En nuestro medio, **muy presente** el **deterioro cognitivo** por el perfil de usuario.

-La malnutrición como síndrome geriátrico presente en 41 pacientes (23.1%), aunque eso no sea sinónimo de desnutrición. En base al MNA nos da otro tipo de información igual de relevante y complementaria.

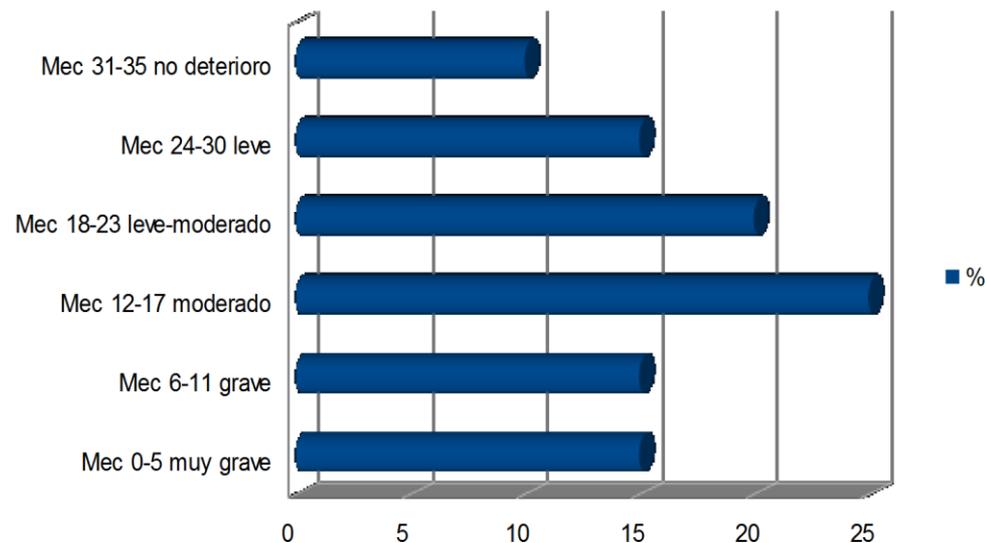
-**Nuevos síndromes geriátricos** como la **disfagia** y la **sarcopenia** pendientes de **valoración e incorporación** en el medio residencial.



Valoración cognitiva

En la valoración cognitiva con el MEC (versión del Minimental-MMSE) obtuvimos:

- 25% moderado (MEC entre 12-17)
- 20% leve-moderado (MEC entre 18-23)
- 15% leve (MEC entre 24-30)
- 10% déficit muy grave (MEC entre 0-5)
- 10% sin déficit cognitivo (MEC entre 31-35)

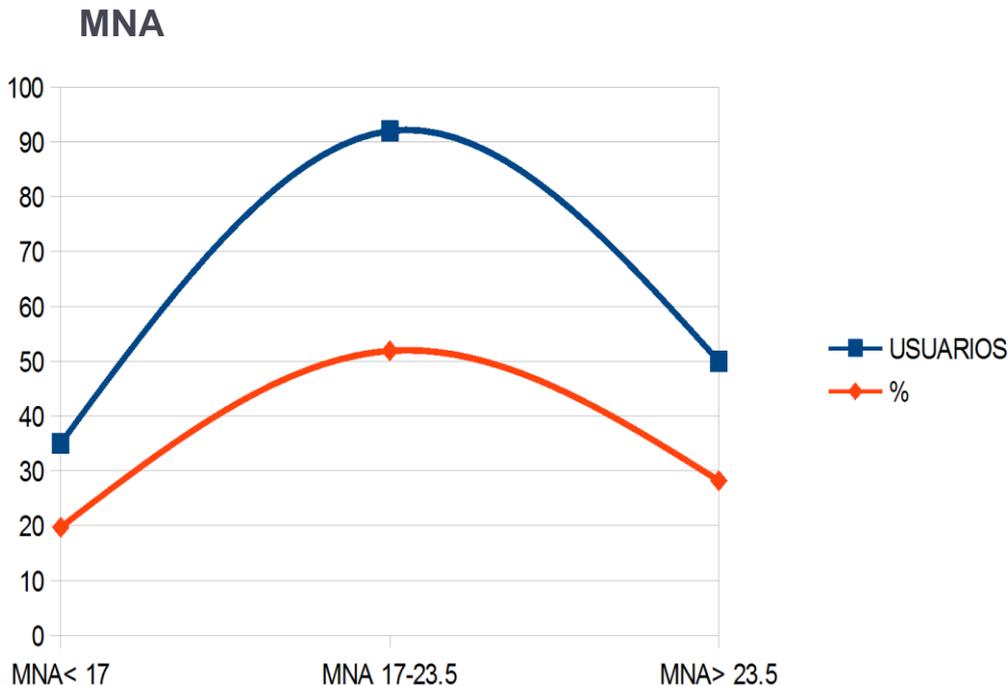


Riesgo de caída

- El riesgo de caída con los sumatorios de los TINETTIS tanto de marcha como de equilibrio, con punto de corte en 19/28 con riesgo moderado de caídas (si es <14 el riesgo es muy alto) y por encima de 19 sin riesgo o muy bajo.
- Tenemos un **45%** de la población por **debajo** de ese umbral de **19**.

Valoración nutricional

- En la valoración del **MNA** como test nutricional de referencia en la valoración geriátrica integral, en nuestro medio el **19.7%** en **desnutrición**, en **riesgo** el **51.9%** y **sin riesgo** el **28.2%**.



Valoración nutricional

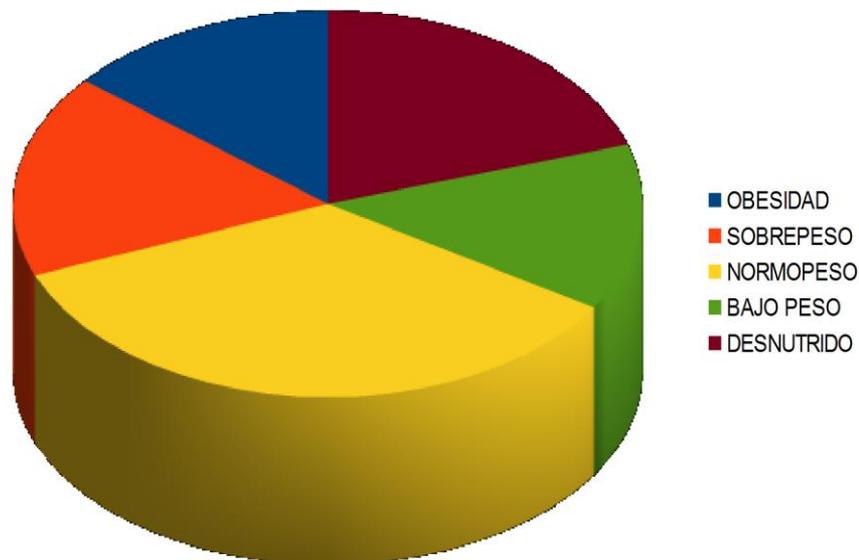
-En la valoración del índice de masa corporal-IMC (ajustando en función del factor edad) tenemos puntos corte que difieren respecto al adulto, las referencias que aplicamos NORMOPESO 22-26.9.

Resultados en nuestra población:

Categoría	% población
Desnutrición	20%
Bajo peso	14%
Normopeso	35%
Sobrepeso	17%
Obesidad	14%

Clasificación según IMC

Categoría	Valores IMC
Desnutrición	< 18.5
Bajo peso	18.5-21.9
Normopeso	22-26.9
Sobrepeso	27-29.9
Obesidad	> 30



Análisis estadístico

-Análisis estadístico con el MNA en malnutridos y/o en riesgo y sin riesgo. Escala MNA como variables cualitativa (MNA1-MNA2 y MNA3) y cuantitativa, comparación de medias con aplicación de Chi cuadrado y ANOVA de un factor.

-Encontramos **significación estadística** ($p < 0.05$) entre el **MNA** y el **déficit cognitivo y funcional severo**, no así con el moderado ni el leve.

-Respecto al riesgo de caída, la relación fue **significativa** para el grupo con **riesgo medio y alto** (Tinetti < 19), pero no para el grupo sin riesgo.

-No se encuentra significación del MNA con la antropometría (IMC), ni con la comorbilidad (I de Charlson), ni con la edad del usuario.

Conclusiones

-El empleo de **test nutricionales** así como **ajustes de la antropometría** en función de la edad (IMC) y el empleo de escalas de **comportamiento dietético** (escala Blandford), dada la complejidad de estos pacientes, deben estar muy presentes para una valoración más objetiva.

-Una **muestra importante** de pacientes se encuentra **en riesgo de desnutrición**, en menor medida sin riesgo y un bajo porcentaje en desnutrición.

-Se obtuvo una **relación** estadísticamente **significativa** entre el **riesgo nutricional** y el **déficit funcional y cognitivo severo**. También se observó asociación entre el **riesgo de caída** y el riesgo nutricional.

-La comorbilidad no aparece asociada a riesgo nutricional. La demencia como entidad comórbida tendría significación como tal, no así el índice global.

DANKSCHEEN
 SPASSIBO SNACHALHUYA HURUH CHALTU YAQHANYELAY TINGKI
 TASHAKKUR ATU YUSPAGARATAM
 GRACIAS SUKSAMA EKHMET
 ARIGATO MERASTANHY MAKE GRAZIE MEHRBANI PALDIES
 SHUKURIA GAEJITHO LAH
 GOZAIMASHITA AGUYJE FAKAUE KOMAPSUMNIDA
 JUSPAXAR BALINKA MEDAWAGSE
 HABIJEJA MAITEKA HUH UNALCHEESH
 MERSI DENKAUJA HENACHALHYA
 MATUR GUR
 EKOJU SIKOMO
 MAKETAJ
 MINMONCHAR
 BIYAN SHUKRIA
 THANK YOU
 BOLZIN MERCI

