Grupos de riesgo de malnutrición: tercera edad

I Jornadas
Alimentación y Salud

Jaén, Febrero 2008

Mj. Martínez-Ramírez
Complejo Hospitalario de Jaén

MalNutrición

El estado de nutrición en el que una deficiencia en energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos

M.Elia

Equilibrio metabólico

Metabolismo
Basal
Actividad
Crecimiento
Enfermedad

Hambre
Sed
Saciedad
Economía
Autonomía

Metabolismo

Desnutrición: Desequilibrio metabólico

Hambre

Sed

Saciedad

Economía

Autonomía

Metabolismo

Basal

Actividad

Crecimiento

Enfermedad

Metabolismo

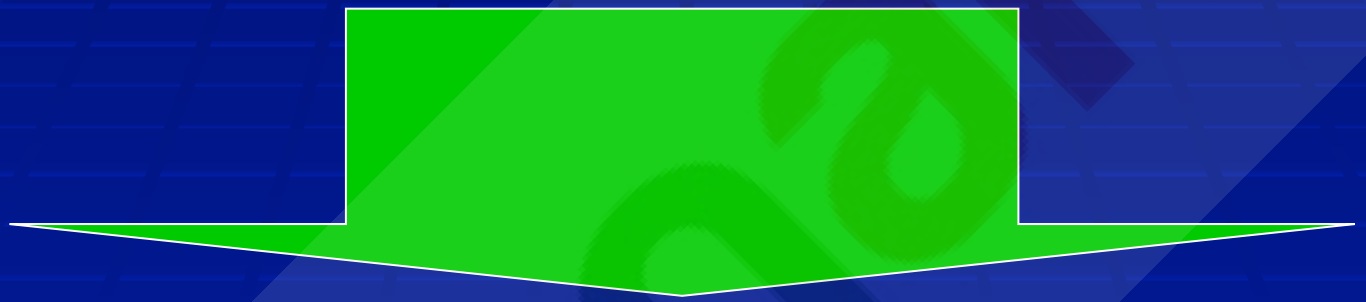
Grupos de riesgo nutricional

- Distintas situaciones fisiológicas:
  - Infancia
  - Embarazo y lactancia
  - Tercera edad
- Situación de enfermedad:
  - Cáncer
  - Enfermedades crónicas
  - Infecciones: VIH
- Asociada a:
  - Institucionalización
  - Hospitalización

Senan

Infancia y adolescencia

Embarazo y Lactancia

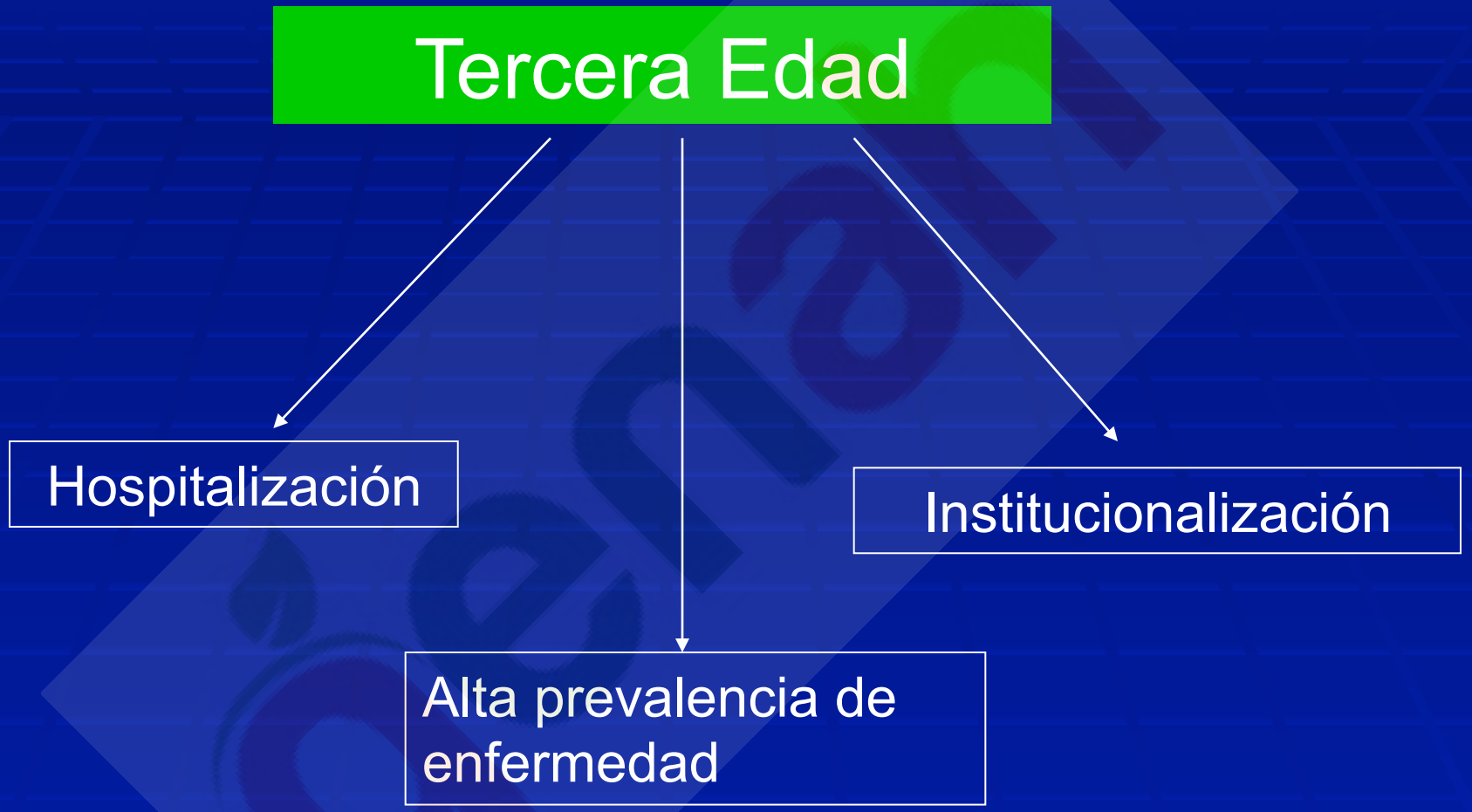


- Aumento de las necesidades:
  - Energía
  - Determinados nutrientes

Tercera Edad

Modificaciones requerimientos

Disminución aportes


Tercera Edad
Hospitalización
Institucionalización
Alta prevalencia de enfermedad

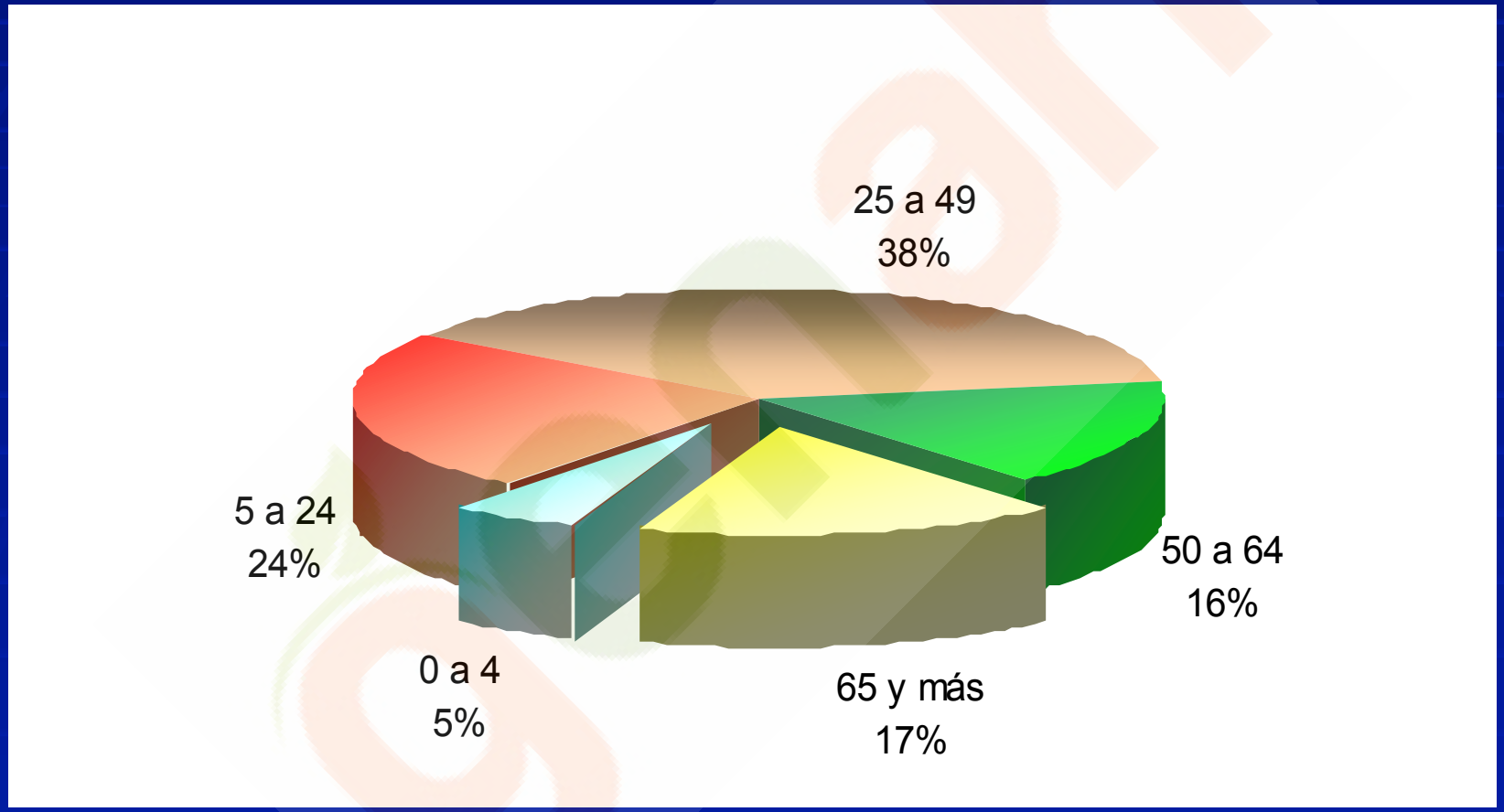
Tercera edad: Aspectos sociodemográficos

- TERCERA EDAD:
  - Grupo poblacional cuya edad es igual o mayor a 65 años.
- Se diferencian varios grupos:
  - Ancianos jóvenes (65-74 años).
  - Ancianos mayores (75-80 años).
  - Ancianos viejos (> 80 años).

Tercera edad: Aspectos sociodemográficos

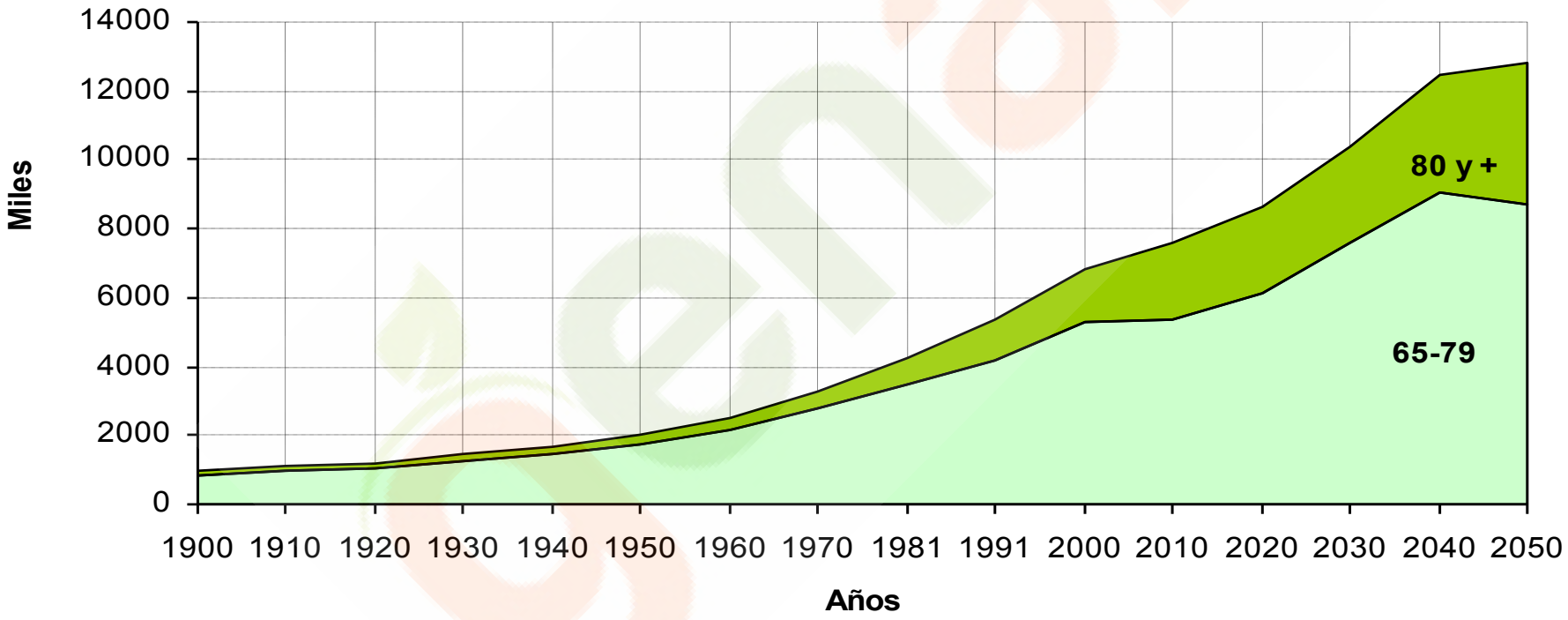
- Sector de población con mayor crecimiento en los últimos 20 años.
- **En España**
  - En1980: 4,3 millones de personas mayores de 64 años.
  - En 2010: 6, 2 millones.

Población española por grupos de edad Proyección Julio 2000



Población proyectada a 1 de Julio de 2000. Fuente INE

Evolución poblacion anciana 1900-2050



Evolución de la esperanza de vida en España

Año	Varones	Mujeres
1900	33,9	37,7
1990	73,4	80,5
1995	74,3	81,6
2010	75,4	83,0
2020	76,0	83,7

¿Qué es el envejecimiento?

¿Puede influir la nutrición en el envejecimiento?

¿Por qué envejecemos?

El envejecimiento, ¿afecta a la nutrición?

Concepto de envejecimiento

- *"Cambios estructurales y funcionales que se producen a lo largo de la vida desde el desarrollo embriogénico hasta la senescencia pasando por la madurez"*
- Proceso complejo que incluye cambios moleculares, celulares, fisiológicos y socio-ambientales

Tipos de envejecimiento

- Envejecimiento con éxito.
- Envejecimiento normal.
- Fragilidad.
- Envejecimiento patológico

Envejecimiento con éxito

- Individuos que mejoran al envejecer.
- Resultante de factores genéticos, psicológicos, ambientales, nivel cultural, financiero.
- Puede ser debido a avances médicos o cambios psicosociales.

Envejecimiento normal

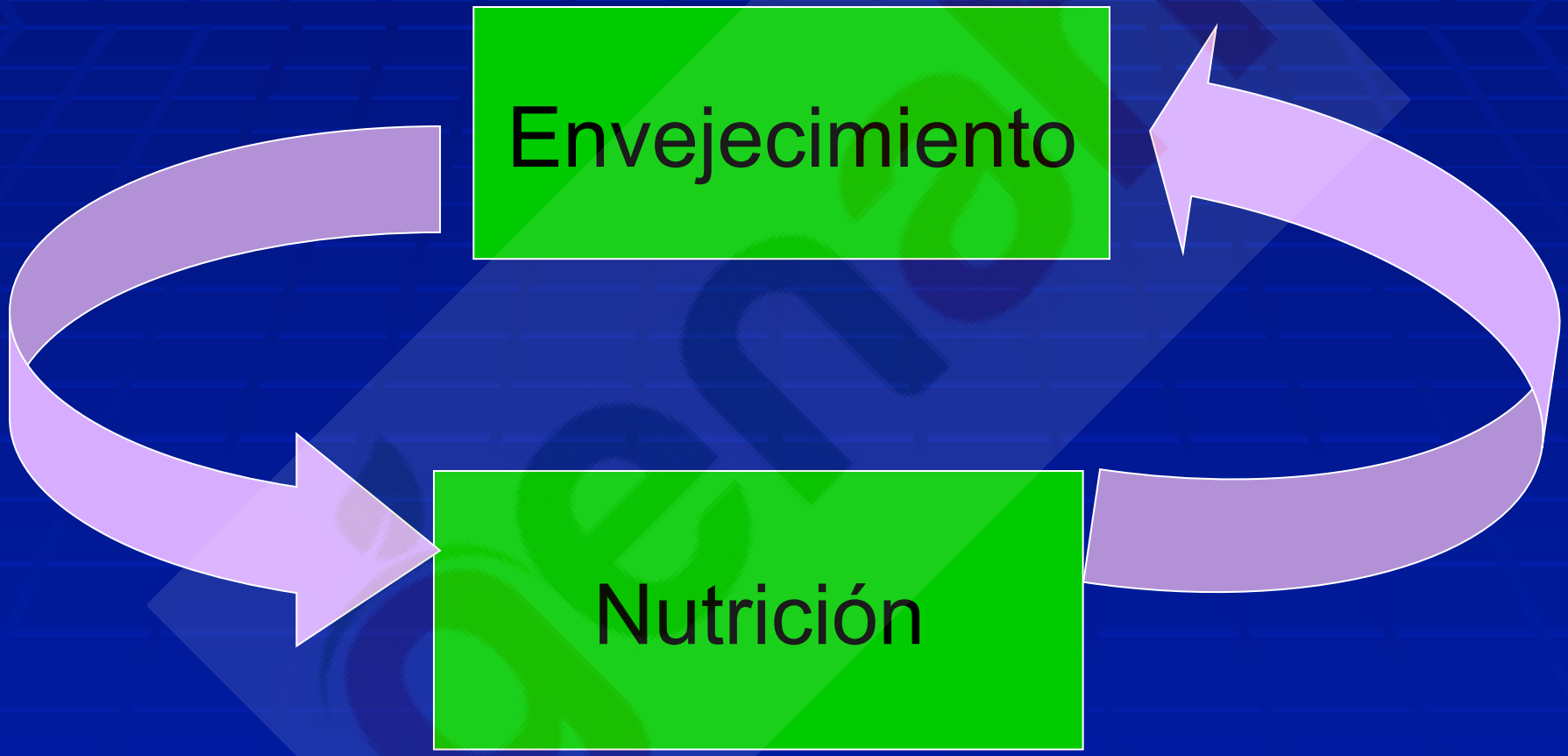
- Resultante del envejecimiento más algunas enfermedades crónicas (artrosis, HTA,…), con limitación para algunas actividades.
- Permite una calidad de vida buena.
- Suficiencia funcional.
- El tratamiento nutricional mejora claramente la calidad de vida.

Fragilidad

- Son los ancianos que presentan déficits importantes: dificultad para desplazarse, para ver, oir...
- Suelen ser individuos muy ancianos (> 85 años).
- Pueden perder rápidamente la autonomía.
- Requieren atención inmediata constante.

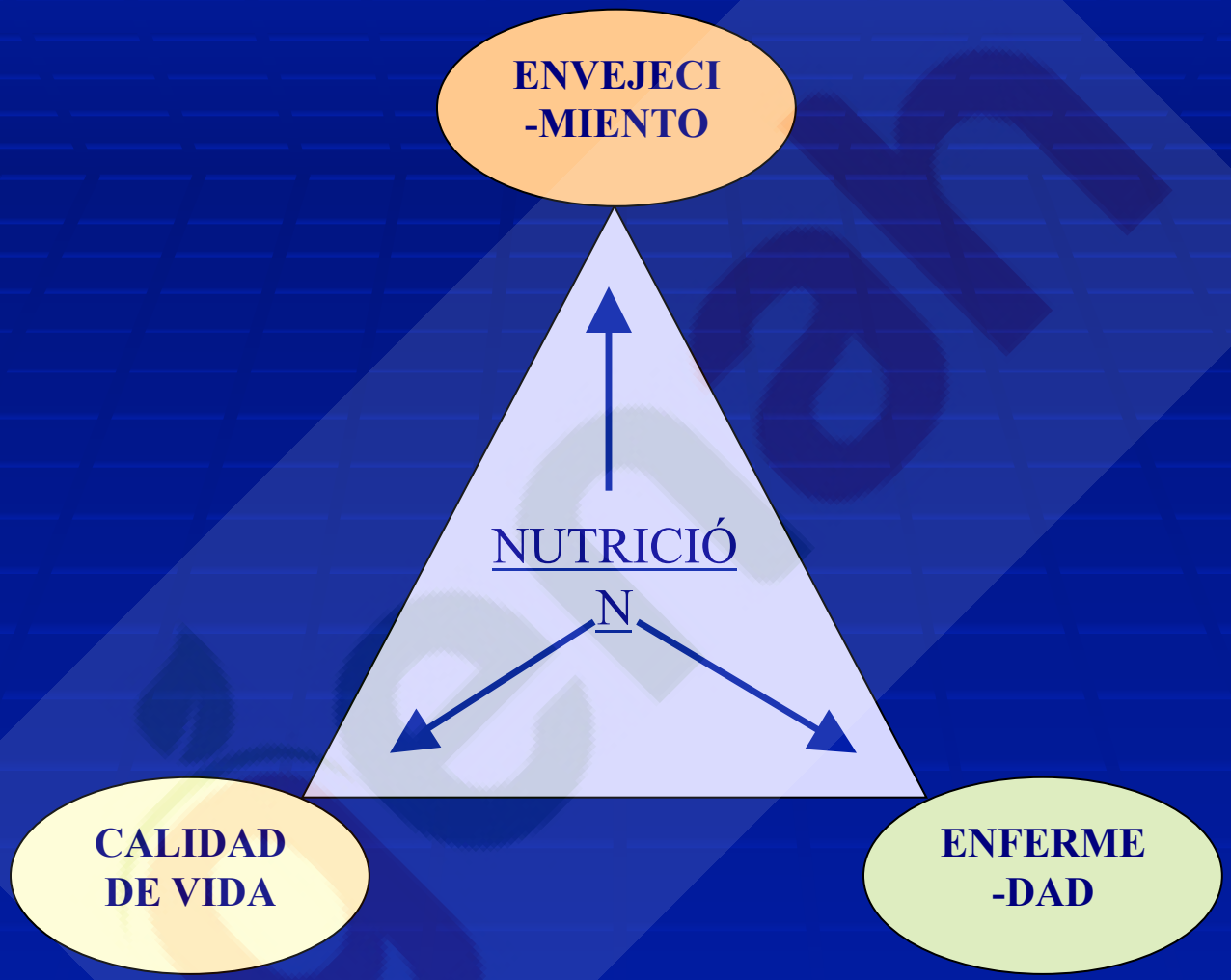
Envejecimiento patológico

- Ancianos gravemente enfermos.
- Necesitan cuidados muy específicos.
- Lo mejor es prevenir y proporcionar el soporte terapeútico y nutricional adecuado.


Envejecimiento
Nutrición

Envejecimiento y nutrición

- NUTRICIÓN
  - Modula el envejecimiento: teoría “Radicales Libres”.
  - Mejora la calidad de vida.
  - Puede prevenir la enfermedad.
- ENVEJECIMIENTO
  - Predisposición a la malnutrición.


ENVEJECI
-MIENTO
NUTRICIÓ
N
CALIDAD
DE VIDA
ENFERME
-DAD

¿Cómo repercute el envejecimiento sobre el estado nutricional?

Repercusiones del envejecimiento sobre el estado nutricional

- Características fisiológicas
- Factores patológicos.
- Factores psicosociales

general

Características fisiológicas (a)

- Cambios en la composición corporal:
  - ↓ masa muscular.
  - ↓ masa ósea.
  - ↓ del agua corporal total.
  - Tendencia a la adiposidad
- ↓ del metabolismo basal y de la actividad física: **menor requerimiento energético.**
- Alteraciones digestivas:
  - Enlentecimiento de la motilidad digestiva.
  - Hipofunción secretora generalizada

Características fisiológicas (b)

- Alteraciones sensoriales: vista, oído, gusto, olfato.
- Alteraciones neurológicas:
  - Déficits motores.
  - Depresión o demencia.
- Alteraciones de la función renal.
- Alteraciones de la inmunidad.

Factores patológicos

- Mayor tendencia a enfermar.
- Discapacidades físicas.
- Medicación concomitante:
  - Disponibilidad de nutrientes.
  - Apetito.
- Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco…

Factores psicosociales

- Recursos económicos limitados
- Soledad y aislamiento
- Depresión
- Malos hábitos alimentarios

Alteraciones nutricionales asociadas al envejecimiento (Truswell 1987)

- Déficit energético global
- Disminución de la ingesta de proteínas
- Déficit de vitamina C, D, ácido fólico, piridoxina, tiamina, y vitamina A
- Déficit de potasio, hierro, magnesio y calcio
- Descenso del calcio
- Disminución de la albúmina

Alteraciones nutricionales asociadas al envejecimiento

- 40% de los ancianos: alteración nutricional (MEP, déficit selectivo de vitaminas u oligoelementos, inadecuado aporte hídrico, obesidad….).
- MEP: 1-15% de la población ambulatoria.
- Sobrepeso/obesidad:
  - NHANES III : 41% de ancianos. (66% <70 a)
  - EURONUP-SENECA: 31%

EURONUP-SENECA (1988-2000)

- 12% ancianos: dieta inadecuada en relación con las RDA.
- 3% IMC bajo, 31% obesidad.
- Déficits vitamínicos selectivos.
- Desnutrición en > 80 años.

Estudio SENECA (1989-2000)
Déficits más prevalentes

(Moreiras et al 2002)

- Vitamina $B_{6.}$
- Proteínas.
- Calcio.
- Zinc.
- Vitamina D.
- Vitaminas antioxidantes (E, C, caroteno)

genaf

Malnutrición

Tercera edad

Prevalencia de malnutrición

- Población general……3 – 5%.
- Hospitalizados……20-60%.
- Institucionalizados……50%

Grupos de riesgo de malnutrición en población anciana no hospitalizada (Moreiras et al 2002)

- **Riesgo I**: ancianos integrados en la comunidad.
- **Riesgo II:** enfermos crónicos integrados en la comunidad.
- **Riesgo III:** ancianos que viven solos y confinados en su domicilio.
- **Riesgo IV:** Ancianos residentes en instituciones.

Causas de malnutrición (Stratton et al 2003)

- I. Ingesta inadecuada de nutrientes
- II. Dificultad para la alimentación normal
- III. Desconocimiento del personal sanitario.

Causas de malnutrición
I. Ingesta inadecuada de nutrientes

- Pobreza, soledad, abandono personal.
- Mala elección de los alimentos.
- Restricción por recomendación dietética.
- Alimentos mal preparados y poco sabrosos.
- Textura inapropiada del alimento.
- Mala densidad nutricional.
- Frecuencia inapropiada de comidas

Causas de malnutrición
II. Dificultad para la alimentación normal

- Anorexia.
- Problemas de la cavidad oral.
- Problemas de deglución.
- Problemas digestivos.
- Dificultad para respirar.
- Fatiga y debilidad muscular.
- Minusvalía física y/o psíquica.

Senan

Causas de malnutrición
III. Desconocimiento del personal sanitario

- Conocimientos nutricionales limitados
- No se contempla la nutrición como parte importante del tratamiento
- No se identifican pacientes de riesgo
- No se suele remitir al servicio de nutrición
- Escasez de médicos expertos en nutrición
- Falta de recomendaciones/ directrices

Atención nutricional del anciano

- Justificación
- Objetivos
- Niveles de actuación

genat

Atención nutricional del anciano Justificación

- ***Población de alto riesgo nutricional.***
- Condicionantes fisiológicos
- Requerimientos nutricionales específicos
- Problemática socioeconómica
- Alta prevalencia de enfermedad

Atención nutricional del anciano
Objetivos

1. **Conseguir un "*envejecimiento con éxito*".**
2. Garantizar una adecuada salud nutricional.
3. Prevención de enfermedades.
4. En el *anciano frágil, enfermo*: adecuado soporte nutricional.

Atención nutricional del anciano
Niveles de actuación

- **Prevención**
- **Diagnóstico precoz**
- **Soporte nutricional**

Prevención

- Precoz: comenzar desde la infancia.
- Educación nutricional.
- Consejo dietético: adecuación a las necesidades.
- Especial atención:
  - Enfermedades de riesgo nutricional
  - Enfermedades crónicas:
    - HTA y riesgo cardiovascular.
    - Obesidad.
    - Osteoporosis.
    - Diabetes

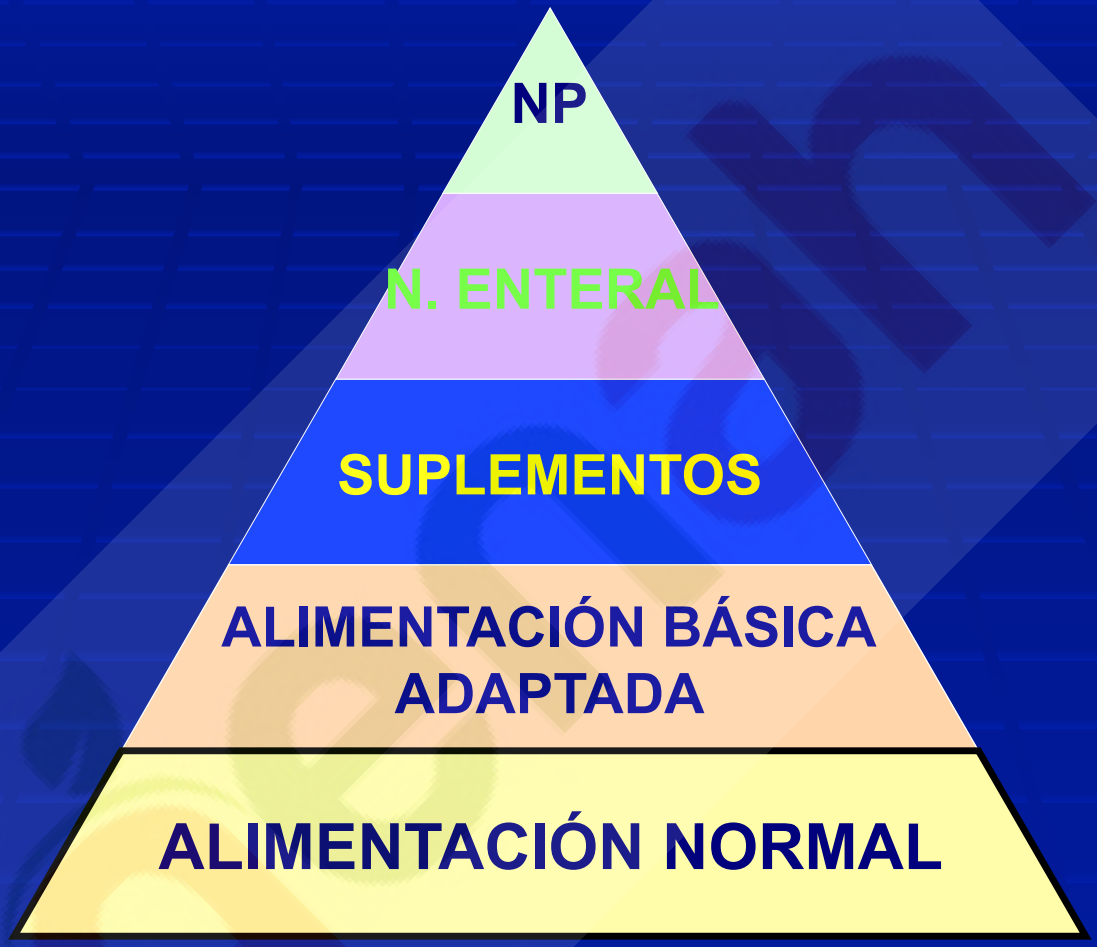
Diagnóstico precoz

- Individual:
  - Valoración subjetiva global
  - Valoración clínica nutricional
- Colectiva: test de escalas rápidas de valoración nutricional:
  - Mini Nutritional Assesment (MNA)
  - Nutrition Screening Initiative (NSI): cuestionario Determine
- Implementación "Proceso de soporte de Nutrición"

Soporte nutricional
¿Cual debe ser la alimentación del anciano?

- Lo más parecida a su alimentación tradicional
- Debe tener en cuenta los antecedentes de enfermedad
- Modificada en función de las necesidades:
  consejo dietético: sencillo, no estricto, buscando platos alternativos
- *"La comida puede ser el último placer que quede en la vida".*
- Variada, apetitosa, nutritiva.

Algoritmo de soporte nutricional
(Adap.Grupo de trabajo SENPE 2004)



Adap. García-Luna et al 2000

Alimentación normal

- Primera opción de soporte nutricional.
- Indicada siempre que no haya patología que la impida.
- Respetar la preparación tradicional.
- Debe cubrir los requerimientos nutricionales.
- Alimentos de alto valor nutritivo.
- Fraccionada en varias tomas.

Alimentación normal

- **Especial atención:**
  - Nivel calórico adecuado.
    - Evitar sobrepeso/obesidad (IMC= 24-29)
  - Suficiente ingesta de proteínas
  - Disminuir la pérdida de masa ósea:
    - calcio, vitamina D, zinc, vitamina C.
  - Suficiente ingesta de líquidos.

Requerimientos nutricionales

- Gran variabilidad interpersonal.
- Las necesidades energéticas disminuyen con la edad (5% menos cada 10 años).
- Adaptadas a la actividad física y el mantenimiento del peso
- En algunos casos aumentan o se mantienen las necesidades de otros nutrientes.
- Aporte de líquidos

Requerimientos nutricionales del anciano

ENERGÍA	30 Kcal/kg de peso corp.
PROTEÍNAS	0,8 -1,25 g/kg/día
GLÚCIDOS	55-60%
LÍPIDOS	30%
COLESTEROL	250 mg/día
FIBRA	25 g/día
LÍQUIDOS	30 ml/kg/día

Minerales de especial atención en ancianos. Ingestas recomendadas (Grupo de trabajo de la SEN 2003)

- Calcio: 1000 mg/día.
- Zinc: 10 (H) – 7 (M) mg/día
- Hierro: 10 mg/día
- Selenio: 55 µg/día.

Vitaminas de especial atención en ancianos. ingestas recomendadas (Grupo de trabajo de la SEN 2003)

- Folato……400 µg/día
- Vitamina B12…...3 µg/día
- Vitamina B6…….1,4 (H)- 1,2(M) µg/día
- Vitamina C……100 mg/día
- Vitamina A…1000 mcg (H)-800 mcg(M)/día
- Vitamina D….10-15 mcg/día
- Vitamina E…..12-15 mg/día

DIETA EQUILIBRADA

Pirámide de alimentos > 70 años

Russell
J Nutr 1999

La hospitalización como riesgo de malnutrición

MJ. Martínez. Complejo Hospitalario de Jaén

Prevalencia de desnutrición hospitalaria

Autor	Año	Nº Casos	Enf.	Observ.	% Desnutr
Prieto	1993	102	Quirúrgica	Ingreso	30
Serrano	1993	100	Médica	> 2 sem.	46
Larson	1994	199	Quirúrgica	Quirúrgica	35
Whirter	1994	500	Med/quir	Antropo.	44,6/27,5
Ulibarri	2002	6252	Méd/Quir	Analítica	42*

* Solo se consideraron malnutriciones moderadas y graves

La hospitalización como riesgo de malnutrición

- Resolución del Consejo de Europa: ResAP(2003)3:
  - Valoración y tratamiento nutricional hospitales
  - Personal de atención nutricional
  - Prácticas del servicio de alimentación
  - Menús hospitalarios

¿Qué se ha hecho en Andalucía?

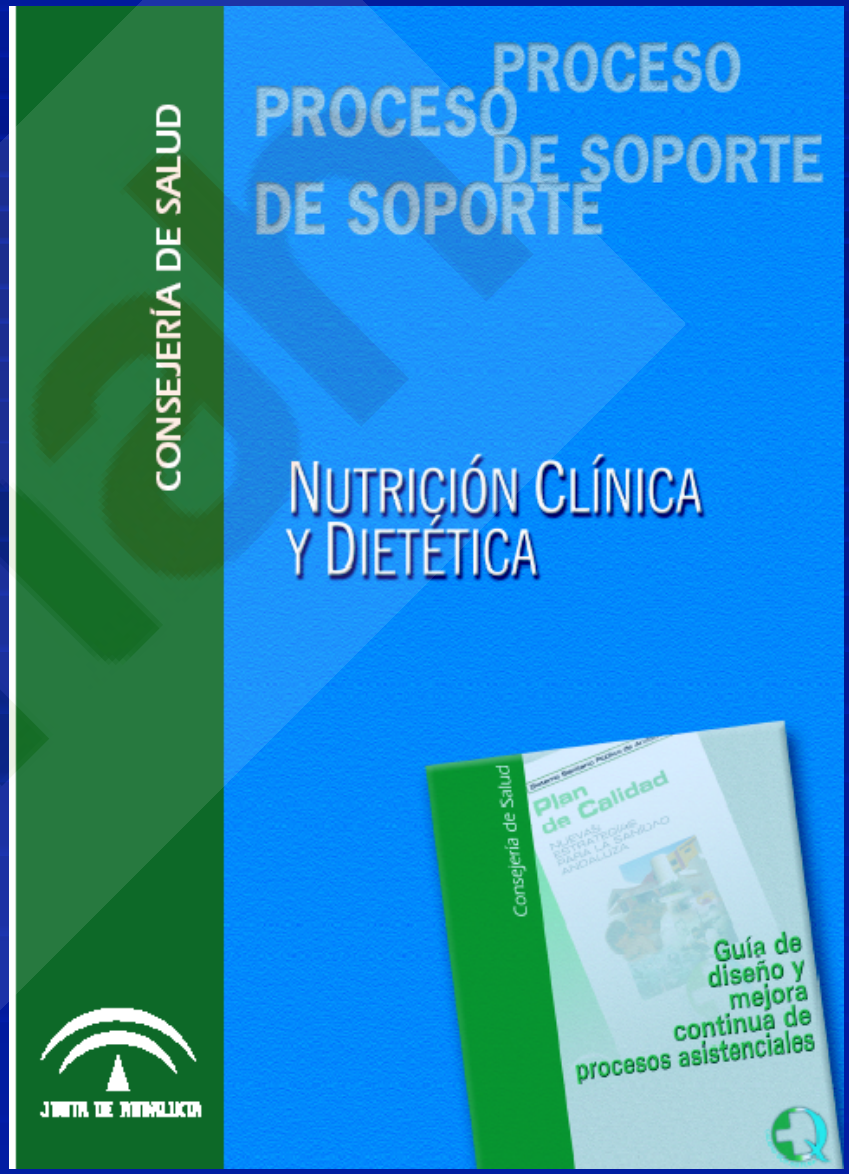
- PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA del SAS 1988
  - Creación de las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética[1]
  - Modernización de las cocinas y adecuación de los locales a la normativa higiénico-sanitaria vigente.
  - Desarrollo de un organigrama de mandos intermedios en el servicio de alimentación (creando categorías importantes, como la de jefe de cocina)
  - Formación teórica y práctica en nutrición y dietética, de los profesionales de la salud.
- GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES[2]
  - Enfoque centrado en el paciente
  - Implicación de los profesionales
  - Sustento en la mejor práctica clínica
  - Desarrollo de un sistema de información integrado
  - La continuidad de la atención, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada.

[1]BOJA, núm.30 de 10 abril de 1990. BOJA, núm. 39 de 15 de Mayo de 1990. BOJA, núm. 59 de 17 de Julio de 1990

[2]Consejería de salud. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales. : Consejeria de Salud; 2001.

PROCESO DE SOPORTE[1] NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

JUANA MARÍA RABAT RESTREPO
COORDINADORA



[1]**Los procesos de soporte o apoyo** de los procesos clínico-asistenciales se constituyen con una estructura similar al resto de los procesos y su objetivo será dotar de recursos a los procesos asistenciales. Por tanto, se comportan como **proveedores de los otros procesos.**

Conclusiones

- Los ancianos son una población de riesgo nutricional.
- Fundamental: diagnóstico precoz: valoración nutricional.
- Implementación del Proceso de soporte "Nutrición Clínica y Dietética"
- Optimización de la dieta oral:
  - Optimización de la dieta
  - Suplementos orales
- Cuando la vía oral no es posible: Nutrición Enteral o Parenteral

Muchas Gracias!!