



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Índice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores
Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UN HOGAR DE ANCIANOS

Tania Marisol Suárez, Federico Lucas Di Stéfano, María Laura Rossi, Marcela Leal,
Mariñansky Cynthia¹, Javier Herrera, Magister Lic. Ivana Lavanda, Carla Carrazana.

Licenciatura en Nutrición y ¹Escuela de Ciencias del Envejecimiento.
Universidad Maimónides. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Buenos Aires. Argentina.

[tania Suarez90 @ gmail.com](mailto:tania Suarez90@gmail.com)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2015;1:9-15

Comentario del revisor Dr. José Jauregui. Médico Geriatra Presidente de la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología. 2015 (Argentina).

Comentario del revisor Dr. Hugo Schifis Médico Geriatra. Director del Curso Superior de Geriatria y Gerontología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La prevalencia de desnutrición en pacientes ancianos institucionalizados varía entre el 30-60%.

Objetivo: Conocer el estado nutricional y determinar factores en relación al riesgo de malnutrición según sexo.

Metodología: Diseño cuantitativo transversal descriptivo correlacional. Se evaluaron 100 adultos mayores entre septiembre y octubre del 2013 en una residencia geriátrica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Por historia clínica se valoró: tiempo de permanencia, utilización de fármacos, patologías presentes. Se valoró el riesgo de malnutrición por Mini Nutritional Assessment, pérdida involuntaria de peso, comidas realizadas diarias, ingesta de alimentos fuente de proteína, de verduras y frutas y consumo de líquido. Para la valoración antropométrica se utilizó el índice de masa corporal con punto de corte según Bray.

Resultados: 58% de los sujetos presentaron riesgo nutricional y 14% malnutrición siendo más prevalente en las mujeres (61,3%). Por edad, los ancianos y longevos mostraron mayor malnutrición y riesgo (88%) que los de edad avanzada. 61,1% del grupo de riesgo tuvo una ingesta inadecuada en comparación con el grupo Estado Nutricional normal (32,1%). La patología más frecuente fue la hipertensión (54%) seguida de síndrome de inestabilidad (34%). El consumo regular promedio de medicamentos por persona fue 6,97±3,31. A partir de 8 medicamentos se observó asociación significativa con el riesgo de malnutrición.

Conclusión: La evaluación nutricional es un componente clave en la valoración geriátrica. Según los resultados obtenidos, se sugiere la integración del Mini Nutritional Assessment en los programas de valoración geriátrica.

PALABRAS CLAVE: Malnutrición. Mini Nutritional Assessment. Adultos institucionalizados.

SUMMARY: ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY PEOPLE WHO LIVE IN A NURSERY HOME

The prevalence of malnutrition in nursery homes has been observed to vary between 30 and 60%.

Objective: To determinate by sex nutritional status and risk factors related to malnutrition.

Methodology: Quantitative cross-sectional descriptive correlational study. Over all 100 elderly people has been evaluated between the months of September and October of 2013 in a geriatric residence in Buenos Aires, Argentina. The sojourn in the nursery home, drugs intakes and pathology has been evaluated by medical record. The malnutrition risk, the involuntary loos of weight, the dairy meals intakes, the protein intakes, the vegetables and fruits intakes and the water intake has been evaluated using the Mini Nutritional Assessment. It has been used Bray's body mass index for anthropometry assessment.

Results: Nutritional risk was identified in 58% of subjects and 14% with malnutrition being women who present the highest prevalence (61,3%). In relation to age, the elderly and long-lived showed the highest prevalence of malnutrition and nutritional risk (88%) when they were compared with advanced age people. The unsuitable intake was identified in 61,1% of the risk group, while in the group of Normal Nutritional Status was 32,1%. The most frequently pathology was the hypertension (54%), followed by instability syndrome (34%). Per person, the average drugs intakes was $6,97 \pm 3,31$. It was observed a significant association with malnutrition risk since 8 drugs intake.

Conclusion: The nutritional evaluation it's an essential component for nursery home assessment. According to the results, we suggest the integration of the Mini Nutritional Assessment in geriatrics evaluation program.

KEY WORDS: Malnutrition. Mini Nutritional Assessment. Elderly people.

INTRODUCCIÓN

Entre los adultos mayores, cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre su situación funcional y su calidad de vida¹. Este grupo poblacional es más susceptible que el de los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales, debido a una combinación de factores. Entre los que se encuentran no solamente los cambios fisiológicos que modifican sus requerimientos nutricionales y la utilización de los alimentos por el organismo, sino también a la coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales, el aislamiento social, los cambios culturales y la situación de indefensión económica en la que muchos de ellos desarrollan su vida².

La evaluación del estado nutricional puede realizarse desde una perspectiva global, o discriminando los distintos compartimentos corporales³. Es así que a lo largo de la historia, se han planteado diferentes métodos para su evaluación, no existiendo en el presente consenso absoluto. Tanto en la comunidad como en las residencias de adultos mayores se han utilizado varios cuestionarios y escalas, de los cuales los más conocidos son el Determine, Mini Nutritional Assessment (MNA), Valoración Global Subjetiva y SCALES⁴.

La escala MNA ha sido específicamente desarrollada para evaluar el riesgo de malnutrición en el anciano frágil, favoreciendo el desarrollo de intervenciones rápidas que beneficien el estado nutricional y que reduzcan las consecuencias de un mal aporte calórico-proteico⁵. Su importancia como herramienta para el desarrollo de estrategias en un marco de prevención primaria, resulta adecuada para la investigación a efectuar.

La prevalencia de desnutrición en ancianos varía dependiendo de los estudios, debido a que no existen criterios estándares para su diagnóstico. Se calcula que se sitúa entre un 3 y un 7% en caso de ancianos que viven en la comunidad; si hablamos de población institucionalizada ese porcentaje asciende hasta un 30-60%. La institucionalización⁶⁻⁷ se considera un factor de riesgo de desnutrición encontrando mayores porcentajes en esta población. Algunos autores destacan como posibles factores que podrían influir sobre esta situación, una dieta monótona y poco atractiva en estas instituciones así como una falta de personal para cuidar y ayudar en el momento de la comida⁸. También el nivel de dependencia y el estado de salud de estos ancianos puede contribuir en el aumento de la prevalencia de desnutrición⁹ así como la falta de apetito y la pérdida de capacidad gustativa lo que conduce a un desinterés del anciano por la comida¹⁰.

OBJETIVOS

El objetivo general es conocer el estado nutricional y determinar factores que pueden estar relacionados con el riesgo de malnutrición. En cuanto a sus objetivos específicos son:

- Valorar el riesgo de malnutrición a través del cribado Mini Nutritional Assessment (MNA).
- Determinar la cantidad de fármacos y su acción.
- Especificar si las patologías, el sexo, la edad y el tipo de demencia se relaciona con el riesgo de malnutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó en una residencia geriátrica, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; durante los meses de septiembre y octubre del 2013.

Diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional no experimental, transversal. Del total de la población (340 pacientes) se recolectó una muestra no probabilística por voluntarios de 100 individuos que corresponde al 29,41% de la población institucionalizada.

Criterios de inclusión: Mayores de 65 años de edad, ser residente por más de 3 meses, acceder voluntariamente a la participación del estudio y realizar la encuesta y aceptar a ser medidos antropométricamente. De la población, se excluyeron a los adultos mayores que no estuvieron presentes los días que se realizaron las mediciones y aquellos que se encontraban con demencia en un estadio moderado o severo y cuyo cuidador/ enfermera no estaba presente al momento de realizar el cuestionario.

Se utilizó como fuente de recolección de información MNA y el historial médico de los pacientes. Las variables seleccionadas fueron:

- Sexo: Masculino o Femenino
- Edad (categorizada por grupos según Organización Mundial de la Salud¹¹): Edad Avanzada (65 a 74 años), Ancianos (75 a 89

años) y Longevos (90 años o más).

- Tiempo de permanencia en el hogar: de 3 a 6 meses, de 7 a 11 meses y de 12 meses o más.

A partir del historial médico se obtuvieron estas variables:

- Utilización de fármacos.
- Padecer estrés o enfermedad aguda en los últimos 3 meses.
- Problemas neuropsicológicos

Se utilizó la clasificación MNA para las siguientes variables

- Riesgo de padecer malnutrición.
- Presencia o Ausencia de patologías.
- Pérdida involuntaria de peso.
- Disminución de ingesta.
- Comidas realizadas en el día.
- Ingesta de alimentos fuente de proteína, de verduras y frutas y consumo de líquido.
- Asistencia para alimentarse.
- Percepción personal del estado nutricional.
- Percepción de estado de salud en comparación a otro pacientes.
- Movilidad.
- Vivir de forma independiente.
- Presencia ausencia de úlceras o lesiones cutáneas.
- Parámetros antropométricos (por medición directa según técnicas estandarizadas¹²). Peso obtenido mediante balanza mecánica (CAM con escala 0 a 150 Kg y precisión de 100g); talla obtenida mediante altímetro incorporado en balanza; Circunferencia braquial y circunferencia de pantorrilla obtenidas mediante cinta métrica.
- IMC propuesto por MNA.
- Diagnostico nutricional según IMC con clasificación propuesta por Bray¹⁵.

Utilización de estadística descriptiva y asociación estadística mediante Odds Ratio (OR) y el correspondiente Intervalo de Confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

De los 100 pacientes estudiados, 75 eran mujeres y 25 eran hombres. La edad media de la población evaluada fue de 83,8 años (DS 7,34) y un rango de 65-101 años. El 12% de la población poseía una Edad avanzada y un 73% se clasificó como Anciano.

Respecto MNA el resultado medio fue de 20,7 puntos (DS 3,41). Un 14% de la población valorada presentaba malnutrición declarada y un 58% se encontraba en riesgo de padecerla, siendo más prevalente en las mujeres (61,3%). El 4% de los adultos mayores presentó desnutrición según el IMC referido en el MNA, el 82% se encontraba por arriba de un IMC mayor o igual a 23. Mientras que según el IMC de Bray un 33% estaba desnutridos y un 40% con sobrepeso. En lo referente a la variable Ingesta Adecuada de proteínas la probabilidad fue tres veces mayor de encontrar una ingesta inadecuada (61,1%) en el grupo de "Riesgo de Malnutrición" en comparación al grupo con Estado Nutricional Normal (32,1%), resultando así una relación estadísticamente significativa (OR=3,32; IC95%; LI=1,32; LS=8,36; p-valor=0,010) (Tabla 1).

Un bajo consumo de líquidos por día (76%) y un índice de masa corporal inferior o igual a 24 kg/m² (33%) fueron las variables que se observaron con mayor frecuencia en la población evaluada.

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad de los adultos mayores y el riesgo de malnutrición (OR=5,0; IC95%; LI=1,11; LS=22,57; p-valor=0,036). Con mayor proporción de riesgo a partir de los 72 años. Al discriminar según sexo, a partir de 78 años se observó una asociación significativa con el riesgo de malnutrición en el sexo masculino (OR= 9,75; IC95%; LI=1,38; LS=68,78, p-valor= 0,022), no así en el grupo femenino.

Respecto de las comorbilidades crónicas, las más frecuentes fueron: hipertensión (54%), caídas (34%), demencia leve (30%), depresión (25%), demencia moderada (23%) y diabetes (22%). Teniendo en cuenta el sexo y la edad no se encontró relación estadísticamente significativa con la cantidad de patologías presentes y el riesgo de malnutrición.

El 56 % de los ancianos sufría de demencia, ya sea leve, moderada o severa. De esa población en particular, el 41,07% (n= 23) como moderado y tan solo el 5,36% (n= 3) como severo. Habiéndose visto una mayor proporción en la población masculina (n=25) con un valor porcentual del 68%, compuesto por: un 36% demencia leve, un 28% demencia moderada y un 4% severa. En lo que respecta a la población femenina (n=75) se observó un 52% con algún grado de demencia (28% de demencia leve, 21,33% moderado y 2,67% severa).

El número medio de medicamentos prescritos por persona para uso regular fue 6,97 (DE =3,31; rango= 0-16). En el geriátrico los 5 fármacos más utilizados fueron: Ácido acetilsalicílico en un 42%, Omeprazol un 39%, Paracetamol 35%, Atorvastatina 29% y Enalapril en un 24%. Se pudo observar una asociación significativa entre la cantidad de fármacos y el riesgo de malnutrición a partir de 8 (OR= 3,6; IC=95%; LI=1,13; LS=11,5; p-valor= 0,031). Por sexo, en hombres no arrojó una asociación significativa. A diferencia del grupo de mujeres donde hubo una asociación significativa en 8 fármacos (OR= 10,7; IC=95%; LI=1,33; LS=86,06; p- valor= 0,026).

Por edad, en la categoría ancianos (75 y 90 años), se observó entre 7 (OR= 5,2; IC=95%; LI=1,35; LS=19,95; valor de p= 0,017) y 8 fármacos (OR= 3,8; IC=95%; LI=1,00; LS=14,92; valor de p= 0,049). En las categorías de edad avanzada (menor o igual a 74 años) y longevos (mayor a 90 años), no se encontró una asociación significativa.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre datos bioquímicos y riesgo de malnutrición.

Dimensión	Variable 1	Variable 2	OR	LI	LS	p-valor	Conclusión
Valoración Global	Riesgo de mal nutrición	Movilidad	4,35	1,49	12,71	0,007	Significativo
		Enfermedad aguda en los últimos 3 meses	18,2	4,01	82,6	0,0001	Significativo
		Problemas neuropsicológicos	1,89	0,63	5,64	0,25	No significativo
		Lesiones cutáneas	2,81	0,87	9,06	0,082	No significativo
Valoración Dietética	Riesgo de mal nutrición	Consumo de fármacos	2,23	0,55	9,01	0,25	No significativo
		Pérdida de apetito	25,54	3,29	198,15	0,002	Significativo
		Comida completas al día	4,8	1,51	15,25	0,008	Significativo
		Ingesta de fuentes de proteínas	3,32	1,32	8,36	0,010	Significativo
		Consumo de fruta o verduras	3,89	1,33	11,38	0,013	Significativo
		Forma de alimentarse	2,98	0,80	11,04	0,10	No significativo
		Consumo de liquido	1,8	0,67	4,77	0,23	No significativo
Valoración Subjetiva	Riesgo de mal nutrición	Autopercepción nutricional	11	2,43	49,85	0,002	Significativo
		Autopercepción de salud	5,35	1,16	24,61	0,031	Significativo
Valoración Antropométrica	Riesgo de mal nutrición	Pérdida de peso	2,93	1,06	8,1	0,038	Significativo
		Circunferencia braquial	9,68	1,23	76,22	0,031	Significativo
		Circunferencia de pantorrilla	9	1,14	71,04	0,037	Significativo
		Índice de Masa Corporal	0,16	0,02	1,35	1,9	No significativo

Tabla 1: Resumen de asociaciones estadísticamente significativas. Fuente: elaboración propia en base a datos recolectados

DISCUSIÓN

El perfil del adulto mayor institucionalizado en una residencia geriátrica se caracteriza por tener una edad superior a 80 años¹⁶, como se ha constatado en el presente estudio al igual que en diversos trabajos con población institucionalizada¹⁷. No se han hallado diferencias de edad en función del género, al igual que en otros trabajos¹⁸⁻¹⁹, si bien en otros estudios se observó que las mujeres eran mayores²⁰⁻²¹.

A medida que avanza la edad, las personas mayores tienen mayor riesgo de estar malnutridas o de encontrarse en riesgo⁹. Margetts y col (2003) observaron que la prevalencia de riesgo, en pacientes institucionalizados, aumentaba en aquellos de mayor edad (85 años o más)²², también observado en el presente estudio.

La prevalencia de Malnutrición en el conjunto de la población fue del 14% y el Riesgo de Malnutrición fue del 58%. Estas cifras son similares a otros estudios cuyos resultados oscilan entre el 30 y el 31,5% de la población en Estado Nutricional Normal. A su vez los pacientes que se encuentran en Riesgo de Malnutrición están entre el 68,5 y el 70%²³⁻²⁴.

En referencia a patologías, el presente estudio proporciona evidencia de que la enfermedad crónica más frecuente observada en los ancianos del geriátrico fue la hipertensión arterial con un 54%. Este resultado es similar al de una investigación realizada en una población mayor de Cataluña que registró una prevalencia del 56,8%²⁵. Otros trabajos realizados, especialmente en Cuba, también registraron a la hipertensión como la enfermedad crónica más frecuente, con prevalencias más bajas, que oscilaron entre 38% y 49%²⁶⁻²⁸.

La segunda enfermedad más frecuente encontrada fue el síndrome de inestabilidad con un 34% siendo valores más alto en una publicación con un 42%²⁹. La caída puede conllevar a fracturas de cadera y esta última, deterioro funcional³⁰ y depresión³¹.

La Demencia fue la tercera patología que prevaleció, al igual que diversas publicaciones cuyos resultados oscilan entre el 27,8 y 68%³²⁻³³.

Si bien no se han encontrado trabajos que se hayan centrado específicamente en los estadios más avanzados de esta enfermedad,

diversos estudios descriptivos han referido que el estado nutricional determinado por la escala MNA es peor en los sujetos que presentan mayor deterioro funcional y cognitivo³⁴⁻³⁵.

La diferencia observada entre estos trabajos y los resultados del presente estudio, podría explicarse debido a que la institución donde se llevó a cabo la investigación cuenta con una unidad de cuidados especiales destinada a quienes requieran un seguimiento médico más intensivo a causa de dicha patología. A su vez otros trabajos que han estudiado la prevalencia de malnutrición en pacientes con demencia no han encontrado diferencias significativas en el IMC, en la puntuación y clasificación obtenida con MNA en función del tipo de demencia³⁶⁻³⁷ al igual que en los resultados planteados en este estudio.

En otro trabajo realizado se puede observar una semejanza en los fármacos más consumidos y en la media de ingesta (6,1;DE 2,1)³⁸. A su vez se observa una asociación significativa según género y edad. A diferencia del estudio realizado en España, donde no observa diferencia según consumo de fármacos y sexo. Pero coincide que en la población de edades intermedias (de 75 a 89 años) se ve una asociación significativa en el consumo de fármacos³⁹.

En cuanto a los resultados bioquímicos, en numerosos estudios se ha podido observar que la baja concentración de albúmina sérica es un importante marcador de malnutrición⁴⁰⁻⁴².

Diversos autores utilizan dichos parámetros como indicador nutricional a pesar que algunas condiciones inflamatorias agudas y crónicas, enfermedades crónicas hepáticas y renales, el cáncer y la cirugía están asociadas también a una baja cero albúmina³⁹⁻⁴³. La frecuente coexistencia de estas condiciones médicas reduce la especificidad de la hipoalbuminemia para valorar la malnutrición⁴⁴.

El presente trabajo resultar motivador para otras instituciones y deja abierta la puerta para nuevos estudios que decidan conocer el estado nutricional y otros factores que pueden estar relacionados con la presencia de riesgo de mal nutrición de sus adultos mayores a través MNA.

En conclusión, partiendo del concepto que la evaluación nutricional es un componente clave en la valoración geriátrica extensa y en vista de los resultados de este estudio, se sugiere al igual que otros autores la necesidad de integración MNA en los programas de valoración geriátrica en la población mayor.

REFERENCIAS

1. Crosetto M, Acosta RS, Asaduroglu A, Henain Y, Picech V, Ojeda S. 2001. Estado nutricional de Adultos Mayores beneficiarios de un Programa Social con Componente Alimentario, implementado en la Ciudad de Córdoba, Año 2000. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas; 58 (1): 29-48.
2. Acosta RS Y, Balmaceda L, Acosta, Sarracini F. 2005. Patrones alimentarios y estado nutricional de adultos mayores que asisten a los Hogares de Día de la Municipalidad de Córdoba. Año 2004. Producción Científica 2005. Publicación Escuela de Nutrición. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
3. Zepeda, M.A; Irigoyen Camacho, M.E; Velázquez Alva, M.C. 2002. Métodos y Técnicas de Medición de la Composición Corporal y su uso en Individuos de la Tercera Edad. Nutrición Clínica; 5(2):88-97.
4. García Peris P, Cuerda Compes C, Cambor Álvarez M, Bretón Lesmes I. Valoración nutricional en el anciano: aspectos prácticos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35 (S4): 2-8.
5. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontology 1994; (Suppl 2): 15-59.
6. Serra J, Salva A. Cribado de la desnutrición en personas mayores. Med Clinic 2001; 116: 35-9.
7. García-Lorda P, Foz M, Salas J. Estado nutricional de la población anciana de Cataluña. Med Clínica 2002; 118 (18): 707-15.
8. Mathias P, Herbert L. Nutrition in the elderly. Best Pract Res Clinical Gastroenterology 2001; 15 (6): 869-84.
9. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin Geriatr Med 2002; 18:737-757.
10. Hernández Mijares A, Royo Taberner R, Martínez Triguero ML, Graña Fandos J, López Morales Suárez-Varela MM. Prevalencia de la malnutrición entre ancianos institucionalizados en la Comunidad Valenciana. Med Clínica 2001; 117 (8): 289-94.
11. Espinosa D. Centro de Recreación para Adultos Mayores. [tesis Licenciatura Arquitectura]. Puebla, México: Universidad de las Américas Puebla, Facultad de Arquitectura; 2004. [En línea]. Disponible en URL: Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
12. Scharz IJ, Massaki K, Yano K, Chen R, Rodriguez BL, Curb JD. Cholesterol and all-cause mortality in elderly people from the Honolulu Heart Program: a cohort study. Lancet 2001; 358: 351-5.
13. Robles Gris J. Nutrición en el paciente críticamente enfermo. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. Barcelona 1996.

14. Estándares Internacionales para la Evaluación Antropométrica. Michael Marfell-Jones, Arthur Stewart and JE Lindsay Carter; 2008
15. Bray GA, And Gray DS: Obesity. Part 1: Pathogenesis. *West J Med.* 1998; 149:431.
16. Reuss Fernandez JM. Atención nutricional en residencias geriátricas. En: Gómez Candela C, Reuss Fernandez JM. Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Barcelona, Novartis Consumer Health S.A. 2004;p.285-293.
17. Salvá A, Bolyvar I, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el "Mini Nutritional Assessment" (MNA). *Rev Gerontol.* 1996;3:319-328.
18. Kaplan RJ, Greenwood CE, Winocour G, Wolever TMS. Dietary protein, carbohydrate and fat enhance memory performance in the healthy elderly. *Am J Clin Nutr* 2001; 74:687-693.
19. Lam PK, Kritz Silverstein D, Barret Connor E, Milne D, Nielsen F, Gamst A, Morton D, Wingard D. Plasma trace elements and cognitive function in older men and women: the Rancho Bernardo Study. *J Nutr Health Aging.* 2008.; 12(1):22-27.
20. Cherubini A, Martín A, Andres-Lacueva C, Di Iorio A, Lamponi M, Mecocci P, Bartali B, Corsi A, Senin U, Ferrucci L. Vitamin E levels, cognitive impairment and dementia in older persons: the In CHIANTI study. *Neurobiology Aging.* 2005; 26:987-994.
21. Dahl AK, Löpönen M, Isoaho R, Berg S, Kivela SL. Overweight and obesity in old age are not associated with greater dementia risk. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 2261-2266.
22. Margetts BM, Thompson RL, Elia M, Jackson AA. Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(1): 69-74.
23. Lantigua M, Porbén S. La Mini Encuesta Nutricional del Anciano en la Práctica de un servicio Hospitalario de Geriatría: Introducción, validación y características operacionales. *Nutr Hosp.* 2007; 57(3):255-265.
24. Camina Martín MA, Barrera Ortega S, Domínguez Rodríguez L, Couceiro Muiño C, de Mateo Silleras B, Redondo del Río MP. Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. *Nutr. Hosp.* 2012; 27(2):434-440.
25. Giménez P. Evaluación del Estado Nutricional de la Población Mayor de Diferentes Niveles Asistenciales. Utilidad Clínica de la Escala "Mini Nutritional Assessment" (MNA) [tesis doctoral]. Cataluña: Departamento de Medicina, Universidad de Lleida; 2007.
26. Arjona MC, Criado VJ, Sánchez SL. Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años. *Medicina general.* 2002; 47:684-695.
27. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex* 2007; 49 supl 4:S459-S466.
28. Macías O, Ruiz-Balbuena F. Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. 2010. *BIOFARBO*, 18(2):71 - 78.
29. Markides KS, Stroup-Benham CA, Goodwin JS, Perkowski LC, Lichtenstein M, Ray LA. The effect of medical conditions on the functional limitations of Mexican American elderly. *Ann Epidemiol* 1996; 6: 386-391.
30. Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Wood RC, Baynes NS et al. Prevalence, incidence, and risk factors associated with hip fractures in community-dwelling older Mexican Americans: results of the Hispanic EPESE Study. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1252-1260.
31. Gómez Ramos MJ, González Valverde FM, Sánchez Álvarez C. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. *Nutr. Hosp.* 2005; 20(4):286-292.
32. Serrano-Urrea R. Estado Nutricional de los Ancianos Institucionalizados en Residencias de Mayores de la Provincia de Albacete [tesis doctoral]. España. Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Castilla-La Mancha; 2013.
33. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H, Pitkala KH. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59:578-583.
34. Wojszel ZB. Determinants of nutritional status of older people in longterm care settings on the example of the nursing home in Białystok. *Adv Med Sci* 2006; 51:168-173.
35. Magri F, Borza A, del Vecchio S, Chytiris S, Cuzzoni G, Busconi L, Rebesco A, Ferrari E. Nutritional assessment of demented patients: a descriptive study. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15 (2): 148-53.

36. Faxén-Irving G, Basun H, Cederholm T. Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders. *Age and Ageing* 2005; 34: 136-41.
37. Marzi MM, Diruscio AV, Núñez HM, Pires SM, Quaglia BN. Análisis de la prescripción de medicamentos en una comunidad geriátrica Argentina. *Rev Med Chile* 2013; 141: 194-201.
38. Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Palacios Díaz A, Gabarre Orús P, Pérez del Molino Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos: Resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:209-219.
39. Starker PM, Gump FE, Askanazi J, Elwyn DH, Kinney JM. Serum albumin levels as an index of nutritional support. *Surgery* 1982; 9:194-9.
40. Fegurson RP, O'Connor P, Crabtree B, Batchelor A, Mitchell J, Coppola D. Serum albumin and prealbumin as predictors of clinical outcomes of hospitalized elderly nursing home residents. *J am Geriatr Soc*. 1993; 41:545-9.
41. Kagansky N, Berner Y, Koren-Morag N, Perelman L, knobler H, Levy S. Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *Am J Clin Nutr* 2005; 82:284-91.
42. Courtney ME. Rapidly declining serum albumin values in newly hospitalized patients: prevalence, severity and contributory factors. *JPEN* 1982; 6(2):143-145.
43. Lauque S, Arnaud-Battandier F, Mansourian R, Guigoz Y, Paintin M, Nourhashemi F, Vellas B. Protein-energy oral supplementation in malnourished nursing-home residents. A controlled trial. *Age Ageing*. 2001; 30(1):85.
44. Reuben DB, Greendale GA, Harrison GG. Nutricional screening in older persons. *J AM Geriatr Soc* 1995; 43:415-25.

CORRESPONDENCIA:

Tania Marisol Suarez; Federico Lucas Di Stéfano

Mail: tania Suarez90@gmail.com; fldistefa89@hotmail.com

Licenciatura en Nutrición. Universidad Maimónides.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Argentina.

Comentario del revisor Dr. José Jauregui. Médico Geriatra Presidente de la Sociedad Argentina de Geriátrica y Gerontología. 2015 (Argentina).

En el presente artículo Suárez y col. documentan la utilidad del Mini Nutritional Assessment como instrumento para detectar malnutrición en ancianos institucionalizados.

Esta medida es de suma importancia, pues por diversos mecanismos estos enfermos están más expuestos a sufrir desnutrición, en comparación con la población de ancianos no dependiente.

Comentario del revisor Dr. Hugo Schifis Médico Geriatra. Director del Curso Superior de Geriátrica y Gerontología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina

En el presente artículo Suárez y col. documentan la utilidad del Mini Nutritional Assessment (MNA) como instrumento para detectar malnutrición en ancianos institucionalizados.

La regular implementación del MNA en estos establecimientos resulta de suma importancia, pues por diversos mecanismos estos enfermos están más expuestos a sufrir desnutrición que los ancianos ambulatorios.