



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:



BÚSQUEDA DE HERRAMIENTAS MÁS ADECUADAS EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR EN INTERNACIÓN DE AGUDOS

Lucas J. Corral MD.¹, Alejandra Basilio Lic.², Mayra Villalba Nuñez MD.¹

¹Unidad de Geriatria. Servicio de Clínica Médica y ²Servicio de Nutrición.
Hospital de Agudos Carlos G. Durand. Buenos Aires. Argentina

lucas_jose_corral@hotmail.com

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2017;2:10-22.

[Comentario de la revisora revisora Dra. Paula A. Enz, MD.](#) Dermatóloga y Geriatria, Subjefa del Servicio de Dermatología y Coordinadora del área de Fotoféresis y Linfomas Cutáneos. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

[Comentario de del revisor Carlos G. Musso, MD. PhD.](#) Nefrólogo y Geriatria, Unidad de Biología del Envejecimiento. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

SUMARIO

Introducción: La detección del riesgo de desnutrición en el adulto mayor permite tomar conductas adecuadas para prevenir morbimortalidad, acortar el tiempo de internación y estimar un pronóstico más certero en la evolución de la patología por la que un anciano debe ser internado en una sala de agudos.

La herramienta MNA[®]-SF se encuentra validada para el rastreo de riesgo nutricional y desnutrición en adultos mayores de 65 años sin distinción de sexo, pero presenta la limitación de estar validado solo para ancianos valorados en el ámbito de la comunidad o institucionalizados en residencias geriátricas, no utiliza marcadores biológicos y pierde especificidad y sensibilidad en el anciano hospitalizado o con una enfermedad aguda. La herramienta NRS-2002) fue diseñada para pacientes hospitalizados en unidades de agudos, sin embargo no está validada en ancianos. Se decidió evaluar el desempeño del test NRS-2002 en pacientes ancianos agudos internados.

Material y Método: Se evaluó la situación nutricional de pacientes ancianos internados (n:35) valorándolos con las herramientas MNA[®]-SF y NRS-2002, parámetros bioquímicos y antropométricos. Se obtuvo la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del NRS-2002.

Resultados: el test NRS-2002, valoración nutricional del adulto mayor en internación de agudos mostró una sensibilidad del 81%, una especificidad de 75% y un valor predictivo negativo de 54%.

Conclusión: el test NRS-2002, tendría cierta utilidad para la valoración nutricional del adulto mayor en internación de agudos.

PALABRAS CLAVE: Nutrición. Ancianos. Valoración.

SUMMARY:

Introduction: The detection of the risk of malnutrition in the elderly gives the opportunity to avoid morbidity and mortality, shorten the time of hospitalization, and estimate a more accurate prognosis in an elderly patient suffering from an acute admission.

The MNA[©]-SF tool was validated for nutritional risk and malnutrition screening in adults over 65 years of age without distinction of sex, but it has the limitation of being validated only for ambulatory elderly people or those institutionalized in nursing homes, but not in acute admitted old patients. The NRS-2002 tool was designed for hospitalized patients in acute care units, however it was not validated in the elderly. In this study, was decided to evaluate the NRS-2002 performance in acute hospitalized elderly patients.

Material and Method: The nutritional status of hospitalized elderly patients (n: 35) was evaluated using the MNA[©]-SF and NRS-2002 tools, biochemical and anthropometric parameters. The NRS-2002 test sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of were obtained.

Results: the NRS-2002 test showed a sensitivity of 81%, a specificity of 75% and a negative predictive value of 54% assessing nutritional status in 35 acute admitted elderly patients.

Conclusion: the NRS-2002 test would have some utility for the nutritional assessment in acute admitted elderly patients.

KEY WORDS: Nutrition. Elderly. Assessment.

INTRODUCCIÓN

La detección del riesgo de malnutrición y desnutrición del adulto mayor permite tomar conductas adecuadas para prevenir morbimortalidad, acortar el tiempo de internación y estimar un pronóstico más certero en la evolución de la patología por la que un anciano debe ser internado en una sala de agudos¹⁻⁷.

La prevalencia de desnutrición en las personas ancianas es elevada, llegándose a reportar un 6% en la comunidad, un 39% en el hospital, un 51% en unidades de rehabilitación y un 14% en residencias de larga estada⁸⁻¹³.

La herramienta Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA[®]-SF) se encuentra validada para el rastreo de riesgo nutricional y desnutrición en adultos mayores de 65 años sin distinción de sexo, pero presenta la limitación de estar validado solo para ancianos valorados en el ámbito de la comunidad o institucionalizados en residencias geriátricas, no utiliza marcadores biológicos, tales como albúmina sérica, recuento diferencial de linfocitos o valores de colesterol total en sangre periférica y pierde especificidad y sensibilidad en el anciano hospitalizado o con una enfermedad aguda^{1,4,7-10}.

Por su parte, el Nutritional Risk Screening (NRS-2002) fue diseñado para pacientes hospitalizados en unidades de agudos, especialmente para aquellos que podían beneficiarse de una intervención nutricional durante su ingreso. Llama la atención el punto de corte de 18,5 para el IMC, lo que indica que su objetivo inicial no era la población anciana. Ha sido validado a través del análisis retrospectivo de 128 ensayos clínicos sobre pronóstico clínico tras intervención nutricional. De ellos, diez se habían realizado en ancianos de 70 o más años de edad.

A pesar de que no existía un gran deterioro nutricional, ni una severidad extrema de la patología motivo de estudio, el beneficio del soporte nutricional fue relevante. Por este motivo se decidió ajustar el valor total de esta herramienta en función de la edad añadiendo un punto al total obtenido por encima de los 70 años⁴. Sin embargo no está validada en ancianos, ni como marcador pronóstico, aunque sería superior que el MNA[®]-SF en pacientes ancianos hospitalizados^{3,11}.

Actualmente la única herramienta validada para adultos mayores internados es el MNA[®] es su forma completa con 18 ítems¹ pero su aplicabilidad se ve, en la mayoría de las veces, dificultada o directamente imposible en el contexto del paciente anciano que cursa una enfermedad grave por la cual deba ser internado en un hospital de agudos.

Se decidió entonces, evaluar la aplicabilidad del NRS-2002, en pacientes de 65 años o más al ingreso en la unidad de agudos del servicio de Clínica Médica, división Geriátrica, del Hospital de agudos Carlos G. Durand ya que al tratarse de una herramienta que puede implementarse al ingreso con menor requerimiento en la recopilación de antecedentes (más que la pérdida de peso), de forma inmediata y más acelerada, en comparación con el MNS[®]-SF, que en numerosos casos no se puede aplicar en hora cero, y de esta manera, podría ser instaurado en un mayor número de pacientes y de manera más rápida inclusive.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal con un componente correlacional entre dos métodos de rastreo de riesgo nutricional Se evaluó la situación nutricional de pacientes internados de 65 años o más. En un período de cinco meses comprendidos entre junio y octubre de 2016 en el cual se incluyeron 35 pacientes (n=35). En el proceso no se

discriminó motivo de internación ni estado funcional al ingreso deliberadamente, con el objetivo de encontrar una herramienta de amplio margen de aplicación.

Se realizó una valoración nutricional utilizando las herramientas MNA©-SF y NRS-2002 dentro de las primeras 48 horas del ingreso a la internación, entendiéndose que lo ideal era la valoración en hora cero, debido a los cambios sustanciales que podían sufrir los pacientes en un lapso de tiempo tan extenso, sin embargo fueron estas las horas necesarias para poder llevar a la práctica estas herramientas. No se tomó en cuenta si los pacientes eran provenientes de domicilio, institución geriátrica o habían estado internados más de 24 horas en guardia externa.

Criterios de exclusión: fueron excluidos de la muestra únicamente todos aquellos pacientes a quienes por diferentes motivos, como el nivel de conciencia alterado (estupor, deterioro neurocognitivo o delirium) y la falta de un acompañante de referencia que pudiera responder en su nombre y en consecuencia, no pudiera ser evaluado con MNA©-SF^{5,6}.

Cuestionarios de cribado nutricional: MNA©-SF y NRS-2002.

Para realizar el cribado nutricional se emplearon los test MNA©-SF y NRS-2002.

La versión larga del MNA© es una herramienta de cribado validada que identifica personas ancianas desnutridas o en riesgo de desnutrición. La versión larga del MNA© requiere entre 10 y 15 minutos para completarse. La versión revisada del MNA©-SF, es una versión reducida del MNA© que toma menos de 5 minutos en ser completada, pero conserva la precisión de la versión larga del MNA©.

Actualmente, el MNA©-SF es la versión preferida del MNA© en la práctica clínica habitual en el ámbito comunitario, hospitalario y en centros de larga estancia (residencias geriátricas, centros socio-sanitarios), debido a su facilidad de uso y practicidad¹. Debe ser empleado dentro de las primeras 48 hs del ingreso, y actualmente no se encuentra validado para su implementación en los pacientes ancianos que cursan una patología que requiera internación en una sala de agudos, ya que pierde especificidad y sensibilidad en este grupo². Si bien la bibliografía específica que un valor comprendido entre 11 y 8 puntos para el MNA©-SF es sugestivo de riesgo de malnutrición y un valor menor o igual a 7 puntos se deben considerar como malnutridos¹.

Para la elaboración de este estudio se agruparon las categorías de riesgo de malnutrición y desnutrición en una sola categoría y se considera que un resultado del MNA©-SF igual o menor a 11 puntos es riesgo de malnutrición, con el objetivo de obtener datos ordinales dicotómicos para poder comparar con los resultados obtenidos al utilizar NRS-2002, el cual solo arroja resultados de pacientes con riesgo de malnutrición o sin él.

El NRS-2002, como se mencionó previamente, es una herramienta sencilla que se basa en la descripción de dos apartados. Por una parte, estima la nutrición a partir de tres variables: índice de masa corporal (IMC), pérdida ponderal reciente y cambios en la ingesta alimentaria. Por otra, establece una graduación en función de la severidad de la enfermedad subyacente, que se clasifica desde ausente hasta severa y por esta razón la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) recomienda

su implementación aunque es una herramienta no validada en ancianos ni tampoco se encuentra validada como marcador pronóstico, pero sería superior que el MNA© en pacientes ancianos hospitalizados según algunos estudios pequeños europeos (2-4, 11).

VARIABLES ESTUDIADAS

Se tomaron en cuenta variables bioquímicas: colesterol en sangre periférica, recuento diferencial de linfocitos, albúmina sérica, y clínicas. El índice de masa corporal (IMC) se calculó dividiendo el peso por la talla al cuadrado (kg/m^2). En aquellas situaciones en las que no se pudo pesar y/o tallar al enfermo, estas variables se obtuvieron mediante métodos estimativos. Se tuvieron en cuenta también las variables de edad y sexo, para evaluar las herramientas MNA©-SF y NRS-2002 por separado.

MÉTODO ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistic 22. Se analizó sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), razón de verdaderos positivos (VPR) y razón de falsos positivos (FPR) del NRS-2002 usando como Gold estándar el MNA©-SF, y se obtuvo una curva-ROC^{5,6}.

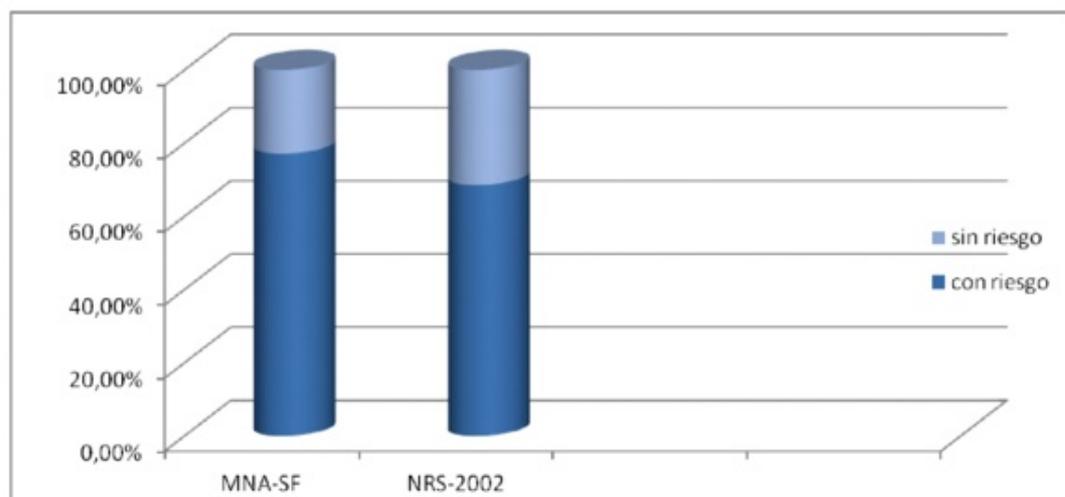
RESULTADOS

Durante un período de cinco meses se lograron evaluar con las dos herramientas un total de 35 pacientes ($n = 35$), con un rango de edades comprendido entre los 65 años y los 95 años y una media de edad = 78 años; 22 pacientes de sexo femenino y 13 pacientes de sexo masculino.

De los 35 pacientes evaluados, 27 (10 hombres y 17 mujeres) tenían un MNA©-SF con un puntaje ≤ 11 (considerado con riesgo) = 77,14% y 8 pacientes (3 hombres y 5 mujeres) reunieron un puntaje entre 12 puntos y 14 puntos del MNA©-SF considerado normal (sin riesgo) = 22,86%.

Además, se obtuvo que 26 pacientes (9 hombres y 17 mujeres) reunieron 3 o más puntos del NRS-2002 (con riesgo) = 68,57%, mientras que solo 9 pacientes se ubicaron dentro del rango de los 2 y 0 puntos, NRS-2002 (sin riesgo) = 31,43%. (Figura 1).

Figura 1: Comparación de la valoración nutricional efectuada en ancianos con distintos instrumentos: **MNA®-SF** y **NRS-2002**



MNA®-SF = Mini Nutritional Assessment® – Short Form; **NRS-2002** = Nutritional Risk Screening.

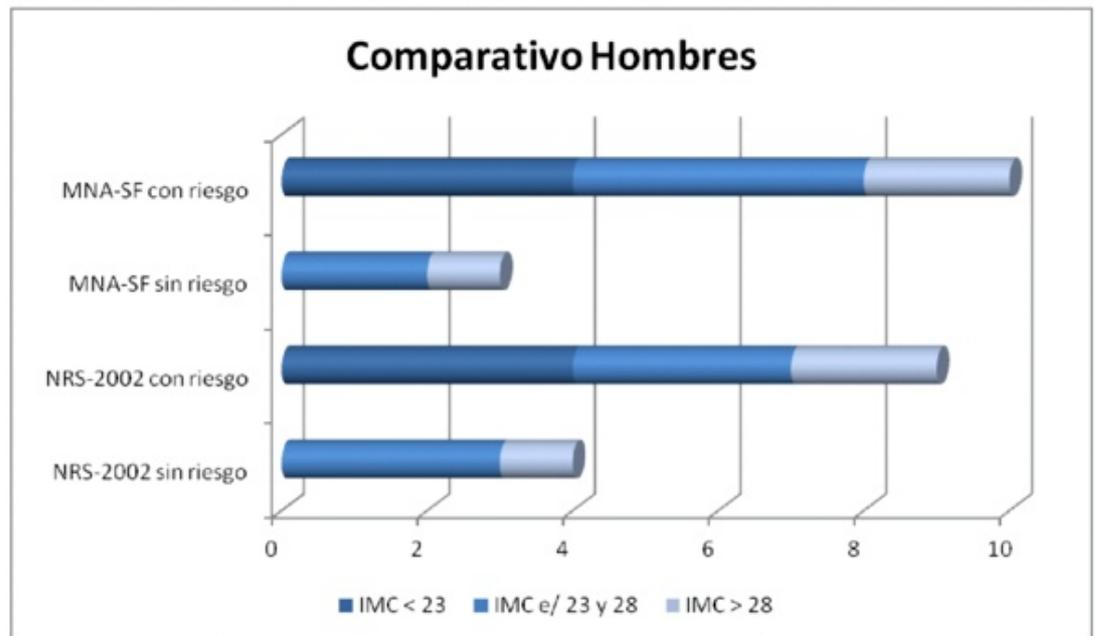
En este estudio se observó además que, 12 pacientes estaban por debajo de 23 kg/m² (4 hombres y 8 mujeres); 14 pacientes están dentro del rango de normalidad propuesto según su IMC (6 hombres y 8 mujeres); 9 pacientes sobrepasan el límite de los 28 kg/m² (3 hombres y 6 mujeres).

Sin embargo, cuando se correlacionan estos resultados con los obtenidos utilizando las herramientas MNA®-SF y NRS 2002, se observó una correspondencia del 100% sólo con el MNA®-SF cuando el IMC fue menor de 23 kg/m².

Por otro lado, 15 pacientes con un IMC normal o elevado calificaron en riesgo según MNA®-SF (6 hombres y 9 mujeres) mientras que cuando se utilizó la herramienta NRS-2002 fueron 14 los pacientes en riesgo (5 hombres y 9 mujeres).

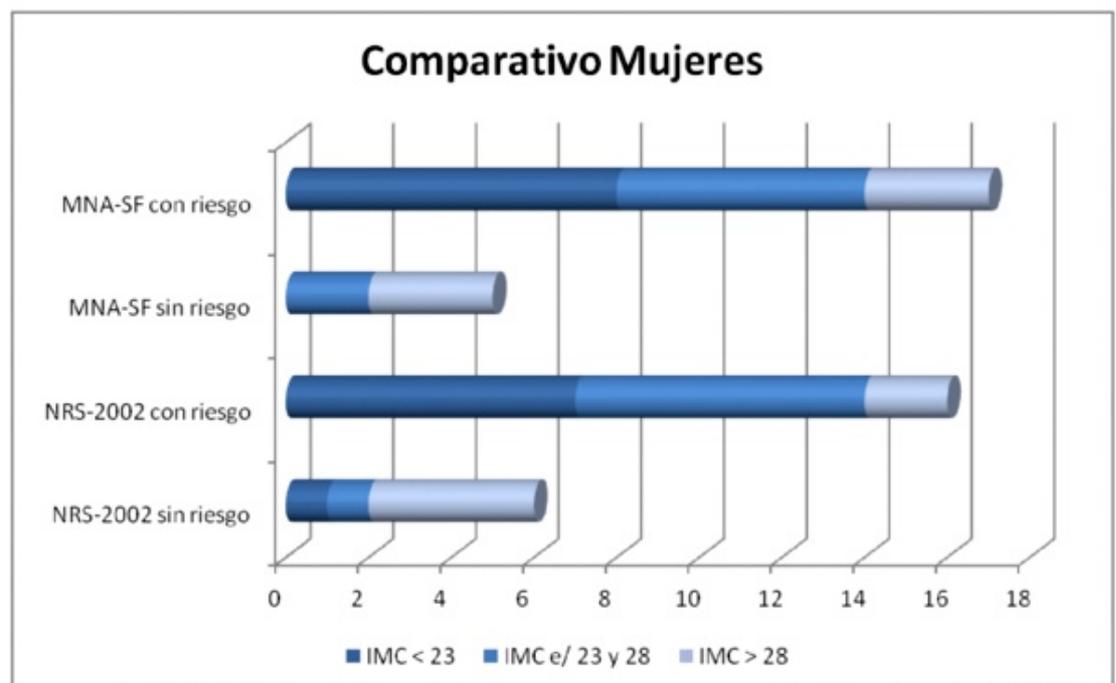
Las relaciones entre los IMC bajo, normal y alto con respecto a los resultados obtenidos usando MNA®-SF y NRS-2002 en hombres y mujeres por separado pueden observarse en las Figuras 2 y 3.

Figura 2: Las relaciones entre los IMC bajo, normal y alto con respecto a los resultados obtenidos usando MNA®-SF y NRS-2002 en hombres



MNA®-SF = Mini Nutritional Assessment® – Short Form;
NRS-2002 = Nutritional Risk Screening; **IMC** = Índice de Masa Corporal.

Figura 3: Las relaciones entre los IMC bajo, normal y alto con respecto a los resultados obtenidos usando MNA®-SF y NRS-2002 en mujeres



MNA®-SF = Mini Nutritional Assessment® – Short Form;
NRS-2002 = Nutritional Risk Screening; **IMC** = Índice de Masa Corporal.

Cuando se cruzaron los datos obtenidos con ambas herramientas y los parámetros de

laboratorio se observó una mayor concordancia entre los parámetros bajos de albúmina sérica, colesterol total y recuento de linfocitos y un MNA®-SF considerado "en riesgo" que la observada con NRS-2002 donde parámetros de albúmina sérica, colesterol total o linfocitos bajos, no obtuvieron un NRS-2002 "en riesgo" (Tabla 1).

Tabla 1: Correlación de los valores de albúmina, linfocitos y colesterol total por separado con respecto al MNA®-SF- con y sin riesgo y al NRS- con y sin riesgo.

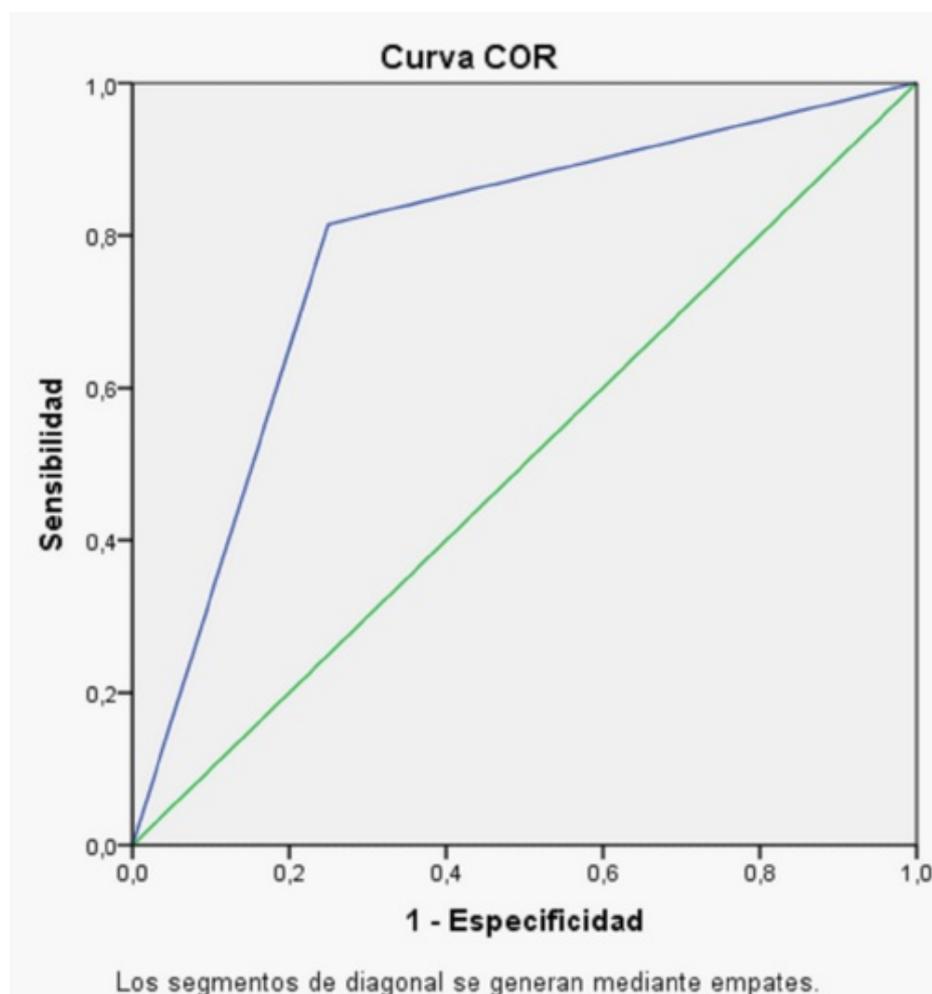
Sin datos	Parámetros	MNA®-SF – con riesgo	MNA®-SF – sin riesgo	NRS – con riesgo	NRS – sin riesgo
3	Alb <3,5	18	1	15	4
	Alb >3,5	8	5	8	5
6	Linfocitos <1500	16	2	14	4
	Linfocitos >1500	8	3	6	5
13	Col Tot <160	10	2	9	3
	Col Tot >160	8	2	6	4

MNA®-SF = Mini Nutritional Assessment ® - Short Form;

NRS = Nutritional Risk Screening; **Alb** = Albúmina sérica; **Col Tot** = Colesterol total.

De los 35 pacientes estudiados, se obtuvieron los valores de albúmina en 32 pacientes dentro de las primeras 48 hs del ingreso a internación; mientras que se obtuvo el valor de linfocitos en sangre periférica en este mismo lapso en 29 pacientes, y finalmente se obtuvieron los valores de colesterol total en 22 pacientes.

El análisis de la curva ROC del NRS-2002, arrojó una sensibilidad del 81% y por lo tanto un valor de AUC de 0,782, con una especificidad de 75% y un valor predictivo negativo (VPN) de 54% (Figura 4 y Tabla 2).

Figura 4: Sensibilidad y Especificidad del NRS-2002**Tabla 2:** Valores de área bajo la curva (AUC) y su significado

Valor de AUC	Significado
(0.5, 0.6)	Test malo
(0.6, 0.75)	Test regular.
(0.75, 0.9)	Test bueno.
(0.9, 0.97).	Test muy bueno.
(0.97, 1)	Test excelente.

DISCUSIÓN

La utilización de otros indicadores del estado nutricional es útil para aproximarse aún más a la situación nutricional del adulto mayor, más allá de la utilización de escalas. Dentro de ellos, podemos mencionar los métodos antropométricos, ya que son muy simples, su uso está generalizado y se los toma de manera rutinaria.

Sin embargo en el anciano existe una redistribución del tejido adiposo desde el tejido celular subcutáneo hacia el área visceral. También existen dificultades para la estimación de la talla, dadas las alteraciones de la columna vertebral que frecuentemente se observan en esta etapa¹², y en consecuencia, se evidencia una clara dificultad de precisión en la estimación del peso de los pacientes que funcionalmente son incapaces de pararse sin apoyos en una balanza.

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas (Índice de Masa Corporal) y son buenos indicadores del estado nutricional global. Si bien el IMC ideal para el adulto mayor no está definido, actualmente se considera normal dentro de un amplio margen estimado entre 23 kg/m² y 28 kg/m².

Aunque no hay evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del límite superior de este rango se asocien con un aumento significativo de riesgo. Niveles significativamente más altos o bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo¹².

Los parámetros bioquímicos que complementan la valoración nutricional de cualquier paciente, también son necesarios junto a los métodos antropométricos. Uno de los más utilizados es la albúmina sérica. Si bien este parámetro no es un indicador muy específico ni muy sensible de las proteínas corporales, es un buen indicador del estado de salud en el anciano. Diversos estudios en adultos mayores viviendo en la comunidad y con buena capacidad funcional mostraron baja prevalencia de albuminemias bajas (<3.5 g/dl) o muy bajas (<3 g/dl), en contraste con lo que ocurre con los adultos mayores institucionalizados o enfermos.

Los niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl, tienen un valor significativo como indicador nutricional cuando no miden otros factores patológicos¹². Por tal motivo, los valores de albúmina sérica bajos en la población particular elegida para la realización de este estudio, no serían parámetros a tener en cuenta para valorar un riesgo nutricional, pero si se podrían utilizar como predictores de morbilidad y mortalidad independientes en la internación del adulto mayor.

Con respecto a los valores de hematocrito, hemoglobina y colesterol sérico, surge un razonamiento similar al utilizado con los valores de albúmina sérica. La hipocolesterolemia (< 160) es muy importante como factor de riesgo de mortalidad, en particular asociada a cáncer. En presencia de desnutrición, sugiere que se debe a causas inflamatorias (desgaste), más que a baja ingesta. Así mismo, se puede tomar el recuento total de linfocitos en sangre periférica como indicador de desnutrición, ya que, la primera estructura del sistema inmune, el timo, y estructuras secundarias como el bazo y nódulos linfáticos, se alteran marcadamente en tamaño, peso, arquitectura y

componentes celulares.

En la sangre se hace evidente la depleción de linfocitos, disminuyendo su número total. Se mide en forma absoluta o se calcula basado en el recuento total de leucocitos y el porcentaje de linfocitos presentes. En la malnutrición se observan valores por debajo de 1500 linfocitos por mm³. Pero, como en la modificación de este indicador participan otras variables, su interpretación como indicador nutricional es limitado¹².

El MNA[©]-SF posee reportado en la literatura una sensibilidad del 98%, especificidad del 100%, y valor predictivo positivo del 99% ¹. Dada la dificultad de su implementación en una población tan compleja como lo es la de los pacientes ancianos, se comparó esta herramienta diagnóstica con el NRS-2002 por considerarla de más fácil aplicación y la recomendación de las guías europeas. Si bien el análisis ROC del NRS-2002, arrojó una sensibilidad del 81% y por lo tanto un valor de AUC de 0,782 y por ende debería ser considerado un test bueno, posee una Especificidad de 75% y un VPN de 54%. Por lo cual en este estudio se interpretó que una valoración "sin riesgo" del NRS-2002 debería continuar un algoritmo más amplio de estudio, por su bajo VPN.

El MNA[©]-SF continuó siendo la mejor herramienta de detección y se debería aplicar esta herramienta siempre y cuando las condiciones estén dadas, y si así no fuese, el NRS-2002 podría ser una opción, aunque son necesarios más estudios para validar una prueba de fácil aplicación en ancianos internados.

Otro aspecto a futuro, sería evaluar en la población previamente mencionada la situación nutricional del paciente anciano hospitalizado, como predictor de la evolución/mortalidad de los pacientes en el proceso de resolver los cuadros clínicos agudos que desencadenaron el ingreso a la sala de internación, con el objetivo de tomar medidas junto al servicio de Nutrición del hospital para prevenir y/o mejorar los parámetros de desnutrición.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio el test NRS-2002, valoración nutricional del adulto mayor en internación de agudos mostró una sensibilidad del 81%, una especificidad de 75% y un valor predictivo negativo de 54%

CONFLICTO DE INTERESES: El autor de este estudio declara no tener ningún conflicto de intereses

REFERENCIAS

1.- Nestlé Nutrition Institute. en: http://www.mna-elderly.com/validity_in_screening_tools.html

2.- López-Gómez JJ, Calleja-Fernández A, Ballesteros-Pomar, Vidal-Casariego

A, Brea-Laranjo C, Fariza-Vicente E, Arias-García RM, Cano-Rodríguez I. Valoración del riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados mediante diferentes herramientas. *Endocrinol Nut* 2011;58(3): 104-111.

3.- Ocón Bretón M J, AltemirTrallero J, Mañas Martínez A B, Sallán Díaz L, Aguillo Gutiérrez E y Gimeno Orna J A. Comparación de dos herramientas de cribado nutricional para predecir la aparición de complicaciones en pacientes hospitalizados. - *NutrHosp* - 2012; 27 (3): 701-706.

4. VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO Recomendaciones prácticas de los exper-tos en geriatría y nutrición - SENPE. Madrid. Galénitas-Nigra Trea. 2002.

5. -Ruiz de Adana Pérez R. Pruebas diagnósticas - Eficacia de una prueba diagnóstica: parámetros utilizados en el estudio de un test. Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Madrid. España. JANO 1 DE MAYO 2009. N.º 1.736.

6.- Castiglia V. Bases científicas del conocimiento médico. En Argente H, Alvarez M. (Eds.) *Semiología médica fisiopatología, semiotecnia y propedéutica*. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires. 2005: 15-38.

7.- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *NutrRev* 1996; 54: S59-65.

8.- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22:415-421.

9.- Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of the literatura-What does it tell us? *J Nutr Health Ag*. 2006;10:466-487.

10.- Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. The Mini Nutritional Assesment-It's history, today's practice, and future perspectives. *Nutr Clin Pract*. 2008;23:388-396.

11.- Drescher T, Singler K, Ulrich A, Koller M, Keller U, Christ-Crain M, et al. Comparison of two malnutrition risk screening methods (MNA and NRS 2002) and their association with markers of protein malnutrition in geriatric hospitalized patients. *Eur J Clin Nutr*. 2010;64:887-893.

12.- Valoración nutricional del adulto mayor. Módulo 5. Módulos de valoración clínica. Parte I. Organización panamericana de la salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington. 2002

13.- Lofrano J, Jauregui JR, Spaccesi A, Rodota L, Musso CG. Prevalencia de desnutrición en el adulto mayor e impacto de la polifarmacia en el estado nutricional. *Rev Electron Biomed / Electron J Biomed* 2013;3:11-15.

CORRESPONDENCIA:

Lucas J. Corral MD

Unidad de Geriátría. Servicio de Clínica Médica
Hospital Carlos G. Durand
Buenos Aires
Argentina
Email: lucas_jose_corral@hotmail.com

Comentario de la revisora Dra. Paula A. Enz, MD. Dermatóloga y Geriatra, Subjefa del Servicio de Dermatología y Coordinadora del área de Fotoféresis y Linfomas Cutáneos. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Con respecto al tema de la evaluación de la desnutrición en el anciano agudamente enfermo, debe tenerse en cuenta que la masa magra puede verse reducida en dicho contexto no por el envejecimiento en sí sino debido al efecto consuntivo de la enfermedad en curso.

Una pérdida de peso, no intencional, particularmente si representa una reducción del peso habitual mayor del 5-10% o mayor de 4.5 kilos en 6 meses debe en principio ser interpretada como secundaria a una enfermedad.

Referencia: Forciea MA, Lavizzo-Mourey R, Schwab EP. Geriatric Secrets. Philadelphia. Hanley & Belfus. 2000

Comentario del revisor Carlos G. Musso, MD. PhD. Nefrólogo y Geriatra, Unidad de Biología del Envejecimiento. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

El presente artículo es de suma importancia, dada la relevancia que el tema de la desnutrición posee en el adulto mayor, tanto en sus aspectos clínicos, diagnósticos, como terapéuticos.

Cabe señalar que la desnutrición calórica-proteica induce un incremento del 30-100% en el tiempo de hospitalización, los costos de internación y la mortalidad en los ancianos internados, así como también un incremento en la morbi-mortalidad de los ancianos ambulatorios, en comparación con aquellos eunutrídos.

Referencia: Forciea MA, Lavizzo-Mourey R, Schwab EP. Geriatric Secrets. Philadelphia. Hanley & Belfus. 2000
