

FORMACIÓN CONTINUADA

SEXTA EDICIÓN

Programa Integral de Formación Continuada en Atención Primaria

TEMA 4

Fragilidad y nutrición

F. Cuesta Triana, P. Matía Martín

Servicios de Geriátrica y Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos del aprendizaje

- ▶ **Conocer los aspectos fundamentales que relacionan nutrición y fragilidad.**
- ▶ **Saber identificar al anciano desnutrido en la práctica clínica.**
- ▶ **Saber cuándo indicar una intervención nutricional en el anciano frágil.**
- ▶ **Conocer las intervenciones nutricionales básicas en la práctica habitual.**

Concepto y justificación

Para muchos autores el término de «fragilidad» se refiere a una pérdida de reserva funcional que hace al anciano más propenso a presentar deterioro de sus funciones. Cualquier intervención exige una identificación del sujeto en riesgo. De forma genérica las diversas definiciones de fragilidad incluyen, al menos, la inactividad física y la desnutrición con pérdida ponderal. Este hecho justifica el desarrollo de un capítulo que aborde la interrelación existente entre nutrición, como concepto amplio, y fragilidad, como síndrome que incluye un apartado de desnutrición. Ambas entidades están relacionadas y conducen a una pérdida de masa muscular; este fenómeno, denominado «sarcopenia», favorece la aparición de inmovilidad, la disminución del apetito y una menor ingestión de alimentos. Por lo tanto, con estos conceptos quedarían definidos unos factores de riesgo básicos para iniciar el cribado del anciano frágil. Es importante tener en cuenta que la presencia de inactividad física y una pérdida ponderal son factores pronóstico de mortalidad y de mayor dependencia funcional a medio plazo (menor fuerza

de presión, menor velocidad de la marcha y peor equilibrio), con necesidad incluso de ingreso en un hospital o una residencia.

Desde un enfoque algo más clínico, la fragilidad corresponde a un sujeto vulnerable a agentes externos y con una capacidad limitada para enfrentarse a ellos. En términos de prevalencia, afecta entre un 4-60% de ancianos no institucionalizados, ya que los datos publicados son muy variables porque es difícil encontrar una definición operativa de fragilidad en los diferentes estudios. En la tabla 1 se señalan las características fundamentales que definen esta entidad.

En la mayoría de los casos puede intuirse un estado preclínico definido por la aparición de sarcopenia, osteopenia (con mayor riesgo de fractura), inestabilidad de la marcha y alteración del estado nutricional (incluyendo también la obesidad y el sobrepeso). Es precisamente en este momento cuando las intervenciones son más eficaces. A partir del estudio INCHIANTI, se acepta que una ingestión alimentaria inadecuada podría ser el factor promotor de

Anciano frágil

Coordinador: **J. Ribera Casado**

Catedrático Emérito de Geriátrica.
Universidad Complutense. Madrid

1. De nuevo el anciano frágil

SÓLO DISPONIBLES EN

www.sietediasmedicos.com

2. Marcadores de fragilidad:
¿cuáles, cómo y dónde?

3. Fragilidad y deterioro cognitivo

4. Fragilidad y nutrición

5. Fragilidad y caídas

6. Fragilidad y polifarmacia



Temas disponibles en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y diplomas en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
5,5 créditos



fragilidad. Por tanto, la modificación de la ingesta alimentaria sería un punto clave a la hora de detectar al paciente de riesgo antes de que se produzca una alteración de la composición corporal o de los marcadores bioquímicos (como las alteraciones hormonales acompañantes o los fenómenos proinflamatorios mediados por citocinas). Sin embargo, el concepto de fragilidad no se limita sólo a la esfera clínica, sino que la sobrepasa y abarca asimismo aspectos cognitivos, funcionales y, por supuesto, sociales. En consecuencia, el clínico tiene dificultades para realizar su aproximación diagnóstica, ya que la etiología es multifactorial, y se hace aún más compleja si se considera la comorbilidad existente. Ésta es la razón por la que algunos autores utilizan índices de fragilidad, intentando adoptar un enfoque cuantitativo que facilite el diagnóstico.

Los términos de «fragilidad», «discapacidad» y «comorbilidad» se confunden a menudo. Para algunos autores, la presencia de fragilidad y comorbilidad predice la aparición de discapacidad. Además, la fragilidad favorece la progresión de las enfermedades crónicas. Aproximadamente en la mitad de los casos la discapacidad se produce

de forma progresiva, en relación con una enfermedad crónica. En el resto, la evolución es más brusca, y se relaciona con enfermedades más graves. Este último perfil se observa con más frecuencia en el sujeto frágil. Con el envejecimiento se constata una reducción en la ingestión alimentaria, a la que contribuye la denominada «anorexia del envejecimiento»: entre los 20 y los 80 años, la ingestión se reduce 1.200 kcal en el caso del varón y 900 kcal en el de la mujer. Intervienen además la reducción de la actividad física, la disminución del gasto energético basal y la pérdida de masa muscular. A veces se habla de «fragilidad nutricional», en los casos en que se combinan pérdida ponderal y sarcopenia. Este cuadro clínico suele acompañarse de pérdida de apetito y reducción de la ingestión alimentaria.

Únicamente los programas de ejercicio intensivo y de duración prolongada han demostrado ser eficaces para conseguir una mejora funcional en la realización de actividades básicas e instrumentales en ancianos frágiles que no viven en residencias. En estos casos, la intervención nutricional mejora la ingestión energética e incluso el peso, aunque no se han demostrado

efectos concluyentes sobre la discapacidad. De los ejercicios analizados, sólo son eficaces los dirigidos a fortalecer las extremidades inferiores, en programas que a veces se prolongan en el propio domicilio para mejorar el cumplimiento. Sin embargo, queda por establecer el grupo de pacientes que más puede beneficiarse de estos programas. En el ámbito de las residencias, se ha estudiado el efecto que puede tener la intervención nutricional, basada en el incremento de proteínas y contenido energético de la dieta habitual. Con ella se logra una mejora en tres parámetros: índice de masa corporal, aumento del compartimento muscular (valorado mediante bioimpedancia) y puntuación del cuestionario Mini-Nutritional Assessment; en cambio, no se ha demostrado una mejora de la fuerza muscular, cuantificada mediante la fuerza de prensión. Por ello, parece deducirse que predomina el papel de la comorbilidad y la baja actividad física sobre los aspectos nutricionales. En ancianos obesos, incluidos en la categoría de frágiles, se detecta igualmente un deterioro en la capacidad para realizar actividades básicas y en el grado de movilidad. La reducción ponderal, conseguida mediante dieta y ejercicio físico, se sigue de una mejora en diferentes parámetros (resistencia, fuerza, velocidad de la marcha y equilibrio, entre otros), así como de una optimización en la percepción de la calidad de vida. Sin embargo, no queda claro si la pérdida ponderal puede afectar a la masa muscular, empeorando así el grado de sarcopenia, con el consiguiente deterioro funcional.

Detección

Aunque se profundiza en el capítulo correspondiente, merece la pena reseñar algunos aspectos importantes desde el punto de vista de la fragilidad. Así, en el Cardiovascular Health Study se inició la selección de una serie de criterios que intentaban definir la existencia de fragilidad: pérdida ponderal, debilidad, lentitud en la marcha, escasa resistencia y bajo nivel de actividad física. Se considera que una persona

Tabla 1. Características fundamentales de la fragilidad

<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del número de síndromes geriátricos diagnosticados • Mayor dependencia funcional • Riesgo de hospitalización o institucionalización • Mayor mortalidad <p>Perfil clínico (criterios propuestos en el Cardiovascular Health Study)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de actividad física: Incluido en el quintil más bajo de actividad física para cada sexo • Debilidad muscular y escasa fuerza muscular: Fuerza de prensión (kg) en la mano dominante inferior al 20%, ajustada por sexo e IMC: <ul style="list-style-type: none"> – ≤17 para IMC ≤23 kg/m² – ≤17,3 para IMC 23,1-26 kg/m² – ≤18 para IMC 26,1-29 kg/m² – ≤21 para IMC >29 kg/m² • Menor capacidad de ejercicio: Identificada por el propio paciente y relacionada con el consumo máximo de oxígeno • Lentitud e inestabilidad de la marcha, con riesgo de caídas: Identificadas respecto al tiempo empleado para recorrer 4,5 m • Pérdida ponderal (y de apetito): En relación con el porcentaje de peso basal. Habitualmente, superior a 5 kg en el último año <p>IMC: índice de masa corporal (peso/talla²).</p>
--

Tabla 2. Criterios de aproximación a la fragilidad

Puntuación	Parámetros
0	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para caminar sin ayudas técnicas • Capacidad para realizar actividades cotidianas de forma independiente
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de incontinencia urinaria
2 (moderada)	<p><i>Uno o más de los siguientes apartados (dos si el individuo es incontinente):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere ayuda para moverse o realizar actividades cotidianas • Deterioro cognitivo sin demencia • Incontinencia urinaria o fecal
3 (moderada-avanzada)	<p><i>Dos o más de los siguientes apartados (tres si el individuo es incontinente):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia para realizar transferencias corporales • Dependencia total para una o más actividades cotidianas • Incontinencia establecida • Diagnóstico de demencia
<p>Actividades cotidianas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bañarse, vestirse, asearse, realizar cambios de una posición a otra (transferencias corporales), mantener la continencia y la capacidad de alimentarse <p>Actividades instrumentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar el teléfono, hacer las compras, preparar comidas, hacer tareas de limpieza, lavado de la ropa, utilizar medios de transporte, manejar la medicación y los asuntos económicos 	

es frágil cuando cumple tres criterios o más y que se encuentra en una fase previa cuando presenta dos criterios o menos. En esta fase preclínica, se ha visto que se duplica el riesgo de presentar fragilidad en los cuatro años posteriores de seguimiento. Estos criterios se validaron en el Women's Health and Aging Studies. Por último, en el Canadian Study of Health and Aging, se intentó seleccionar una serie de criterios basados en la funcionalidad, es decir, en la capacidad para realizar las diferentes actividades de la vida diaria (tabla 2), que se valoró mediante la ejecución de ciertas pruebas funcionales. Con el envejecimiento, se hace más evidente la prevalencia de malnutrición y especialmente de desnutrición en diversos ámbitos: hospital, residencia y comunidad. Una valoración geriátrica exhaustiva debe incluir este aspecto y definir los factores de riesgo predominantes: enfermedad aguda en el entorno hospitalario, disfunción física en el ámbito residencial y factores sociales y psicológicos en el anciano que vive en su domicilio. La valoración geriátrica permite detectar la polifarmacia, que en muchas oca-

siones inicia el proceso de desnutrición por la acumulación de efectos secundarios e interacciones que con el tiempo ocasionan alteraciones digestivas (náuseas, diarrea, dispepsia, estreñimiento) e incrementan la sensación de anorexia. En otras ocasiones delimita la pérdida de una función fundamental para realizar una tarea específica relacionada con el proceso de la alimentación, como elaborar una comida o hacer la compra. Por último, profundiza en el núcleo familiar y selecciona al cuidador principal, que es el responsable de administrar una medicación o dar la comida.

El enfoque siempre es interdisciplinario; entre los profesionales implicados, el dietista se encarga de realizar una adecuada encuesta nutricional. El método más empleado es el recuerdo de 24 horas por su sencillez y aplicabilidad, sobre todo cuando el número de pacientes es elevado. Los métodos de valoración son múltiples, y su utilidad depende del contexto en que se utilicen y de los recursos existentes. En principio, no existe una prueba ideal para realizar el cribado de desnutri-

ción. Cualquier cuestionario debe considerar la situación nutricional en el momento de la valoración y su estabilidad, es decir, la posibilidad de cambio. Por otra parte, hay que establecer la diferencia entre cribado nutricional, cuya finalidad es el diagnóstico de desnutrición, y la valoración nutricional, que trata de cuantificar esa desnutrición y describir los aspectos etiopatogénicos. Este proceso culmina en la intervención nutricional, dado que la población de ancianos desnutridos es la que más se beneficia del aporte de proteínas y energía en forma de suplementos. Otro aspecto interesante es la periodicidad con que debe realizarse el seguimiento cuando existe riesgo de desnutrición y que, en parte, depende del contexto. Así, las revisiones en el anciano que no vive en una residencia serían anuales, mientras que en el anciano que vive en una residencia deberían realizarse en el momento del ingreso y posteriormente de forma mensual, prestando una especial atención al seguimiento ponderal y al patrón de consumo alimentario. Por último, en pacientes en una situación de riesgo elevado debería efectuarse una revisión semanal.

En ancianos se han utilizado varios métodos de cribado. La Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) recomienda utilizar el cuestionario Mini-Nutritional Assessment (MNA) en pacientes ancianos frágiles, ya que además de considerar aspectos dietéticos específicos incorpora aspectos sociales, lo que lo convierte en un cuestionario ideal dentro de la valoración geriátrica. El MNA ha sido validado en diferentes contextos y se correlaciona con otros parámetros ampliamente utilizados en la valoración nutricional, como el índice de masa corporal y los valores de prealbúmina y albúmina. Además, se relaciona con la mortalidad a largo plazo. La puntuación final total es de 30 puntos y hace referencia a tres opciones de diagnóstico: anciano desnutrido (menos de 17 puntos), en riesgo de desnutrición (entre 17 y 23,5 puntos) o bien nutrido (más de

Tabla 3. Principales cuestionarios utilizados para la detección de desnutrición

Cuestionario	Población diana	Peculiaridades
Mini-Nutritional Assessment (MNA)	Validado en ancianos ingresados en residencia o no	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye términos antropométricos, subjetivos e historia dietética • Existe una versión corta (SF-MNA) que facilita su aplicación inicial, pero ofrece resultados dicotomizados (normal o posible malnutrición)
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	Adultos en todas las ubicaciones No adecuado en ancianos ingresados en residencias Identifica a los sujetos de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • No incluye puntos de corte específicos para población anciana, lo que dificulta su aplicación en residencias • Depende en exceso de la patología aguda y no incorpora medidas de función • Los resultados predicen la estancia media, la ubicación al alta y la mortalidad en ancianos hospitalizados • En ancianos no ingresados en residencias, los resultados se relacionan con la probabilidad de ingreso hospitalario y necesidad de valoración por parte de atención primaria
Nutritional Risk Screening (NRS, 2002)	Adultos hospitalizados, cuando no pueda utilizarse el MNA	<ul style="list-style-type: none"> • Depende en exceso de la patología aguda • Graduación en función de la gravedad de la enfermedad subyacente • Incluye preguntas sobre el índice de masa corporal, la pérdida ponderal, la ingestión oral y la enfermedad aguda en la fase inicial • La fase final incluye la situación nutricional, la edad y la gravedad de la enfermedad
Valoración global subjetiva (VGS)	Adultos hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye preguntas sobre cambios ponderales, ingestión alimentaria, situación funcional y síntomas gastrointestinales, además de signos físicos de desnutrición • Se relaciona con el deterioro funcional, la estancia media hospitalaria e incremento de la morbimortalidad
Geriatric Nutritional Risk Index	Ancianos en todos los contextos	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye la determinación de albúmina sérica y la diferencia existente entre el peso actual y el ideal
Determine Your Nutritional Health Checklist (DETERMINE)	Ancianos ingresados en residencia o no	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye 10 preguntas sobre aspectos generales, sociales y dietéticos

23,5). En su forma completa incorpora 18 preguntas que se enmarcan dentro de las siguientes categorías: parámetros antropométricos, historia dietética, valoración global, autopercepción del estado de salud y estado nutricional. En un intento por simplificar su uso, se ha creado una versión abreviada de seis preguntas que mantiene su elevado valor pronóstico positivo. Se recomienda utilizar este método u otro con el que el profesional esté familiarizado, sin olvidar que el objetivo final es la intervención nutricional. Aunque no es la finalidad de este capítulo describir los diferentes cuestionarios de valoración, en la tabla 3 se señalan algunas de sus principales características.

Una vez completado el cribado, quedaría pendiente una valoración nutricional más completa, que incluya la historia clínica y farmacológica, una

valoración dietética, con especial atención a la presencia de disfagia, una serie de medidas antropométricas (como mínimo el peso, la variación ponderal y la talla) y en contextos más especializados unas pruebas de laboratorio, que complementan pero no sustituyen a la adecuada valoración nutricional. Entre dichas pruebas, cabe destacar la determinación de albúmina y de prealbúmina, pese a su variabilidad clínica durante la hospitalización. En los estudios realizados estas dos pruebas predicen la mortalidad, la incidencia de úlceras por presión y el reingreso hospitalario. El descenso en las cifras de colesterol total y colesterol HDL se relaciona con un incremento de la mortalidad. En algunos casos el estudio se puede completar con un análisis de la composición corporal, en el que básicamente se demuestra un aumento y una redistribución de la grasa corpo-

ral junto con una disminución de la masa muscular (sarcopenia).

En la figura 1 se presenta un algoritmo que resume el proceso de valoración nutricional.

Tratamiento

Las intervenciones ensayadas en el anciano frágil son interdisciplinarias e incluyen la suplementación de ciertos nutrientes, la realización de ejercicio y el empleo de ciertos fármacos orexígenos. En este apartado se hace especial referencia al anciano frágil y desnutrido o en riesgo de presentar desnutrición; por tanto, se va a centrar en la intervención nutricional (figura 2) y el ejercicio. Los aspectos fundamentales radican en la modificación de la dieta habitual, el empleo de suplementos para cubrir las necesidades energéticas calculadas y la utilización de nutrición artificial (ente-

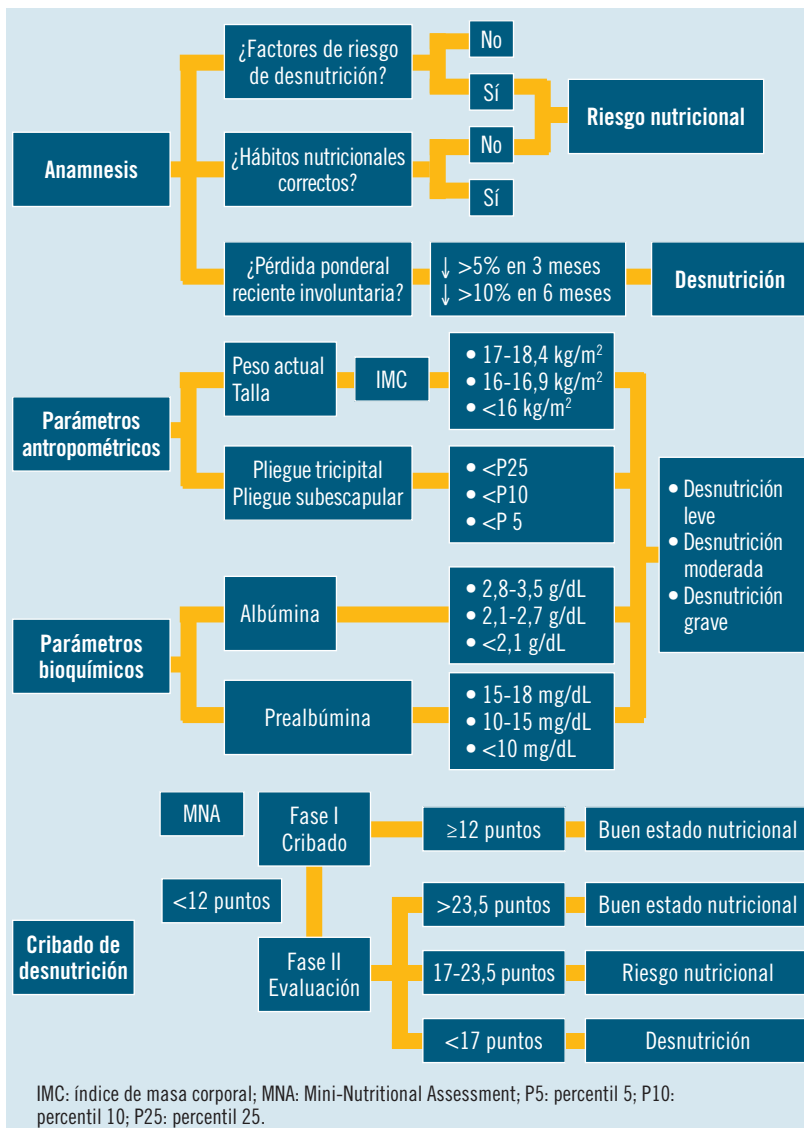


Figura 1. Valoración nutricional en el anciano

ral o parenteral) según la enfermedad subyacente.

Todavía no existen estudios que demuestren el papel de los tratamientos hormonales o de la hormona del crecimiento en el anciano frágil. En el momento actual se están valorando otros tratamientos como los moduladores de receptores de andrógenos, antagonistas de miostatina, ácido eicosapentanoico, inhibidores del enzima convertidor de angiotensina, insulín growth factor y carotenoides.

Modificación de la dieta habitual

La premisa inicial es intentar huir de las dietas restrictivas. En algunos casos se deberá cambiar la consistencia del alimento o recomendar el empleo de gelatinas, si se detecta disfagia. En otros será necesario ajustar los horarios de las comidas para adaptarse a los gustos y necesidades del anciano, o potenciar el sabor y la presentación del alimento, dado el deterioro de los sentidos del olfato y el gusto que ocasiona el envejecimiento. Siempre habrá que descartar la presencia de alguna limitación funcional. En este

punto es importante la colaboración de la familia o el cuidador habitual para valorar el grado de adecuación de la dieta seleccionada, según las capacidades del paciente. Cabe recordar que una dieta hipocalórica no siempre asegura un correcto aporte de micronutrientes. Existen diversas fórmulas para calcular los requerimientos energéticos del paciente. Algunas son complejas, como la clásica fórmula propuesta por Harris-Benedict, que tiende a sobreestimar los cálculos. Otras son más sencillas y logran una correcta aproximación clínica calculando unos requerimientos estimados de 30-35 kcal/kg/día. Los requerimientos proteicos teóricos son de 1 g/kg/día, pero suelen aumentarse hasta 1,2-1,5 g/kg/día en muchos ancianos que viven en residencias y se hallan en situaciones de estrés.

Se debe prescribir una suplementación oral cuando la ingestión de la dieta habitual no logre cubrir las necesidades calculadas, un hecho bastante frecuente en la población anciana. La base es el empleo de fórmulas concentradas que permitan administrar un contenido proteico y energético adecuado, completando igualmente el aporte de micronutrientes. Se habla de fórmulas isocalóricas cuando aportan 1 kcal/mL y de fórmulas hipercalóricas cuando ofrecen una concentración superior. La variedad es muy amplia, dependiendo de la enfermedad subyacente o la cantidad de fibra que contengan. Según los diversos metaanálisis existentes, su utilidad se centra sobre todo en ancianos desnutridos con enfermedades específicas, como fractura de cadera y úlceras por presión. Los resultados se miden en términos de reducción de mortalidad y complicaciones, con menor evidencia para los datos que apoyan una mejora funcional o una reducción de la estancia media hospitalaria. Uno de los factores que inciden negativamente en los resultados es el bajo cumplimiento terapéutico. La mayoría de ancianos con pérdida ponderal sufren también una deficiencia de minerales y vitaminas. Es muy frecuente el déficit de vitamina D, que además se

asocia a deterioro funcional. Se trata de una deficiencia importante, incluso en zonas de alta exposición solar. En algunos estudios se ha demostrado que su aporte en dosis de 700-1.000 Uj produce un incremento en la fuerza del músculo cuádriceps, fundamental a la hora de adoptar la bipedestación e iniciar la marcha, con la consiguiente reducción del riesgo de sufrir caídas. Es posible que el efecto sobre el equilibrio predomine sobre la fuerza muscular. Todavía no se ha determinado la dosis exacta para alcanzar esos efectos beneficiosos. Por otra parte, la evidencia para otros micronutrientes no ha quedado claramente establecida en la práctica clínica.

Nutrición artificial

La nutrición enteral se utiliza cuando no puede emplearse la vía oral para la

alimentación pero se mantiene un tubo digestivo funcional. Se suele aportar el alimento mediante sonda nasointestinal o gastrostomía, esta última cuando se prevé una duración su-

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- El anciano frágil tiene un alto riesgo de sufrir desnutrición debido a la presencia habitual de anorexia, la pérdida de masa muscular y la falta de actividad física.
- Uno de los cuestionarios más utilizados para el cribado de desnutrición en el anciano frágil es el Mini-Nutritional Assessment.
- En la fase de cribado, el objetivo es diagnosticar la desnutrición o el riesgo de padecerla, mientras que en la fase de valoración se intenta cuantificar esa desnutrición y las causas subyacentes.
- Las intervenciones existentes son multidisciplinarias y engloban la suplementación oral y la nutrición artificial, además de unas pautas de actividad física personalizadas y la posibilidad de tratamiento farmacológico.

perior a las 4-6 semanas. Según la evidencia disponible, su empleo ofrece las siguientes ventajas: a) permite la provisión adecuada de energía, proteínas y micronutrientes; b) permite mantener o mejorar el estado nutricional, aunque la existencia de una situación de desnutrición grave puede dificultar el efecto deseado, y c) algunos estudios han demostrado resultados sólidos en aspectos como la reducción de la estancia media hospitalaria, la mejora en la calidad de vida o el incremento de la supervivencia. Especialmente interesante resulta el dilema ético que se plantea en determinadas situaciones, como la demencia en fases avanzadas.

Programas de ejercicio

La práctica de taichí actúa sobre varios componentes del síndrome de fragilidad, especialmente sobre la velocidad de la marcha, la coordinación óculo-manual, el grado de actividad física y la percepción de la calidad de vida. Sus efectos se basan en la realización de movimientos lentos, rítmicos y controlados, con una baja carga sobre las articulaciones. Por otra parte, los programas estructurados combinan ejercicios de tipo aeróbico y de resistencia con flexibilidad y equilibrio. Su práctica continuada ha demostrado una mejora en la ejecución de pruebas clásicas como el Short Physical Performance Battery y la velocidad de la marcha, lo que desde el punto de vista clínico conlleva una re-

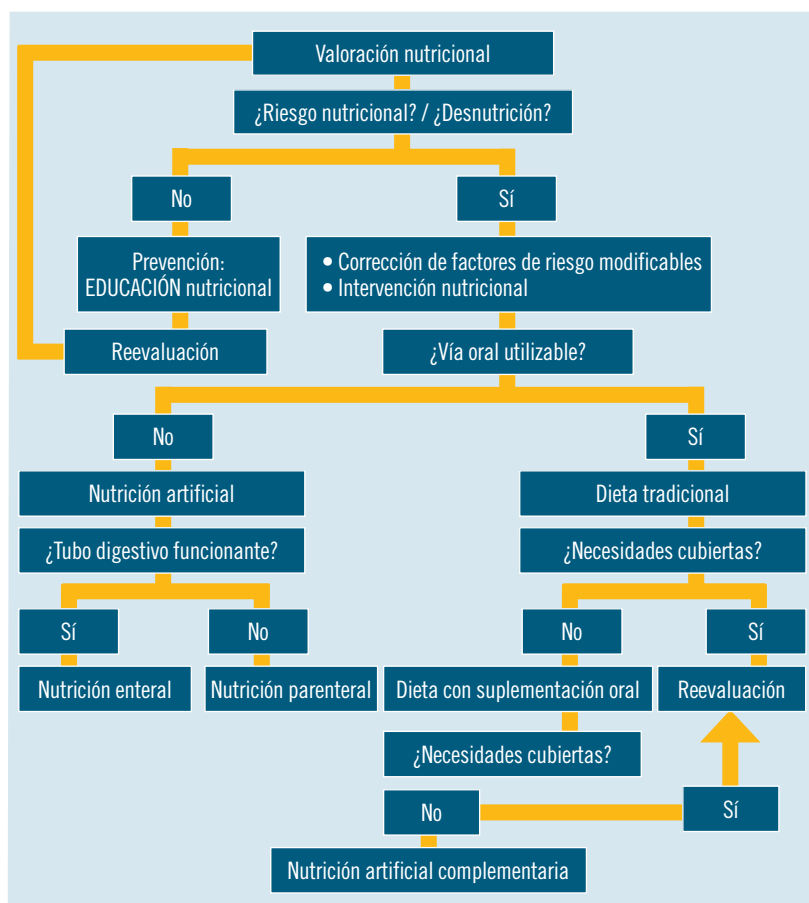


Figura 2. Intervención nutricional

ducción de la discapacidad y la fragilidad. Incluso ha demostrado un efecto beneficioso sobre la densidad mineral ósea en mujeres postmenopáusicas.

Prevención

En este apartado cobra también un especial interés la práctica de ejercicio físico, no solo como favorecedor de masa y fuerza muscular, sino como factor protector de riesgo cardiovascular, modulador en situaciones proinflamatorias y además capaz de mejorar la sensibilidad a insulina. En función del momento de la valoración, el objetivo será prevenir la aparición de la fragilidad o bien enlentecer su desarrollo. En el ámbito de atención primaria, hay que seleccionar aquellas pruebas que sean sencillas de realizar y que, por otra parte, resulten eficaces. En general deben manejarse pruebas funcionales simples, como el

estudio de la velocidad de la marcha o la prueba de levantarse de una silla, andar 3 metros, volver y sentarse de nuevo. La población diana incluiría a todos los sujetos de más de 80 años y a ciertos individuos de edades inferiores pero con un elevado grado de comorbilidad, entendiendo ésta como la coexistencia de varios síndromes geriátricos. Una vez detectada esta situación, conviene descartar la presencia de algunas entidades consideradas reversibles y causa de debilidad y de pérdida ponderal involuntaria. Entre ellas destacan, por su prevalencia, la demencia, la depresión, la disfunción tiroidea, la patología neoplásica y la polifarmacia, entre otras. En este punto es fundamental una correcta comunicación entre la atención primaria y la especializada para poder ubicar al paciente anciano de forma flexible y rápida en alguno de los niveles asistenciales, donde se

realizará una valoración geriátrica integral y una intervención interdisciplinaria que incluya todos los aspectos señalados en el apartado de tratamiento. ■

Bibliografía

- Bauer JM, Kaiser MJ, Sieber CC. Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010; 13: 8-13.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381: 752-62.
- Matía P, Cuesta F. Nutrición en el anciano hospitalizado. *Rev Esp Geriat Gerontol*. 2006; 41: 340-356.
- Salvá A, Coll-Planas L, Bruce S, et al. Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13: 475-483.
- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SENPE-SEGG). Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. Documentos de consenso SENPE-SEGG. Galénitas-Nigra Trea, 2009.
- Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52: 6-11.