

Irene García-Izquierdo<sup>1</sup>  
Elena Rodríguez-Yera<sup>2</sup>  
Carmen Martín-Salinas<sup>3</sup>

1. Enfermera. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
2. Enfermera. Atención Primaria. Centro Vicente Soldevilla. Madrid.
3. Profesora de Grado en Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid.

**Correspondencia:**

Carmen Martín Salinas  
C/Nicaragua 10  
28016 Madrid  
Tel.: 630 45 12 08  
Correo electrónico: carmen.salinas@uam.es

## Plan de cuidado a personas de edad avanzada en riesgo nutricional

### Care plan for elderly people at nutritional risk

#### RESUMEN

**Introducción:** La intervención de enfermería es determinante en la identificación de las personas en riesgo nutricional mediante la inclusión de pruebas de cribado dentro del plan de cuidados enfermero a personas de edad avanzada. Esto facilitaría la identificación precoz de individuos en riesgo nutricional, así como el enunciado de propuestas de intervención para reducir la morbimortalidad de este grupo poblacional.

**Desarrollo del plan de cuidados:** Se han seleccionado dos escalas de cribado nutricional, entre las disponibles en la literatura especializada, para su aplicación por los profesionales de enfermería, y se han propuesto dos diagnósticos enfermeros para el diseño de un plan de cuidados sistematizado que sirva de guía para llevar a cabo una atención individualizada.

**Discusión:** Se propone realizar, mediante intervenciones enfermeras, atención a la salud nutricional, en respuesta a la demanda de las instituciones europeas de luchar contra la desnutrición.

**PALABRAS CLAVE:** cribado nutricional, plan de cuidados, cuidados nutricionales, riesgo nutricional, ancianos no institucionalizados, personas mayores en domicilio.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Nursing intervention is a key determinant in identifying people at nutritional risk by including screening tests within the nursing care plan for the elderly. This would facilitate early identification of individuals at nutritional risk, as well as the terms of reference of offers of intervention for to reducing the morbidity and mortality in this population group.

**Methodology:** Select from the available literature two nutritional screening scales to use by the nursing staff. Additionally, add the nursing diagnosis and systematic care plan as a guideline for an individual care.

**Conclusion:** The target is to attend nutritional health using nursing interventions, in response of the European institutions demand to fight against malnutrition.

**KEYWORDS:** nutritional screening, care nursing, nutritional care, nutritional risk, non-institutionalized elderly, elderly home.

## ■ INTRODUCCIÓN

A partir de la I Conferencia Internacional de Nutrición en Alma Ata, en 1978<sup>1</sup>, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) reconocen a la población anciana como uno de los grupos nutricionalmente más vulnerables. Desde entonces y hasta la II Conferencia Internacional de Nutrición, Roma 2014<sup>2</sup>, y debido al progresivo envejecimiento poblacional, la nutrición en este colectivo está siendo objeto de múltiples estudios.

En España se estima que el 17% de la población (7,9 millones de personas) tiene más de 65 años, y se espera que este porcentaje alcance el 20% en 2020 y el 30,8% en 2050<sup>3</sup>. Una parte de este segmento poblacional mantiene su autonomía funcional y no está institucionalizado. Son personas aparentemente sanas, que viven en sus domicilios de forma autónoma y tienen movilidad para salir de ellos realizando diversas actividades de ocio, cultura y socialización

en los centros sociales de su entorno<sup>4</sup>. No suelen presentar problemas de malnutrición, pero sí constituyen un colectivo de riesgo nutricional, situándose la prevalencia, según un último trabajo de revisión publicado por Sánchez-Muñoz y cols. (2013), entre el 23,9% y el 57,5%<sup>5</sup>. Diversos estudios demuestran que si se mejorara la atención nutricional de este colectivo (cribado universal, evaluación y tratamiento), se conseguiría tener personas mejor nutridas con una clara reducción de las complicaciones (metabólicas, infecciosas, dehiscencias de suturas, etc.), del riesgo de úlceras por presión, cargas de enfermedad, tasas de reingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida y de reducción de la mortalidad<sup>6,7</sup>.

Por otra parte, el proceso de envejecimiento, continuidad de la fase final del periodo de madurez de la edad adulta, se caracteriza por la pérdida progresiva de potencia vital como consecuencia del envejecimiento fisiológico. Está influido, según Lalonde, por factores genéticos y biológicos no susceptibles de modificación alguna, y por factores ambientales y hábitos de vida, entre los que se incluye la ali-

mentación, sobre los que es posible actuar<sup>8</sup>. En este sentido, la desnutrición sobresale como uno de los grandes síndromes geriátricos actuales que, en ausencia de enfermedad, se debe a una disminución de la ingestión de alimentos y está en relación con factores fisiológicos (alteraciones del gusto y el olfato, problemas de masticación y deglución), psicológicos (soledad, aislamiento social, depresión) y sociales<sup>9</sup>.

La trascendencia de este hecho ha provocado acuerdos a nivel mundial, europeo y nacional para implementar, fundamentalmente desde la Atención Primaria de Salud (APS), medidas de detección precoz del riesgo de desnutrición, como primer eslabón del abordaje de este problema de salud<sup>10</sup>.

En consonancia, la intervención de enfermería desde la APS es determinante en la identificación de las personas en riesgo nutricional. Para ello, la inclusión de pruebas de cribado nutricional dentro del protocolo de atención al adulto mayor facilitaría la identificación precoz de individuos en riesgo nutricional, así como el enunciado de problemas y las propuestas de intervención, y contribuir, de este modo, a reducir la morbimortalidad de este grupo poblacional.

## ■ DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN

El plan de cuidado nutricional, encuadrado dentro del proceso de atención de enfermería, consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Comprende la utilización de la Taxonomía Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association<sup>11</sup>, la Clasificación de Intervenciones de Enfer-

mería<sup>12</sup> y la Clasificación de Resultados de Enfermería<sup>13</sup>, y habilita para informar de las necesidades de cuidado con un lenguaje unificado común a la disciplina.

El desarrollo y aplicación de planes de cuidado nutricional facilita la identificación de pacientes en riesgo de malnutrición y contribuye a mejorar la calidad de los cuidados. Incluye la recogida de datos, la valoración y análisis de estos, seguida de la detección de riesgo nutricional y enunciado, dentro de diferentes dominios y según la Taxonomía NANDA, diagnósticos enfermeros adaptados a la situación de salud nutricional identificada. Finalmente, se planifican cuidados y se evalúa la evolución del paciente.

Para la valoración del riesgo nutricional se han utilizado dos escalas de cribado<sup>14,15</sup> (tablas 1 y 2) validadas, sencillas y de fácil manejo, que permiten identificar la existencia de problemas nutricionales. Asimismo, se han seleccionado dos diagnósticos enfermeros de mayor prevalencia en las personas de edad avanzada: 1) “Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales”, perteneciente al dominio NUTRICIÓN y definido como “consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas” y 2) “Deterioro de la deglución”, perteneciente también al dominio NUTRICIÓN, que se define como el “funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica”.

Ambos diagnósticos, con sus correspondientes criterios de resultados e intervenciones y actividades (tablas 3 y 4) pueden servir de guía para el abordaje y seguimiento de las personas con riesgo nutricional tanto en atención primaria como en atención especializada.

**Tabla 1.** Determine su salud nutricional

	Sí	No
Padezco una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
Consumo menos de dos comidas al día	3	0
Consumo poca fruta, verduras y productos lácteos	2	0
Consumo más de 3 vasos de cerveza, licor o vino casi a diario	2	0
Tengo problemas bucales o dentales que dificultan mi alimentación	2	0
No siempre dispongo de dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Consumo tres o más medicamentos recetados o de venta libre al día	1	0
Sin habérmelo propuesto, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos 6 meses	2	0
No siempre me encuentro en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar o alimentarme	2	0
<b>Puntuación</b>		

Puntuación	Evaluación del riesgo	Intervención
0-2	Leve	Reevaluar a los 6 meses
3-5	Moderado	Adoptar medidas para mejorar los hábitos alimentarios
		Reevaluar a los 3 meses
6 o más	Alto	Solicitud de ayuda para mejorar el estado nutricional
		Diagnóstico y tratamiento por el equipo de salud

*Nutrition Screening Initiative, 1991<sup>11</sup>.*

**Tabla 2.** Mini Nutritional Assessment (MNA abreviado)

Preguntas		Respuestas	Puntos
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave	
	1	Anorexia moderada	
	2	Sin anorexia	
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)	0	Pérdida de peso > 3 kg	
	1	No lo sabe	
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3 kg	
	3	No ha habido pérdida de peso	
C. Movilidad	0	De la cama al sillón	
	1	Autonomía en el interior	
	2	Sale del domicilio	
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	0	Sí	
	1	No	
E. Problemas neuropsicológicos	0	Demencia o depresión grave	
	1	Demencia o depresión moderada	
	2	Sin problemas psicológicos	
F. Índice de masa corporal IMC = peso kg/(talla m) <sup>2</sup>	0	IMC < 19	
	1	19 < o = IMC < 21	
	2	21 < o = IMC < 23	
	3	IMC > o = 23	
<b>Puntuación total del cribado (máx. 14 puntos)</b>			

Puntuación	Evaluación del riesgo	Intervención
12 puntos o más	Normal	No es necesario continuar
11 puntos o menos	Posible malnutrición	Continuar la evaluación

Rubenstein 2001<sup>12</sup>.

**Tabla 3.** NANDA: desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

<b>Características y factores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés insuficiente por los alimentos</li> <li>• Ingesta diaria insuficiente</li> <li>• Alteración de la sensación del gusto</li> </ul>			
Resultados NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana	Puntuación final
<b>Apetito</b>	Deseo de comer	Sustancialmente comprometido	2	5
	Disfrute con la comida	Moderadamente comprometido	3	5
	Falta de interés por la comida			
<b>Estado nutricional</b>	Ingestión de alimentos	Desviación moderada del rango normal	3	5
	Relación peso/talla	Desviación leve del rango normal	4	5
	Ingestión de líquidos	Desviación sustancial del rango normal	2	5
<b>Intervenciones (NIC)</b>				
<b>Monitorización nutricional. Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el patrón de comidas</li> <li>• Presentar los alimentos de manera atractiva, agradable, teniendo en cuenta el color, la textura y la variedad</li> <li>• Pesar al paciente cada 15 días</li> <li>• Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional</li> </ul>			
<b>Ayuda para ganar peso. Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar las posibles causas del bajo peso corporal</li> <li>• Controlar el consumo diario de calorías</li> <li>• Determinar las preferencias del paciente respecto a las comidas</li> <li>• Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico</li> </ul>			
<b>Asesoramiento nutricional. Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos</li> <li>• Proporcionar un plan escrito de comidas</li> </ul>			

**Tabla 4.** NANDA: deterioro de la deglución

Características y factores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para vaciar la cavidad oral</li> <li>• Tos y/o atragantamiento</li> <li>• Babeo</li> </ul>			
Resultados NOC	Indicadores	Escala de medición	Puntuación diana	Puntuación final
Estado de deglución: fase oral	Mantiene la comida en la boca	Sustancialmente comprometido	2	5
	Formación del bolo alimentario	Moderadamente comprometido	3	5
	Esfuerzo deglutorio aumentado	Levemente comprometido	4	5
Intervenciones (NIC)				
Terapia de deglución. Actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución</li> <li>• Evitar el uso de pajitas para beber</li> <li>• Enseñar al paciente a no hablar mientras come</li> <li>• Enseñar a la familia a comprobar si han quedado restos de comida retenidos en la boca después de comer</li> <li>• Controlar el peso corporal</li> <li>• Vigilar la hidratación corporal</li> </ul>			

## ■ DISCUSIÓN

En la actualidad, la malnutrición es un problema en auge que afecta sobre todo a las personas de mayor edad, tanto si viven institucionalizadas como en su domicilio. No obstante, con elevada frecuencia, la malnutrición pasa desapercibida ante los profesionales sanitarios, lo que pone de manifiesto la falta de formación o de motivación para la valoración nutricional de los pacientes<sup>16</sup>.

Una realidad actual es que no existen recursos disponibles para evaluar el estado de nutrición de todos los pacientes que acuden a los diferentes centros asistenciales. Sin embargo, si es factible la utilización de herramientas de cribado que permiten realizar una valoración inicial encaminada a detectar precozmente a las personas de mayor edad en riesgo de desnutrición. Esta medida, incluida en un plan de cuidado sistematizado, facilitaría la detección del riesgo nutricional y la provi-

sión de cuidados encaminados a minimizar este problema, de una forma racional, unificada y basada en la evidencia científica.

De esta manera, muchos de los problemas de salud de este grupo tan heterogéneo y vulnerable que tienen su origen en la alimentación podrían ser solventados o al menos paliados, lo que contribuiría a mejorar la calidad de vida de los ancianos, a reducir la predisposición a algunas de las enfermedades más frecuentes, así como a su recuperación. En este sentido, la aplicación de escalas de valoración nutricional podría reducir los costes de la asistencia sanitaria al detectar situaciones de riesgo de malnutrición con posibles consecuencias futuras en el estado de salud.

### Conflicto de intereses

Declaramos que no ha habido conflicto de intereses en la elaboración de este manuscrito.

## ■ BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata; 6-12 de septiembre de 1978; Ginebra: OMS; 1978.
- Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición; Roma: OMS, FAO; 2014.
- WHO (sede web). Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory; 2012 [acceso 24/05/2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es>
- Montejano Lozoya R, Ferrer Diego RM, Clemente Marin G, Martínez Alzamora N. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr Hosp. 2013;28(5):1438-46.
- Sánchez-Muñoz LA, Serrano-Monte A, Pita Álvarez J, Jauset Alcalá C. Valoración nutricional con Mini Nutritional Assessment. Med Clin. 2013;140(2):93-5.
- García de Lorenzo y Mateos A, Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición: un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. Nutr Hosp. 2012;27(4):1060-4.
- Fundación Abott y SENPE. Cuaderno nº 2: Hacia la desnutrición cero en centros hospitalarios: Plan de acción. 2014 [acceso 24/05/2016]. Disponible en: [http://www.senpe.com/DOCS/MAS-NUTRIDOS/CUADERNO2\\_Masnutridos\\_Senpe.pdf](http://www.senpe.com/DOCS/MAS-NUTRIDOS/CUADERNO2_Masnutridos_Senpe.pdf)
- Lalonde M. Guest editorial: A more positive approach to health promotion. Can Nurse. 1974;70:19-20.
- Pérez Llamas F, Carvajal Azcona A. Situaciones fisiológicas y etapas de la vida – Personas mayores. En: Varela Moreiras G, ed. Libro Blanco de la Nutrición en España. [Internet] Madrid. Fundación Española de la Nutrición (FEN); 2013 [consultado 06/05/2016]. Disponible en: <http://www.alimentacion.imdea.org/sites/default/files/pdf/press-releases/2013/Libro%20Blanco%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20FEN%202013.pdf>
- García de Lorenzo y Mateos A, Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición: un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. Nutr Hosp. 2012;27(4):1060-4.
- NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2015.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- American Academy of Family Physicians, American Dietetics Associations, National Council on the Aging. Nutrition Screening Initiative. DETERMINE. Nutrition Screening Manual for Professional Caring for Older Adults. Nutrition Screening Initiative, Washington, DC; 1991.
- Rubestein LZ, Harper JO, Salva A, Guigoz Y, Vella B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mininutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol Ger A Biol Sci Med. 2001;56:M366-M372.
- Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, Núñez Palomo S, Millán Santos I. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. Med Interna (Madrid) [revista en la Internet] 2004 Junio [acceso 24/05/2016]; 21(6):9-18. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992004000600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600002&lng=es)