

Seminarios de diabetes

EL PACIENTE ANCIANO CON DIABETES

Aspectos diferenciales de la nutrición en los pacientes ancianos con diabetes

Differential aspects of nutrition in the elderly diabetic patient

B. Vega Piñero

Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Resumen

Los ancianos con DM son una población de riesgo nutricional, especialmente los institucionalizados y los hospitalizados. Estos pacientes padecen con mayor frecuencia complicaciones macrovasculares de la diabetes, como accidente cerebrovascular o cardiopatía isquémica, además de otros síndromes geriátricos, como demencia, depresión, fragilidad y caídas. Estas situaciones pueden conducir a desnutrición y a la necesidad de soporte nutricional en general, y de nutrición enteral en particular. En este artículo se exponen la valoración nutricional y las guías y recomendaciones nutricionales, tanto de la dieta oral como de la nutrición artificial, en el paciente anciano con diabetes.

Palabras clave: anciano, diabetes mellitus, dieta oral, valoración nutricional, soporte nutricional, nutrición artificial, sarcopenia.

Abstract

Elderly diabetic patients are a population at risk for malnutrition, specially in nursing homes and hospitalised patients. They suffer more frequently macrovascular complications of diabetes like cerebrovascular disease and coronary heart disease, as well as other geriatric syndromes like dementia, depression, frailty and falls. These situations can lead to malnutrition and the need for nutritional support in general, and for enteral nutrition in particular. In this article, we show nutritional assessment and guidelines and nutritional recommendations, both for oral diet and for artificial nutrition, in the elderly patient with diabetes.

Keywords: elderly, diabetes mellitus, oral diet, nutritional assessment, nutritional support, artificial nutrition, sarcopenia.

Introducción

Con el incremento de la expectativa de vida en los países occidentales, la población anciana mayor de 65 años está aumentando. Más aún, en Estados Unidos, el segmento de población con mayor crecimiento es el de ancianos mayores de 85 años.

La prevalencia de la diabetes mellitus de tipo 2 (DM2), como enfermedad edad-dependiente, está aumentando en la mayoría de los países. Así, en Europa, el estudio DECODE (Diabetes Epide-

miology Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe)¹ mostró una prevalencia media del 24% de DM2 (diagnosticada e ignorada) en la población anciana en el año 2003. A escala mundial, la prevalencia esperada de DM2 en ancianos aumenta exponencialmente, de modo que se prevé que se alcanzará la cifra de 300 millones de personas con diabetes mellitus (DM) en 2025².

Los ancianos con DM presentan mayores tasas de muerte prematura, discapacidad funcional y enfermedades coexistentes, como hipertensión, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. También tienen mayor riesgo de presentar otros síndromes geriátricos comunes, como depresión, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, caídas y dolor persistente³.

Los dos grandes estudios realizados en pacientes con DM, el DCCT (Diabetes Control and Complications Trial)⁴ y el UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study)⁵, mostraron la importancia del tratamiento nutricional para alcanzar los objetivos. Además, los ancianos con DM son una población de riesgo nutricional tanto por exceso como, fundamentalmente, por defecto, ya sea en el ámbito domiciliario como en el institucional y el hospitalario.

El anciano con DM posee ciertas peculiaridades desde el punto de vista nutricional, tanto por ser anciano como por ser diabético. Y así, en la valoración, los requerimientos y el soporte nu-

Fecha de recepción: 20 de julio de 2010
Fecha de aceptación: 26 de julio de 2010

Correspondencia:

B. Vega Piñero. Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe. Ctra. de Toledo, km. 12.500. 28905 Getafe (Madrid).
Correo electrónico: belenza1@telefonica.net

Lista de acrónimos citados en el texto:

ADA: American Diabetes Association; AGMI: ácidos grasos monoinsaturados; CB: circunferencia del brazo; CH: carbohidratos; CP: circunferencia de la pantorrilla; DCCT: Diabetes Control and Complications Trial; DECODE: Diabetes Epidemiology Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe; DM: diabetes mellitus; DM2: diabetes mellitus tipo 2; EASD: European Association for the Study of Diabetes; ESPEN: European Society of Parenteral and Enteral Nutrition; FDM: fórmulas de nutrición enteral específicas para pacientes con DM; FS: fórmulas estándares; GNRI: Geriatric Nutritional Risk Index; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; IMC: índice de masa corporal; MNA: Mini Nutritional Assessment; NE: nutrición enteral; NP: nutrición parenteral; NSI: Nutrition Screening Initiative; OMS: Organización Mundial de la Salud; SO: suplementos orales; UKPDS: United Kingdom Prospective Diabetes Study; UPP: úlceras por presión; VCT: valor calórico total.

tricional deben tenerse en cuenta ambas circunstancias, la de anciano y la de diabético. Existen muchas guías sobre nutrición en ancianos y en personas con DM, pero muy pocas recomendaciones nutricionales específicas para ancianos diabéticos.

Fisiopatología del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural que incluye una serie de cambios fisiológicos, patológicos y psicosociales, algunos de ellos con repercusión sobre el estado nutricional en el anciano.

Entre los **cambios fisiológicos** figuran:

- Cambios en la composición corporal, con pérdida de masa magra (celular, muscular, ósea y de agua corporal) y aumento de la masa grasa. En realidad, se produce una redistribución en la grasa corporal, con un incremento progresivo de la grasa abdominal (subcutánea y, sobre todo, visceral), en detrimento de la de las extremidades. La sarcopenia se define⁶ como la pérdida progresiva de masa muscular esquelética que se produce con la edad, y que conduce a una disminución de la fuerza muscular y de la capacidad para el ejercicio, así como a un aumento de la fatigabilidad. Si es excesiva, puede producir discapacidad funcional y fragilidad. La existencia de obesidad en un anciano no le excluye de presentar sarcopenia, ya que pueden ir asociadas. Así, la obesidad sarcopénica⁷ es un síndrome geriátrico emergente y complejo que implica un gran riesgo de complicaciones.
- Las modificaciones anteriores conducen a una serie de cambios metabólicos. Con la edad, el gasto energético disminuye debido a dos razones: por la reducción del metabolismo basal (que depende de la masa magra que, como se ha señalado, está disminuida en el anciano) y por la disminución de la actividad física que, por diversos motivos, presentan la mayoría de los ancianos. Con la edad disminuye la síntesis proteica y también la producción de las dos principales proteínas musculares: miosina y actina.
- Cambios en los órganos de los sentidos, como la alteración del olfato y el gusto (lo que favorece la anorexia), la disminución de la agudeza visual y la pérdida auditiva, que dificultan el acceso a los alimentos y a su preparación.
- Alteraciones en el aparato digestivo⁸, que incluyen problemas de masticación (pérdida de piezas dentales, xerostomía...), deglución (disfagia motora), disminución de la motilidad esofágica, retraso en el vaciamiento gástrico, gastritis atrófica de tipo B (no autoinmunitaria) en el 25% de los mayores de 60 años que conduce a hipoclorhidria, y absorción deficiente de vitamina B₁₂. El estreñimiento es un problema muy común, que se ve agravado por la disminución de la actividad física y la escasa ingestión de líquidos.

Entre los **cambios patológicos** figuran:

- Las comorbilidades que presentan estos pacientes favorecen el catabolismo y la desnutrición.
- La polimedicación puede favorecer la desnutrición, ya que algunos fármacos producen anorexia, xerostomía, disgeusia, estreñimiento, etc.

Entre los **cambios psicosociales** figuran:

- La soledad, el aislamiento social, la depresión y la pobreza, que dificultan una alimentación adecuada.
- La pérdida de autonomía, con dificultad para hacer la compra y cocinar.
- La presencia de hábitos alimentarios caprichosos o anómalos, con dietas demasiado restrictivas y monótonas que impiden una alimentación equilibrada.

Valoración nutricional en el anciano con diabetes

La prevalencia de desnutrición varía según la situación del anciano. Así, el gran estudio epidemiológico Euronut-SENECA⁹, realizado con 2.600 ancianos de 12 países europeos, estableció la prevalencia de desnutrición en los ancianos que viven en la comunidad en un 4%. Este porcentaje aumenta en las residencias de ancianos (30%) y aún más en el anciano hospitalizado (50%). Entre los ancianos hospitalizados, el 30% tiene DM.

En la valoración nutricional del anciano con DM es importante analizar adecuadamente la historia clínico-dietética y llevar a cabo una detallada exploración física, la medición de una serie de parámetros antropométricos y bioquímicos, y la aplicación de una serie de pruebas de valoración global específicamente diseñadas para el paciente geriátrico.

En la **historia clínico-dietética** es importante destacar la situación basal física, funcional y mental, así como la situación familiar y socioeconómica. Hay que buscar alteraciones como cambios en la ingesta o el apetito, dificultad para masticar o tragar, vómitos, alteraciones en el ritmo intestinal, pérdida reciente de peso (voluntaria o involuntaria), número de comidas/día, horario, frecuencia y lugar, cantidad de líquidos que se ingieren, y la preferencia o el rechazo de ciertos alimentos.

En la **exploración física**, además de la valoración clínica habitual, es importante observar el estado de hidratación y la exploración de la piel, el cabello y las uñas (en busca de un déficit de micronutrientes), y también de la boca y la cavidad oral, para evaluar la capacidad para la alimentación oral.

Los **parámetros antropométricos** fundamentales que deben establecerse en un paciente anciano son el peso, la talla y el cálculo del índice de masa corporal (IMC). En la población anciana, debido a la pérdida de talla que se produce con la edad, el IMC normal se desplaza a la derecha¹⁰, siendo normales los valores de 23 a 28 kg/m². También es de gran utilidad la medida de otros parámetros antropométricos como los pliegues cutáneos (especialmente el pliegue cutáneo tricípital) y las circunferencias del brazo (CB) y pantorrilla (CP).

Entre los **estudios bioquímicos**, el valor de laboratorio más comúnmente utilizado es la albúmina sérica. Por su larga vida media (14-20 días) y por los factores que influyen en sus niveles, como las diversas patologías que afectan a su síntesis, distribución y catabolismo, la albúmina no es un buen marcador nutricional. Sin embargo, un nivel bajo de albúmina sí es un buen marcador de riesgo y de mal pronóstico^{11,12}. Otros parámetros de mayor utilidad por su vida media más corta son la transferrina, la prealbúmina y la proteína enlazante del retinol.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3253847>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3253847>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)