



XXXII Congreso
de la SoMaMFyC

Colegio Salesianos de Atocha (Calle Sebastián Elcano 35)

Suplementos y alimentación enriquecida en la vejez.

Abordaje integral de la desnutrición: prevalencia, diagnóstico y manejo
nutricional en la población anciana.

GdT Nutrición SoMaMFyC

Victoria Morcillo Cebolla



Problemas frecuentes en el anciano

Enfermedades crónicas no transmisibles

- Cardiovasculares
- Cáncer
- Respiratorias
- Musculoesqueléticas
- Neurológicas

Síndromes geriátricos

- Fragilidad y sarcopenia
- Deterioro cognitivo
- Caídas y polifarmacia
- Incontinencia
- **Desnutrición**

Los síndromes geriátricos son condiciones **multifactoriales** cuya prevalencia aumenta con la edad y comparten factores de riesgo comunes.



Sanford AM et al. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS One*. 2020;15(6):e0233857.

Prevalencia del Riesgo de Desnutrición.

Estudio VERISAÚDE 2016 Nacional*

- 14.3% riesgo de desnutrición
- 23.7% desnutrición en hospitalizados
- 28.7 % desnutrición en institucionalizados → 29.7% en 10 años (SeDREno study)

Estudio DREAM+65 2016 Comunidad de Madrid**

- 23,3% riesgo de desnutrición
- 21.7% desnutrición en hospitalizados
- 15.6% desnutrición en institucionalizados

Se estima que estos datos estarían probablemente **infraestimados**.***

El estudio PREDYCES realizado en 31 hospitales españoles estimó un **sobrecoste de hasta un 50%** adicional en los pacientes con desnutrición con respecto a los pacientes no desnutridos.****

*Maseda A et al. VERISAÚDE study. *Public Health Nutr.* 2016.

**Cuenda C et al. DREAM+65 Study. *Nutr Hosp.* 2016. Cuenda C, Álvarez J, Ramos P, Abánades JC, García-de-Lorenzo A, Gil P, de-la-Cruz JJ. Prevalence of malnutrition in subjects over 65 years of age in the Community of Madrid. The DREAM+65 Study. *Nutr Hosp* 2016;33:263-269

***Rosa López Mongil, José Antonio López Trigo, Ángela Hemández Ruiz, et al. *Cuaderno no 5. Hacia la desnutrición cero en residencias de ancianos y centros de día.* <https://www.alianzamasnutridos.es/uploads/cuadernos/pdf/811ba35b670d439c9a3eb2ee5fb2ed20.pdf> (2018, accessed 1 October 2023).

****Zugasti Murillo A, et al. SeDREno study - prevalence of hospital malnutrition according to GLIM criteria, ten years after the PREDYCES study.

Nutr Hosp. 2021 Oct 13;38(5):1016-1025. English. doi: 10.20960/nh.03638. PMID: 34157845.

Clasificación de la Desnutrición

Estado resultante de la falta de ingesta o absorción de nutrientes que altera la composición corporal y la masa celular, deteriorando la función física y mental.

Sin relación con enfermedad

Cambios fisiológicos del envejecimiento (gusto, olfato, visión), problemas socioeconómicos o psicológicos.

Con enfermedad, SIN inflamación

Disfagia, enfermedades neurológicas, anorexia, limitaciones mecánicas para la alimentación.

Con enfermedad y CON inflamación

(mayor gasto energético en reposo)

Aguda: quemaduras, traumatismos.
Crónica: caquexia oncológica, EPOC, insuficiencia cardíaca, ERC.

Cederholm T et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*. 2016;36:49–64.

Consecuencias de la Desnutrición

El deterioro nutricional sostenido se asocia con consecuencias graves e irreversibles:

Impacto Funcional y Vital

- Mayor riesgo de discapacidad en ABVD e AIVD
- Mayor mortalidad a 10 años

La combinación desnutrición+sarcopenia cuadruplica la mortalidad

Sarcopenia, Fragilidad y Calidad de Vida

- La desnutrición triplica el riesgo de sarcopenia
- Los ancianos desnutridos tienen casi 3 veces más probabilidad de mala calidad de vida

Wei K et al. Nutrition. 2019. · Prokopidis K et al. Adv Nutr. 2025. · Rasheed S, Woods RT. Ageing Res Rev. 2013..

Prokopidis K, Testa GD, Giannaki CD, Stavrinou P, Kelaiditi E, Hoogendijk EO, Veronese N. Prognostic and Associative Significance of Malnutrition in Sarcopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Adv Nutr. 2025 May;16(5):100-428. doi: 10.1016/j.advnut.2025.10.0428. Epub 2025 Apr 11. PMID: 40222723; PMCID: PMC12099873

Rasheed S, Woods RT. Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013 Mar;12(2):561-6. doi: 10.1016/j.jarr.2012.11.003. Epub 2012 Dec 8. PMID: 23228882.



Diagnóstico de Desnutrición: Enfoque Estructurado



La detección precoz mediante cribado sistemático, seguida de una valoración completa y el uso de los criterios **GLIM**, constituye el estándar actual recomendado por ESPEN.

Cribado Nutricional: Herramientas Validadas

Mini Nutritional Assessment - Short Form MNA_SF

Herramienta de cribado simple y rápida que ayuda a identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas. Está validada para la población mayor como una herramienta de cribado independiente, basada en la versión larga del MNA®.

Cribaje	
A ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos 3 meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?	[Elegir opción]
B ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?	[Elegir opción]
C Movilidad	[Elegir opción] ▾
D ¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?	[Elegir opción]
E ¿Problemas neuropsicológicos?	[Elegir opción]
F1 ¿Índice de masa corporal (IMC)? = peso en kg / (talla en m) ²	[Elegir opción] ▾
SI EL IMC NO ESTÁ DISPONIBLE, REEMPLACE LA PREGUNTA F1 POR LA F2. NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI LA F1 YA HA SIDO CONTESTADA.	
F2 Perímetro de la pantorrilla (PPa) en cm	[Elegir opción]
TOTAL PUNTUACIÓN (max. 14 puntos)	0
12-14 puntos:	Estado nutricional normal
8-11 puntos:	Riesgo de desnutrición
0-7 puntos:	Desnutrición

MNA-SF — Primera elección en el adulto mayor

Validado por geriatras para mayores de 65 años en todos los ámbitos asistenciales. Recomendado por ESPEN y el PAPPS de Atención Primaria.

Evalúa: ingesta, pérdida de peso, movilidad, enfermedad aguda, problemas neuropsiquiátricos e IMC. **Puntuación <12 riesgo de desnutrición.**

Otras herramientas

- **MUST** — Atención primaria y hospitalaria adultos menores de 65 años. Evalúa tres parámetros: el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de peso involuntaria y el efecto de una enfermedad aguda. Dependiendo de la puntuación obtenida (0 para riesgo bajo, 1 para moderado, 2 o más para alto), establece un protocolo de actuación clínica.
- **NRS-2002** — Pacientes hospitalizados

Valoración Nutricional Completa

1

Historia Clínica

Identificar causas de aumento del gasto energético (oncología, EPOC, demencia, UPP) o reducción de la ingesta (ictus, Parkinson, depresión).

Valoración ingesta.

Polifarmacia: mayoría de fármacos tienen efectos GI (anorexia, xerostomía, náuseas). Consulta: MEDYNUT.COM

2

Evaluación Antropométrica

IMC: $<22 \text{ kg/m}^2$ en ≥ 70 años = desnutrición.

Pérdida de peso involuntaria.

También:
perímetro braquial, perímetro pantorrilla, velocidad de marcha.

3

Parámetros Bioquímicos

albúmina, ferritina, transferrina, ácido fólico, vitamina B12, vitamina D, PCR.



Son marcadores de inflamación relacionados con el riesgo nutricional, no son dx el estado de [nutrición](#).

Valoración de la Ingesta

Aspectos Clave a Evaluar

- Alergias e intolerancias alimentarias
- Uso inadecuado de dietas restrictivas
- Presencia de **disfagia**
- Preferencias y hábitos culturales



Métodos de Registro

Recordatorio 24h

Método retrospectivo. Indicado en pacientes de la comunidad.

Registro Prospectivo

Método prospectivo de registro de ingesta. Indicado en pacientes institucionalizados.

Nombre:

Tipo de dieta a realizar

Fecha:

Basado en que los requerimientos habituales de los pacientes oscilan entre 1800-2200 kcal y 80-120 g de proteínas.

1 punto equivalente a ~ 200 kcal y 10 g de proteínas

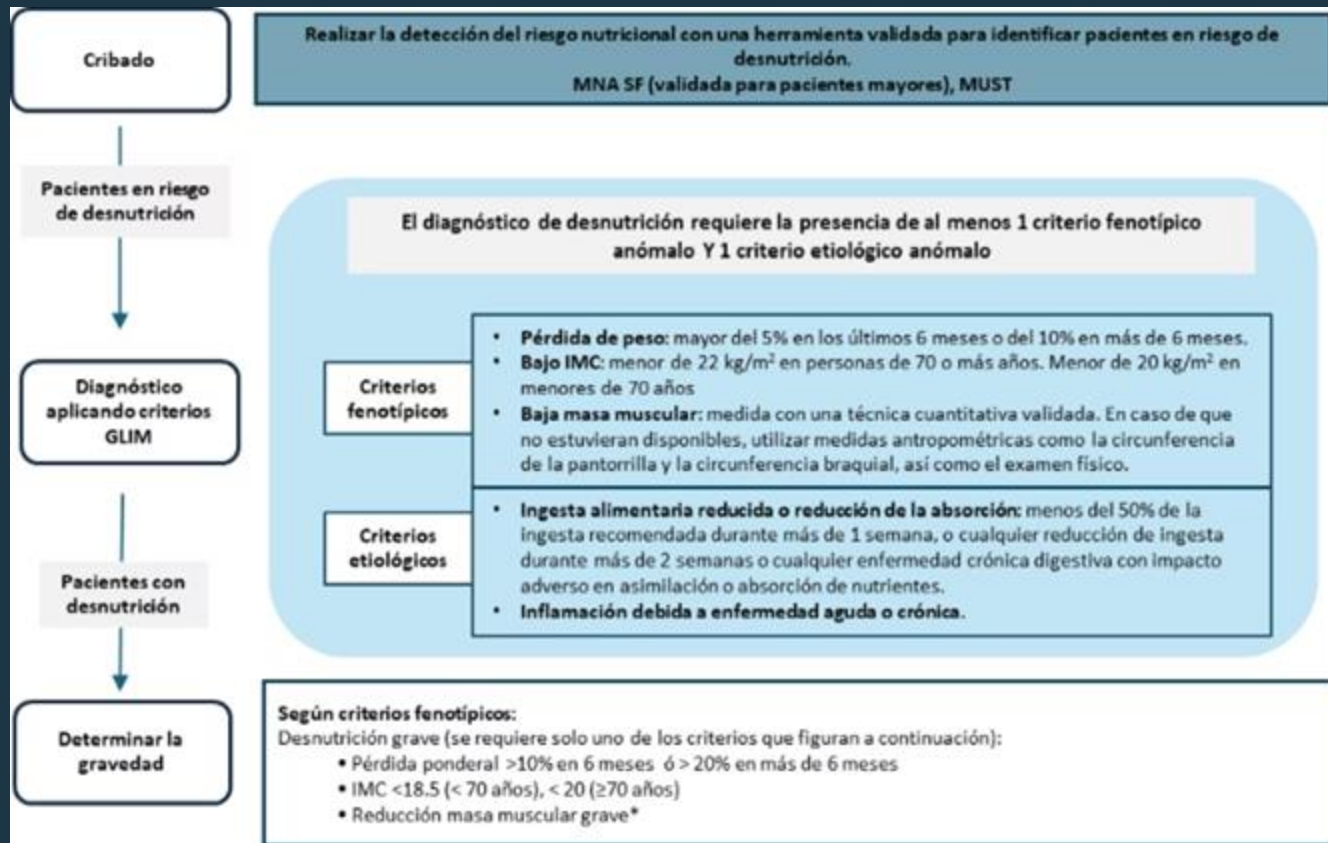
Desayuno					
	2	1,5	1	0,5	0
Comida					
	4	3	2	1	0
Cena					
	4	3	2	1	0
Extras					
	1	0,75	0,5	0,25	0

Rodee con un círculo en cada comida la opción que se adapte mejor a la ingesta del paciente (todo el menú, mitad, un cuarto, nada)

Valoración de la ingesta por puntos: TOTAL:puntos

8 puntos o más	Ingesta adecuada
5 puntos o más	Ingesta moderada
4 puntos o menos	Ingesta pobre

Diagnóstico: Criterios GLIM



*Según técnicas validadas de composición corporal o mediciones antropométricas como circunferencia muscular del brazo, perímetro pantorrilla o examen físico nutricional. Actualmente no se recomienda la medición de la medida de la fuerza muscular como medición sustituta de masa muscular.

Intervenciones Etiológicas y de Soporte

Intervenciones etiológicas

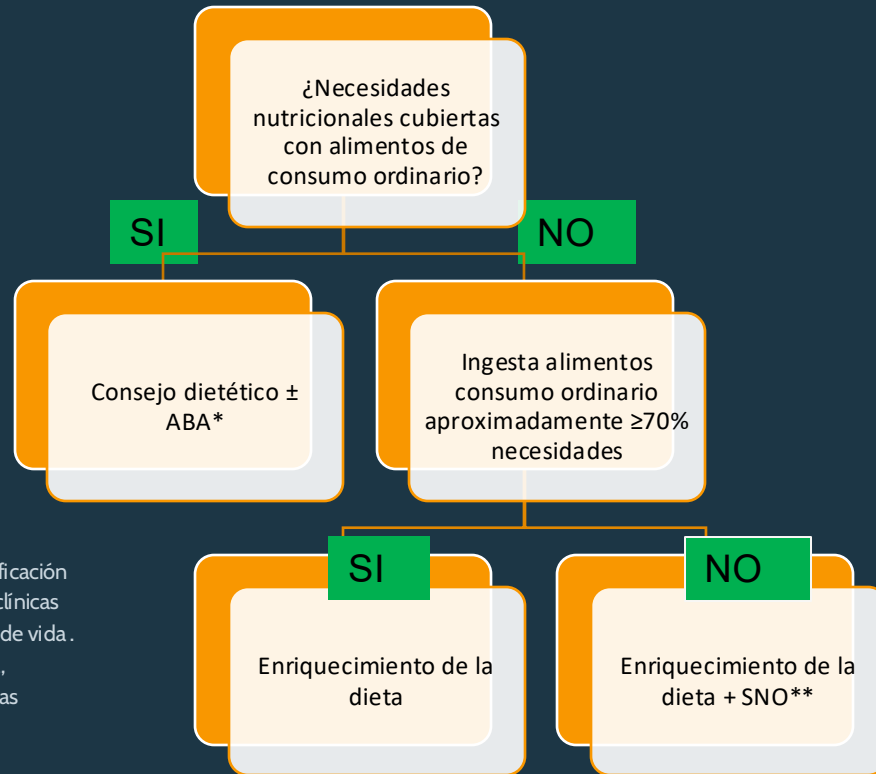
- Revisión de medicamentos con efecto sobre el apetito
- Tratamiento dental o de disfagia
- Evitar restricciones dietéticas innecesarias
- Ayudas para comer de forma independiente
- Ayuda domiciliaria y comidas a domicilio

Intervenciones de soporte

- **Evidencia fuerte:** Asistencia durante las comidas · Ambiente hogareño en instituciones
- **Evidencia media:** Comidas a domicilio de alta densidad energética · Asesoramiento nutricional individualizado
- **Buena práctica:** Actividad física · Comidas compartidas

Cruz-Jentoft AJ, Volkert D. Malnutrition in Older Adults. *N Engl J Med.* 2025;392:2244-2255

Intervenciones alimentarias



*ALIMENTACIÓN BÁSICA ADAPTADA: Modificación de la dieta según las diferentes condiciones clínicas para alcanzar una óptima nutrición y calidad de vida. Son dietas trituradas de alto valor nutricional, modificadores de la textura (espesantes, aguas gelificadas).

**SNO: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES

Consejo Dietético y Requerimientos Nutricionales

Ejemplos de alimentos que contienen 30 g de proteínas



⚡ Energía

Aproximadamente 30 kcal/kg/día
32–38 kcal/kg/día si IMC < 21 kg/m

*cálculos de las necesidades calóricas mediante la Ecuación de Harris-Benedict (tiene en cuenta el factor de actividad física y estrés)

🍖 Proteínas (12-17%)

1-1.2 g/kg/día
hasta 2 g/kg en enfermedad grave.
IR < 30 no diálisis: no superar 0.8 g/kg/día

💧 Hidratación

30–35 ml/kg/día
1.6–2 L/día preferentemente agua y bebidas no azucaradas

🌿 Otros Macronutrientes

HC: 50–60% (azúcares simples menos del 10% de HC)
Lípidos: 30–35% (favoreciendo los monoinsaturados)
Fibra: 25–30 g/día

La alimentación debe ser **individualizada** considerando preferencias, capacidad de masticación/deglución, acceso a alimentos y comorbilidades. Evitar restricciones innecesarias (dietas hiposódicas, hipocalóricas).

Favorecer la variedad alimentaria para cubrir micronutrientes. Suplementos de vit D en no exposición solar. Posible déficit ácido fólico y tiamina en alcoholismo. Déficit de B12 en malabsorción, ingesta crónica de IBPs o metformina, dietas restrictivas.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

Use aceites saludables (como aceite de oliva y colza) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la mantequilla. Evite las grasas trans.



Cuanto más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

Coma muchas frutas y de todos los colores.



¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource



Beba agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y los zumos (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

Coma cereales (granos) integrales variados (como pan integral, pasta integral, y arroz integral). Limite los cereales refinados (como arroz blanco y pan blanco).

Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas), y frutos secos; limite las carnes rojas y el queso; evite el beicon, fiambres, y otras carnes procesadas.

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu



Cuando las necesidades nutricionales cubiertas en más del 70% alimentos de consumo ordinario

Evidencia de efectividad

Un metaanálisis de **16 estudios (n=891)** en residencias demostró que las dietas fortificadas aumentan significativamente la ingesta energética y proteica frente a menús estándar.*

Comidas enriquecidas durante **12 semanas** mejoran el MNA, la fuerza de prensión y reducen el riesgo de fragilidad en ancianos desnutridos comunitarios.**

⚠ A pesar de su eficacia y bajo coste, la fortificación frecuentemente no se aplica en hospitales ni residencias.



Alimento base	Método	Aporte adicional
Purés de verduras	Aceite de oliva, mantequilla o crema	+90–180 kcal/cucharada
Sopas y cremas	Huevo batido, queso, crema de leche, nata líquida	+70 kcal y 6 g proteína
Cereales	Leche entera, frutos secos	+50–100 kcal/porción
Batidos de frutas	Yogur griego, mantequilla de cacahuete	+100–150 kcal, 10–15 g prot.
Postres	Leche entera, huevo extra	+70 kcal y 6 g proteína

*Sossen L, Bonham M, Porter J. Can fortified, nutrient-dense and enriched foods and drink-based nutrition interventions increase energy and protein intake in residential aged care residents? A systematic review with meta-analyses. *Int J Nurs Stud.* 2021 Dec;124:104088

**Struszczyk L et al. *J Nutr Health Aging.* 2025;29(2):100429.

Espesantes, módulos proteicos y L-arginina

❑ Espesantes a base de almidón

- Más lento en la preparación.
- Aspecto turbio, pueden quedar grumos y presentan cierto sabor almidonado.
- En temperatura fría se muestran más duraderos.
- Espesan antes con productos ácidos.
- Revierte efecto con el tiempo y por degradación de la amilasa salivar.

❗ Espesantes a base de gomas

- Requieren agitación vigorosa.
- Mejor aspecto y menos grumos.
- No varían con temperatura ni otros factores.
- Más estables en el tiempo y resistentes a la amilasa salivar.
- Más caros.

Las cantidades necesarias de cada espesante para conseguir la textura deseada no son equivalentes. Consultar las recomendaciones del fabricante.

✔ Proteínas → Módulo proteico

Presentación en polvo (bote o sobre). Compuestos exclusivamente por proteínas de alto valor biológico.

Están indicados para aumentar el contenido proteico de la dieta cuando no pueda obtenerse mediante alimentos de uso ordinario. Se pueden utilizar en pacientes con intolerancia a la lactosa.

⚠ L-Arginina

Módulo de L-arginina. Presentación en polvo (bote o sobre).

Nutrientes específicos para úlceras por presión.



MÓDULOS: constituidos por un solo nutriente y nutricionalmente incompleto

Cuando las necesidades nutricionales cubiertas en menos del 70% con alimentos de consumo ordinario

Evidencia de eficacia

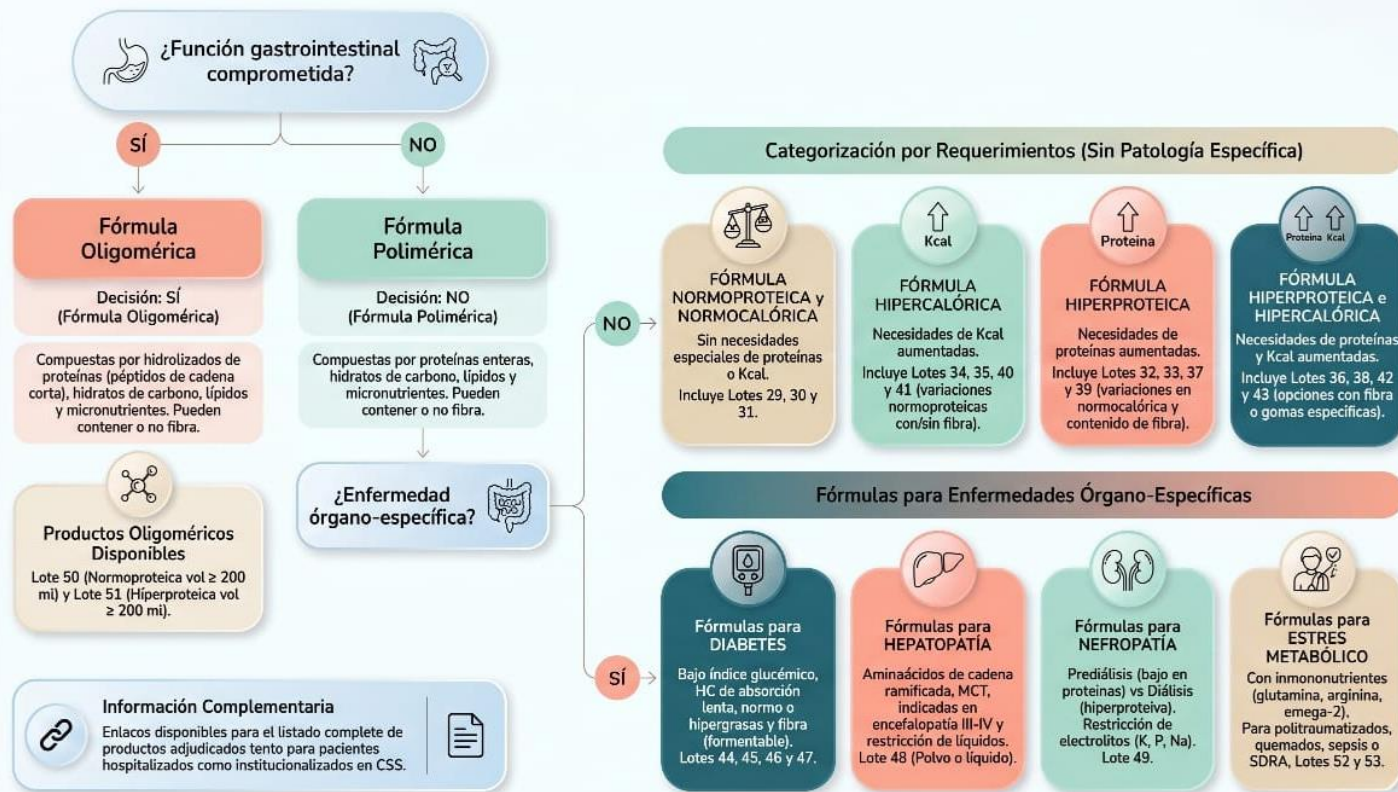
Metaanálisis Cochrane 2026 (21 ensayos, 3.309 pacientes hospitalizados ≥ 65 años): los SNO reducen la mortalidad y eventos adversos graves a 30 días vs. cuidado estándar.

- **EFFORT:** >2.000 pacientes hospitalizados; el soporte nutricional individualizado mejoró la capacidad funcional a 30 días y redujo reingresos y mortalidad
- **NOURISH:** 600 pacientes; 3 meses de SNO asociados con reducción de mortalidad de casi el 50% tras el alta



Los SNO son un **complemento** a la dieta enriquecida, no un sustituto. Deben aportar al menos 400kcal/día y 30g/día de proteínas. Mínimo un mes. Valoración nutricional completa cada 3 meses. No se recomienda su uso crónico sin revisión periódica.

Algoritmo de Decisión: Tipos de Productos Dietoterápicos



Mensajes Clave

Alta prevalencia, alto impacto

La desnutrición es un factor de riesgo independiente para discapacidad, fragilidad, sarcopenia y mortalidad, con especial prevalencia en residencias y hospitales.

Requerimientos claros

30 kcal/kg/día de energía y ≥ 1 g/kg/día de proteínas (hasta 2 g/kg/día en enfermedad grave). Diagnóstico mediante criterios **GLIM**.

Jerarquía de intervención

Consejo dietético → Enriquecimiento de la dieta → SNO
→ Nutrición enteral/parenteral. El manejo debe ser siempre **individualizado**.

Brecha entre evidencia y práctica

A pesar de la sólida evidencia, el enriquecimiento de la dieta y los SNO no se aplican sistemáticamente en los entornos donde más se necesitan.



MUCHAS GRACIAS