

¿Existe el tratamiento alimentario en el síndrome de fragilidad?

Ana Mayela Gómez Flores.
Licencia en Nutrición.
Universidad del Valle de Atemajac.

Introducción

El término de fragilidad se refiere a una pérdida de reserva funcional que hace al anciano más propenso a presentar deterioro de sus funciones, donde se incluyen, al menos, la inactividad física y la desnutrición. Esto conduce a una pérdida de masa muscular; un fenómeno, denominado sarcopenia, donde se favorece la aparición de inmovilidad, la disminución del apetito y una menor ingestión de alimentos.

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 un asilo. ⁽¹⁾

Por ello la importancia de abordar, la relación que existe entre nutrición y fragilidad como síndrome.

Corresponde a un sujeto vulnerable a ser blanco de agentes externos y con una capacidad limitada para enfrentarse a ellos. En términos de prevalencia, afecta hasta al 20-30% de individuos con más de 75 años y se incrementa con la edad. ⁽¹⁾

En la mayoría de los casos se observa, un estado preclínico caracterizado 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 en este momento cuando las intervenciones nutricionales son más eficaces.

La modificación de la ingesta alimentaria sería un punto clave al momento 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. ⁽²⁾

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. ⁽³⁾

Con el envejecimiento, se hace más evidente la prevalencia de malnutrición y especialmente de desnutrición, sobre todo si se padecen enfermedades crónicas, en muchas ocasiones la politerapia para el manejo de estas enfermedades (medicamentos), pueden ocasionar trastornos relacionados con el apetito y la nutrición (náuseas, vómito, diarrea, etc.).

El enfoque siempre se debería ser 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. 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 una pruebas de laboratorio, que complementan pero no sustituyen a la adecuada valoración nutricional ⁽⁴⁾

Los aspectos fundamentales del tratamiento del paciente frágil, radican en la modificación de la dieta habitual, el empleo de suplementos para cubrir las necesidades energéticas calculadas y la utilización de nutrición artificial (enteral o parenteral) según la enfermedad que padezca.

Modificación de la dieta habitual

Evitar 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. 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. ⁽⁴⁾

Nutrición artificial

En caso de ser necesaria, 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 superior 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. ⁽⁵⁾