

**CRITERIOS GLIM  
PARA EL DIAGNÓSTICO  
DE LA DESNUTRICIÓN  
INFORME DE CONSENSO<sup>1</sup>**

# GLIM CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF MALNUTRITION - A CONSENSUS REPORT FROM THE GLOBAL CLINICAL NUTRITION COMMUNITY [1]

Aunque la desnutrición es un problema global que se asocia a resultados clínicos y funcionales adversos, no se disponía de un consenso aceptado sobre sus criterios diagnósticos [1].

En este contexto, el objetivo de la iniciativa GLIM es establecer un consenso global en la determinación de criterios de desnutrición en el entorno clínico.

En enero de 2016 varias sociedades relevantes de nutrición, incluyendo American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) y The Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia (PENSA) convocaron la iniciativa GLIM y crearon un comité para liderar el proyecto.

El consenso empírico se elaboró a través de reuniones y comunicaciones periódicas realizándose un enfoque en dos pasos:

- Identificación del riesgo de desnutrición a través de herramientas validadas.
- Evaluación del diagnóstico y la clasificación del grado de severidad de la desnutrición.

Los criterios potenciales fueron evaluados y votados entre los miembros del GLIM y los grupos de apoyo. Los 5 criterios más puntuados fueron los 3 criterios fenotípicos y 2 etiológicos que se indican en la tabla 1. Para la identificación del riesgo de desnutrición se seguirán 5 criterios, 3 criterios fenotípicos y 2 etiológicos.

# CRITERIOS DE DESNUTRICIÓN

**TABLA 1.** Criterios de desnutrición

FENOTÍPICOS
<p>Pérdida de peso involuntaria. IMC bajo. Disminución de la masa muscular.</p>
ETIOLÓGICOS
<p>Disminución de la ingesta o de la asimilación. Carga de enfermedad e inflamación. Enfermedad o lesión aguda o relacionada con enfermedades crónicas.</p>
<p><i>El diagnóstico de malnutrición requiere como mínimo un criterio etiológico y uno fenotípico.</i></p>

## PÉRDIDA DE PESO NO VOLUNTARIA (%)

> 5% en los últimos 6 meses o > 10% en más de seis meses.

## IMC BAJO (KG/M<sup>2</sup>)

< 20 si menor de 70 años o < 22 si mayor de 70 años.  
Asia: < 18,5 si menor de 70 años o < 20 si mayor de 70 años.

## REDUCCIÓN DE LA MASA MUSCULAR

Aunque no hay un consenso completo en la medición y valores límite, en la tabla 2 se indican ejemplos de valoración.

## DISMINUCIÓN DE LA INGESTA O DE LA ASIMILACIÓN

Menor o igual al 50% de las necesidades energéticas durante una semana o cualquier reducción durante más de dos semanas o presencia de cualquier condición que altere la asimilación o absorción de nutrientes.

## CARGA DE ENFERMEDAD E INFLAMACIÓN

La presencia de inflamación es un criterio etiológico ampliamente aceptado (tabla 1).

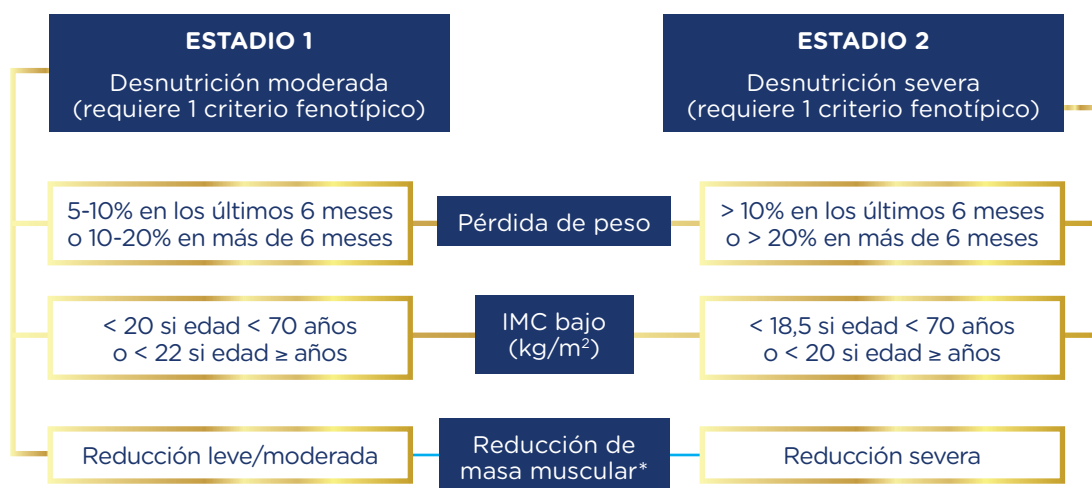
**TABLA 2** Ejemplos de valores límite en la evaluación de la reducción de la masa muscular

	HOMBRES	MUJERES
Índice de masa magra apendicular esquelética (kg/m <sup>2</sup> ) [2]	< 7,26	< 5,25
Índice de masa magra apendicular esquelética kg/m <sup>2</sup> ) [3]	< 7	< 6
Índice de masa libre de grasa (kg/m <sup>2</sup> ) [4]	< 17	< 15
Masa magra apendicular esquelética [5]	< 21,4	< 14,1
Masa magra apendicular esquelética ajustada por IMC [6]	< 0,725	< 0,591

# VALORACION DEL GRADO DE DESNUTRICIÓN

Figura 1. Valoración del grado de severidad de la desnutrición

De acuerdo con los criterios que se exponen en la figura 1, el comité recomienda clasificar la desnutrición en estadio 1 (moderada) y estadio 2 (grave).



DXA: densitometría ósea.

\*Por ejemplo masa magra apendicular medida a través de DXA u otros métodos como bioimpedancia eléctrica, TC o resonancia magnética. Si no se dispone de estas técnicas, puede utilizarse el examen físico o medidas antropométricas como la circunferencia de la pantorrilla o el brazo. Las evaluaciones funcionales como la dinamometría con la fuerza de prensión, pueden usarse como medida de apoyo.

## RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Sería importante utilizar estos criterios en estudios observacionales y en ensayos clínicos para validar su relevancia en la práctica clínica. Asimismo es relevante identificar superposiciones o solapamientos con síndromes como la caquexia o la sarcopenia.

Los criterios GLIM deberían ser reevaluados cada 3-5 años según la disponibilidad de nuevos datos.

Muchos estudios proporcionan evidencia clara de que los criterios acordados para el diagnóstico de desnutrición son altamente relevantes y cada uno de ellos por sí solo es capaz de predecir resultados clínicos adversos.

Las recomendaciones de consenso de GLIM se van a compartir con la Organización Mundial de la Salud en el contexto del proceso de revisión de la CIE (CIE-11). Esta es una alta prioridad porque este esquema de clasificación guía el diagnóstico clínico.

Los criterios GLIM se dirigen a adultos en entorno clínico pero, conjuntamente con organizaciones internacionales como la OMS, se podría explorar su uso potencial en otros entornos.

# CRITERIOS GLIM PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DESNUTRICIÓN

**DETECCIÓN DE RIESGOS**

**PACIENTES EN RIESGO**

Utilizar herramientas de valoración

**EVALUCIÓN DIAGNÓSTICA**

**CRITERIOS FENOTÍPICOS**

Pérdida de peso no voluntaria

IMC bajo

Disminución de la masa muscular

**CRITERIOS ETIOLÓGICOS**

Disminución de la ingesta o de la asimilación

Presencia de proceso inflamatorio o enfermedad

**DIAGNÓSTICO**

**CUMPLE CRITERIOS DE DESNUTRICIÓN**

Requiere como mínimo 1 criterio fenotípico y 1 etiológico

**GRADO DE SEVERIDAD**

**DETERMINAR LA GRAVEDAD**

Determinación a través de criterios fenotípicos



## LA OPINIÓN DEL EXPERTO DRA. ROSA LOPEZ MONGIL

Geriatra. Coordinadora del grupo de trabajo de Nutrición y Alimentación de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Coordinadora del Sistema de Acreditación en Calidad de Servicios Sociales de la SEGG.

### ¿Qué importancia y cuál es el fin de los criterios GLIM para el diagnóstico de desnutrición?

GLIM (Global Leadership Initiative Mundial on Malnutrition) ha involucrado a varias de las principales sociedades de nutrición clínica a nivel para centrarse en estandarizar la práctica clínica del diagnóstico de desnutrición. El comité de liderazgo de GLIM creó posteriormente un grupo de trabajo de apoyo más grande compuesto por miembros invitados que aportaron diversidad global

y experiencia. El propósito de esta iniciativa específica es alcanzar un consenso global sobre la identificación y aprobación de los criterios para el diagnóstico de la desnutrición en entornos clínicos. La iniciativa GLIM apunta a la adopción

**«Un lenguaje de desnutrición común es una necesidad primordial para apoyar el desarrollo de estándares globales de atención que promuevan mejores resultados»**

de criterios de consenso global para que la prevalencia de la desnutrición, las intervenciones y los resultados se puedan comparar en todo el mundo. Un lenguaje de desnutrición común es una necesidad primordial para apoyar el desarrollo de estándares globales de atención que promuevan mejores resultados.

### ¿Son criterios accesibles? ¿A quién van dirigidos?

Los criterios de consenso pretenden ser simples y fácilmente aplicados por los médicos y otros profesionales de la salud que utilizan herramientas y métodos que están

fácilmente disponibles. El enfoque propuesto abarca la detección y diagnóstico de riesgos, pero no conlleva los detalles sólidos de la evaluación nutricional integral. Proporcionará un diagnóstico de desnutrición, que luego podrá complementarse con evaluaciones más completas para proporcionar la base para la atención individualizada y los planes de tratamiento. Se recomienda la consulta de profesionales de nutrición para una evaluación integral basada en las preferencias y la disponibilidad regionales.

Se recomiendan evaluaciones periódicas con criterios estandarizado para poder identificar las trayectorias de cambios.

### ¿Se dispone de datos sobre la prevalencia de la desnutrición en el entorno clínico en España?

La prevalencia de desnutrición reportada varía ampliamente entre las diferentes poblaciones. La desnutrición está muy extendida entre las poblaciones de mayor edad. Mientras que menos del 10% de las personas mayores que viven de manera independiente en la comunidad se ven afectadas, la prevalencia entre los residentes de hogares de ancianos, los pacientes geriátricos en hospitales y en rehabilitación geriátrica está aumentando al 50% y

más. Sin embargo, las prevalencias informadas varían no solo debido a las diferencias en las poblaciones de estudio, sino que también dependen de las definiciones utilizadas para evaluar la desnutrición.

**«La desnutrición está muy extendida entre las poblaciones de mayor edad»**

## ¿Por qué se le da tanta importancia a la desnutrición?

La desnutrición es un factor de riesgo conocido para problemas graves de salud y funcionales y se asocia con un aumento de los costos de atención médica. Como han demostrado numerosos estudios en personas mayores, la desnutrición se asocia con un mayor riesgo de morbilidad (por ejemplo, infecciones, úlceras por presión y reingresos hospitalarios) y con la mortalidad. Además, la desnutrición se asocia con un deterioro funcional que inicia una secuencia de consecuencias negativas. Estos van desde una disminución de la masa muscular, hasta la sarcopenia y la fragilidad a expensas de la movilidad y la independencia, lo que puede agravar aún más los problemas nutricionales. Por lo tanto, la desnutrición se asocia generalmente con una disminución de la salud y el estado funcional, así como una mayor dependencia y discapacidad.

La desnutrición, que es muy frecuente en las poblaciones geriátricas, es uno de los principales factores de riesgo para el inicio de la fragilidad. La fragilidad es un síndrome geriátrico que predice el inicio de la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad en las personas mayores; es un estado de prediscapacidad y es reversible. Además, la prevalencia de la fragilidad es desproporcionadamente alta entre las personas mayores que están desnutridas.

## ¿Los criterios de desnutrición son aplicables a todas las culturas o etnias o deberían modificarse en función de estos factores?

La intención fue promover el uso global de los criterios de consenso que se puedan usar fácilmente con otros enfoques y criterios adicionales de preferencia regional. Los estándares de referencia para la masa muscular pueden justificar una adaptación por raza y sexo. Se requiere investigación adicional para establecer estándares de referencia generales, así como para algunas poblaciones específicas como por ejemplo la asiática.

## ¿Cuándo se considera que la pérdida de peso involuntaria es clínicamente importante?

Es clínicamente útil categorizar la gravedad de la desnutrición según el grado de

alteración de los umbrales establecidos en relación a la pérdida de peso. Las métricas fenotípicas sugeridas para la severidad de la calificación como desnutrición en etapa 1 (moderada) y en etapa 2 (severa), se definen con precisión en los criterios GLIM. Además el enfoque GLIM reconoce la diversidad y las etiologías multifactoriales que subyacen en el desarrollo del fenotipo desnutrido independientemente de la morfología del cuerpo.

## Qué papel juega en los criterios GLIM y qué parámetros ayudan a valorar la presencia de inflamación

La presencia o no de inflamación y las características de la enfermedad han justificado una clasificación diagnóstica de la desnutrición basada en la etiología. La inflamación contribuye a la desnutrición a través de la anorexia asociada y la disminución de la ingesta de alimentos. Los indicadores de inflamación pueden incluir fiebre, balance nitrogenado negativo y tasa metabólica basal elevada o gasto energético en reposo elevado.

La mayoría de las enfermedades crónicas de órganos, como la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la artritis reumatoide, la enfermedad renal o hepática crónica y el cáncer, se asocian con una inflamación crónica o recurrente de grado leve a moderado. Las medidas de apoyo de la inflamación pueden incluir indicadores de laboratorio como la proteína C reactiva del suero, la albúmina o la prealbúmina.

**«La detección y el diagnóstico precoz de la desnutrición y la fragilidad en las personas mayores ayudarán a prevenir la aparición de la discapacidad»**

## ¿Qué repercusión puede tener en la sociedad la aplicación de estos criterios?

La detección y el diagnóstico precoz de la desnutrición y la fragilidad en las personas mayores ayudarán a prevenir la aparición de la discapacidad. El tratamiento efectivo se basa en la corrección del déficit de macro y micronutrientes y el ejercicio físico.

# FontActiv®

Soluciones nutricionales  
para adultos y mayores

Dietas completas líquidas  
**CON Y SIN FIBRA**

Un óptimo tratamiento  
nutricional para  
sus pacientes



DELICIOSOS  
SABORES

FINANCIABLES  
por el  
**SNS**



Alto contenido en  
**VITAMINA D  
y FIBRA**



[www.fontactiv.es](http://www.fontactiv.es)

Atención al profesional sanitario:  
[ordesawebprofesionales@ordesa.es](mailto:ordesawebprofesionales@ordesa.es)



REFERENCIAS: 1. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9. 2. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European working group on sarcopenia in older people. Age Ageing. 2010; 39:412e23. 3. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. 4. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al. Diagnostic criteria for malnutrition e an ESPEN consensus statement. Clin Nutr. 2015; 34:335e40. 5. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. Am J Epidemiol. 1998; 147:755e63. 6. Chiles Shaffer N, Ferrucci L, Shardell M, et al. Agreement and predictive validity using less-conservative foundation for the National Institutes of health sarcopenia project weakness cut points. J Am Geriatr Soc. 2017;65(3):574e9.