Endocrinol Nutr. 2011;58(10):556–558

ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo

CARTAS AL EDITOR

Riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados

Nutritional risk in hospitalized elderly patients

Tras la lectura del original de López-Gómez et al[1], referente al riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados, queremos hacer algunas observaciones de contenido práctico. Desde el punto de vista metodológico, el estudio presenta un claro sesgo en la selección de los pacientes, ya que sólo incluye aquellos para quienes sus médicos responsables habían solicitado valoración y soporte nutricional. Esto hace que la mayoría de pacientes incluídos estén desnutridos o en riesgo nutricional (96,5% con el índice de riesgo nutricional - NRI, 81,3% con el índice de riesgo nutricional geriátrico-GNRI) y que la mayoría de ellos tengan riesgo moderado o grave (94,7% con NRI y 60,9% con GNRI)[1]. Este sesgo es, probablemente, una de las razones por la que no se ha encontrado correlación entre estos índices con la estancia media, ni la duración de la nutrición. Por otro lado sería interesante saber de cuántos pacientes se obtuvo el peso real y en cuántos fue estimado para un índice de masa corporal (IMC) de 22 kg/m^2, ya que en el cálculo del GNRI pueden coincidir varias estimaciones (no datos reales), como son la estimación del peso real por un lado, y la estimación del peso ideal según la fórmula de Lorentz (no adaptada a la población española), que puede haber justificado parcialmente la aparente falta de utilidad del GNRI en la muestra estudiada.

Disponer de herramientas de valoración de riesgo nutricional, como NRI o GNRI, basadas sólo en 3 parámetros como albúmina, peso actual y peso habitual o ideal, es muy atractivo. En primer lugar por su rapidez de aplicación (en comparación con los 5-15 minutos del *Mini Nutritional Assessment* [MNA])[2], por el reducido número de parámetros a registrar y por su sencillez de obtención. Pero aún así presentan limitaciones en la valoración nutricional de los pacientes ancianos ingresados: 1.-El NRI fue validado para detección de riesgo quirúrgico en pacientes jóvenes, no en ancianos[3]. 2.- El peso actual del paciente agudo no siempre es fácil de obtener en pacientes encamados. 3.- Ambos índices de riesgo incluyen la albúmina, que no es el mejor parámetro nutricional en el paciente anciano, ya que sus valores descienden 0,8 g/dl por década a partir de los 60 años de edad, pueden estar alterados por causas no nutricionales (enfermedad aguda, sarcopenia, insuficiencia renal, hepática, cardiaca, síndrome nefrótico, etc.) y no es un marcador precoz de reserva proteica visceral[4] (MNA detecta el riesgo de malnutrición antes de que aparezcan cambios importantes de peso o albuminemia)[2]. 4.-NRI y GNRI no han sido recomendados en el cribado de riesgo nutricional por sociedades científicas como la *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN)[5].

El MNA tiene una elevada sensibilidad (96%) y especificidad (98%) presenta una buena concordancia interobservador y no sólo está validado en el entorno comunitario o en centros residenciales y de larga estancia, como indican los autores, si no que su uso se ha extendido a cualquier entorno asistencial (incluyendo además atención primaria, domiciliaria y hospitalaria)[6,7]. Tampoco MNA pierde eficacia en el anciano hospitalizado o con enfermedad aguda. De hecho, puntuaciones bajas de MNA en hospitalizados predicen una evolución desfavorable (prolongación de estancia, efectos adversos, institucionalización post-alta, aumento de la mortalidad)[7]. Lo que ocurre es que su aplicabilidad en ingresados es inferior a otros métodos de cribado nutricional (66,1% en el estudio de Bauer et al[8]), ya que precisa cuatro medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia de brazo y pantorrilla) y necesita la colaboración del paciente y/o familiares en su realización, a veces difíciles de obtener en pacientes agudos[2].

No creemos que la correlación significativa de MNA con NRI y GNRI se deba a que compartan términos, ya que de los 18 ítems del MNA el peso (empleado en el cálculo del IMC) es la única variable común con el cálculo de NRI y GNRI.

Desde el punto de vista de la práctica diaria en una planta de hospitalización, tenemos dudas de que el cálculo complementario de NRI o GNRI aporte información suplementaria al MNA. Si tras aplicar el MNA al paciente obtenemos una puntuación de 17 a 23,5 (riesgo de malnutrición) o inferior a 17 (malnutrición) se debe realizar una historia dietética detallada, introducir medidas para mejorar el estado nutricional (aumentar ingesta de energía, suplementos nutricionales, asegurar ingesta hídrica, etc.) y valorar la derivación al servicio de nutrición; en caso de malnutrición (MNA inferior a 17) además se deben investigar otras causas de malnutrición (aumento de necesidades metabólicas, enfermedad, etc.) e iniciar una intervención nutricional inmediata[4]. Si MNA ya valora el riesgo nutricional y la desnutrición,

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.endonu.2011.01.002

1575-0922/$ - see front matter © 2011 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

permite una intervención nutricional dirigida a las áreas del MNA con menor puntuación y sirve para seguir la evolución del estado nutricional[6,7], no tenemos claro qué información útil práctica en el cribado e intervención nutricional del paciente añade el cálculo de otro marcador de riesgo nutricional suplementario como NRI ó GNRI.

Dada la carga asistencial de las áreas de hospitalización, creemos que es más práctico implementar una única herramienta de cribado nutricional, validada para ese medio asistencial (hospitalario), grupo de edad (ancianos), asumible con los medios disponibles y recomendada por las sociedades científicas (MNA o *Nutricional Risk Score* -NRS-2002)[5].

Bibliografía

1. López-Gómez JJ, Calleja-Fernández A, Ballesteros-Pomar MD, Vidal-Casariego A, Brea-Laranjo C, Fariza-Vicente E, et al. Valoración del riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados mediante diferentes herramientas. Endocrinol Nutr. 2011;58:104–11.
2. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. The Mini Nutritional Assessment–its history, today's practice, and future perspectives. Nutr Clin Pract. 2008;23:388–96.
3. Buzby GP, Knox LS, Crosby LO, Eisenberg JM, Haakenson CM, McNeal GE, et al. Study protocol: a randomized clinical trial of total parenteral nutrition in malnourished surgical patients. Am J Clin Nutr. 1988;47 (2 Suppl):366–81.
4. Cuesta F, Rodríguez C, Matía P. Valoración nutricional en el anciano. Medicine. 2006;9:4037–47.
5. Kondrup J, Allison NSP, Elia YM, Vellas ZB, Plauthy ZM. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr. 2003;22:415–21.
6. Anthony PS. Nutrition screening tools for hospitalized patients. Nutr Clin Pract. 2008;23:373–82.
7. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature–What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006;10:466–85.
8. Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Trogner J, Muehlberg W, Sieber CC. Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. Z Gerontol Geriatr. 2005;38:322–7.

Luis Angel Sánchez-Muñoz*, Eduardo Mayor-Toranzo y Cristina Rodríguez-Martín

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com (L.A. Sánchez-Muñoz).

doi:10.1016/j.endonu.2011.05.012

Carta de réplica a «riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados»

Reply letter to ''nutritional risk in hospitalized elderly patients''

Sr. Editor:

En respuesta a la carta remitida por Sánchez-Muñoz et al en relación con el artículo «Valoración del riesgo nutricional en pacientes ancianos hospitalizados mediante diferentes herramientas» nos gustaría realizar algunas puntualizaciones.

En cuanto a las limitaciones metodológicas referidas: 1) La selección de la muestra entre pacientes en soporte nutricional es una limitación conocida inherente al diseño del estudio y referida de la misma manera en el texto (página 110, párrafo 6). 2) La razón de la no correlación entre los índices de riesgo y la estancia media queda reflejada en el artículo de la misma manera que lo hacen Sánchez-Muñoz et al (página 110, párrafo 3), pero no era el objetivo último del estudio y no se encontraba diseñado a tal efecto, como también se dice en el texto. 3) No es posible conocer los pacientes con peso real y aquellos con peso estimado por la condición del estudio que es retrospectivo, siendo ésta una de las principales limitaciones, también reseñada en el texto. 4) Por último, el peso ideal calculado mediante la fórmula de Lorentz es el que se encuentra validado para el GNRI según Bouillanne et al[1]. Si bien es cierto que la fórmula de Lorentz no está adaptada a la población española, el estudio se encontraba diseñado para comparar la fórmula original con el NRI.

En relación con la utilidad del Mini-Nutritional Assessment (MNA) o los índices de riesgo nutricional (NRI/GNRI) a la hora de valorar pacientes ancianos hospitalizados es preciso constatar que: 1) El estudio se diseñó para valorar si el GNRI es o no superior al NRI en la predicción de complicaciones, en ningún caso para valorar si el MNA es superior o inferior a éstos. 2) El MNA no es del todo valorable en este estudio debido a que únicamente se encuentra realizado en aquellos pacientes ingresados en plantas no quirúrgicas (39,8% de los pacientes). 3) Por otra parte, dentro de las herramientas nutricionales, el MNA se encuentra dentro de los métodos de valoración de estado nutricional, el NRS-2002 dentro de los sistemas de cribado de malnutrición y los índices de riesgo nutricional (NRI/GNRI) se utilizan para predecir el desarrollo de complicaciones en relación con la desnutrición (no para valorar el estado nutricional del paciente *per se*). Por tanto son medidas diferentes pero no excluyentes, más bien son complementarias.

En resumen, debido al diseño del estudio y a las propias características de estos índices, en ningún momento se pretende decir que el NRI o el GNRI sean mejores que el MNA para la detección de malnutrición o para la valoración del estado nutricional. Únicamente, según los resultados observados y teniendo en cuenta las limitaciones, expresamos en el estudio que el NRI puede complementar a otras medidas ayudando en la predicción de complicaciones en