



## EDITORIAL

### Malnutrición en medicina interna: la importancia de una gran desconocida

### Malnutrition in internal medicine: The importance of a great unknown

Un estado de nutrición correcto es aquel que permite un funcionamiento óptimo de todas las funciones celulares. La desnutrición comienza cuando el aporte de nutrientes no es suficiente para cubrir las demandas del paciente, y progresiva hasta producir alteraciones funcionales y anatómicas. Entre un 10 y un 85% de los pacientes hospitalizados sufren algún grado de desnutrición, y esta se agrava a medida que se prolonga el ingreso. En España, gracias a estudios de ámbito restringido, sabemos que la prevalencia de desnutrición hospitalaria oscila entre el 30 y el 50% y se agrava durante la estancia en el hospital. El estudio PREDYCES<sup>1</sup>, de ámbito nacional, con un muestreo representativo de los hospitalares españoles, y con un subestudio de costes finalizó en octubre 2009. Pronto conoceremos sus resultados.

La desnutrición supone un aumento de la morbimortalidad y del gasto sanitario<sup>2</sup>. Identificar la desnutrición posibilita una intervención nutricional precoz, que puede modificar la evolución del paciente con el consiguiente beneficio sanitario, y económico asociado. En el caso del paciente de mayor edad, el riesgo de desnutrición es aún mayor, ya que, como el lactante, su organismo tiene menos reservas y controles homeostáticos imperfectos o debilitados. Por tanto su vulnerabilidad a la subalimentación o desnutrición, especialmente si sobreviene de forma aguda es muy grande.

Las técnicas de valoración nutricional son las herramientas fundamentales para desarrollar un correcto diagnóstico y tratamiento de estos pacientes<sup>3</sup>. Pero no son herramientas sencillas ni únicas. Los objetivos generales de la valoración nutricional son:

1. Identificar a los pacientes desnutridos, con riesgo de desnutrición calórico-proteica o con déficit nutricionales específicos (*valoración nutricional transversal*).

2. Cuantificar el riesgo de desarrollar complicaciones médicas en relación con la desnutrición (*índices pronósticos*).
3. Controlar la idoneidad de la terapia nutricional (*valoración nutricional de seguimiento*).

Pero ni siquiera la valoración transversal o cribado es sencilla pues no existe un solo parámetro con suficiente sensibilidad y especificidad para identificarse como el definitorio de desnutrición, con puntos de corte nítidos. El peso ha sido y es un parámetro de gran valor. De hecho, la pérdida de peso involuntaria en ancianos es predictor de mortalidad. Pero una medida en apariencia tan sencilla, es muy complicada de obtener en los pacientes encamados, deteriorados y sin familiares directos. Además, los parámetros antropométricos como el peso, pliegues, circunferencias... pueden subestimar la malnutrición proteica, tan frecuente en la desnutrición asociada a enfermedades crónicas. Así, adquieren importancia los niveles séricos de albúmina y prealbúmina, pero estas dos variables pueden confundir y ofrecer falsos positivos y negativos en pacientes crónicos reagudizados o en los enfermos agudos graves. Por tanto, la albúmina y prealbúmina no han podido postularse como los únicos valores definitorios de malnutrición o riesgo de la misma. Por eso, los métodos utilizados actualmente son multiparamétricos<sup>3</sup>. Estos métodos combinan variables subjetivas, clínicas o funcionales y detectan mucho mejor la desnutrición existente o probable en determinados grupos de pacientes (i.e. ancianos), que suponen un porcentaje considerable de los ingresos hospitalarios. Y así se van diseñando y validando diferentes métodos rápidos de cribado como el SCREEN, dirigido sobre todo a ancianos no institucionalizados, el (MUST) *Malnutrition Universal*

Screening Tool muy usado en Reino Unido pero que valora solamente parámetros de pérdida de peso, y el DETERMINE (desarrollado por el EE.UU. Nutritional Screening Initiative) que se hizo muy popular pero ha sido criticado por su falta de validez.

Mucha más consistencia y estudios de validación y capacidad de predicción han tenido el VSG o valoración subjetiva global, y el Mini Nutricional Assessment (MNA) para población anciana, el empleado por los autores del trabajo que aparece en este número de *Revista Clínica Española*<sup>6</sup>. El Mini Nutricional Assessment ha sido específicamente diseñado para la población anciana y es el método recomendado por la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN) para el cribado nutricional (y no para la valoración como sugiere su nombre), tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario. Se trata de una herramienta sencilla, rápida (10-15 min) y que no precisa de ningún parámetro analítico. Sin embargo, también la ESPEN en sus *guidelines* auspicia y recomienda el uso del Nutricional Risk Screening<sup>4</sup> (NRS 2002) para enfermos hospitalizados, al que se le puede aplicar una variante si son ancianos, como propuesta unificadora de la valoración nutricional.

Otros métodos de cribado que emplean fundamentalmente datos de filiación (edad y sexo) y analíticos (albúmina, número de linfocitos, colesterol sérico), utilizados de forma automática desde admisión aprovechando el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) del paciente al ingreso, son INFORNUT<sup>5</sup> y CONUT. Estos métodos se han desarrollado en España y parecen tener una gran sensibilidad, si bien ofrecen malas correlaciones con los métodos que combinan datos subjetivos y antropométricos.

En este número de *Revista Clínica Española*<sup>6</sup>, Sánchez-Muñoz et al evalúan el estado nutricional en 106 enfermos ingresados en un servicio de medicina interna. Para ello, utilizan el NMA y obtienen un porcentaje relativamente bajo de enfermos desnutridos (4,7%). Estos enfermos tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada y una mayor comorbilidad. Algún otro estudio, aún no publicado, muestra la diferencia (a la baja) de aplicar el MNA o el NRS 2002 en pacientes hospitalizados para el diagnóstico de desnutrición hospitalaria. Es de resaltar que los autores de este trabajo<sup>6</sup> obtuvieron diversas variables que les ha permitido aplicar distintas valoraciones, parámetros de cribado y valoración nutricional: INFORNUT, CONUT y método SENPE. Los resultados son de un gran interés, ya que muestran las enormes diferencias que resultan en el diagnóstico de riesgo nutricional o desnutrición al emplear diferentes herramientas. Los autores subrayan, con acierto, las limitaciones del MNA para identificar el riesgo nutricional. Otro resultado destacable del estudio es el elevado porcentaje de pacientes que se desnutren durante el ingreso (este porcentaje fue variable, en función del método empleado: CONUT, 15,7%; INFORNUT, 4,9% y SENPE, 2,3%).

Quizás en el futuro, y para todo tipo de enfermos, se acepte la valoración NRS 2002, como herramienta para el diagnóstico del riesgo nutricional. Lo que no cabe duda es que existe una asociación entre la desnutrición, días de estancia, complicaciones, morbilidad y mortalidad hospitalaria<sup>7</sup>, cuando se aplica cualquier método de valoración nutricional suficientemente acreditado.

Ha llegado pues el tiempo de la acción. La actualidad está marcada por un desarrollo profesional y técnicas de soporte nutricional muy notables y de un respaldo científico suficiente

para implementar sin dilación una política de lucha contra la malnutrición hospitalaria activa. Esta actuación ha sido recomendada por el Consejo de Ministros de la Unión Europea en su resolución de 2003<sup>8</sup> y ratificada en la declaración final conjunta de los ministerios de sanidad de la UE junto con la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN) y la Alianza de Salud Nutricional Europea (ENHA) en junio 2009, durante la presidencia checa de la UE<sup>7,9</sup>.

La ausencia de un único parámetro definitorio no puede ser más un motivo para justificar la inacción. Los sistemas de cribado multiparamétricos de gran sensibilidad como el NRS 2002 o el MNA deben ser implementados en los hospitales como los autores del presente trabajo proponen<sup>6</sup>. Cada servicio podría utilizarlos para diseñar algoritmos de decisión que involucren el estamento sanitario en su conjunto, desde las auxiliares de clínica (que son muchas veces las que detectan que el paciente no come), pasando por la valiosísima percepción y capacidad de actuación de la enfermería y finalmente los protocolos especializados de soporte nutricional. *En la era del genoma, la existencia de tan elevadas tasas de malnutrición por ausencia de diagnóstico debe hacérseños insoportable*<sup>10</sup>.

Para finalizar, permítanme subrayar la importancia de no olvidar que ningún método de cribado, algoritmo o protocolo será adecuado sin una *valoración clínica clásica*. Sin ella, la aplicación ciega del algoritmo o protocolo puede llevar a la confusión; a una menor sensibilidad y rendimiento del método diagnóstico nutricional empleado, y al reduccionismo simplificador del que tanto gustan los gestores y con frecuencia perjudican a los enfermos, especialmente a los pacientes complejos<sup>11</sup>, que tanto abundan en los servicios de medicina interna.

## Bibliografía

1. Estudio PREDYCES. Código de proyecto NES-DEH-2008-01. Presentado en el Congreso de la SENPE 2008.
2. Kruizenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijss A, Ader HJ, Van Bokhorst-de Van der Schueren MAE. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:1082-90.
3. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22:415-21.
4. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003;22:321-6.
5. Villalobos Gámez JL, García-Almeida JM, Guzmán de Damas JM, Rioja Vázquez R, Osorio Fernández D, Rodríguez-García LM, et al. INFORNUT process: validation of the filter phase-FILNUT- and comparison with other methods for the detection of early hospital hyponutrition. *Nutr Hosp.* 2006;21:632.
6. Sánchez-Muñoz LA, Calvo-Reyes MC, Majo-Carabajo Y, Barbado-Ajo J, Aragón de la Fuente MM, Artero-Ruiz EC, et al. Cribado nutricional con Mini Nutricional Assessment (MNA) en Medicina Interna. Ventajas e inconvenientes. *Rev Clin Esp.* 2010;9: 429-37.
7. Ljungqvist O, De Man F. Under nutrition—a major health problem in Europe. *Nutr Hosp.* 2009;24:368-70.
8. Ministers Council of Europe Resolution Res AP (2003)3 on Food and Nutritional Care in Hospitals. Strasbourg. Council of Europe 2003.
9. Planas M. La Declaración de Praga. Cartas al director. *Nutr Hosp.* 2009;24:622-3.

10. Planas M, Audivert S, Pérez-Portabella C, Burgos R, Puiggrós C, Casanelles JM, et al. Nutritional status among adult patients admitted to an university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. *Clin Nutr.* 2004;5:1016-24.
11. Vázquez C. El difícil camino del médico cuidador. *Rev Clin Esp.* 2009;209:516-8.

C. Vázquez Martínez  
Sección Nutrición Clínica,  
Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España  
Miembro del CIBER de Obesidad y Nutrición,  
Santiago de Compostela, España  
Correo electrónico: cvazquez.hrc@salud.madrid.org