

Réplica a la carta dirigida al trabajo «Screening nutricional con Mini Nutritional Assessment (MNA) en medicina interna. Ventajas e inconvenientes»

Replication to the letter addressing the work “National screening with Mini Nutritional Assessment (MNA) in Internal Medicine. Advantages and disadvantages”

Sr. Director:

Los datos aportados por los autores tienen gran interés, ya que obtienen una prevalencia de malnutrición hospitalaria a través del análisis del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de 3 años de tan sólo el 1,4%, frente a los valores entre el 30 a 50% que aporta la bibliografía¹. Es evidente que la baja prevalencia de malnutrición obtenida de este análisis del CMBD no depende sólo de la no inclusión de este diagnóstico al alta para su posterior codificación, sino que es fiel reflejo de que el abordaje de este problema de seguridad y calidad en la atención a los pacientes es claramente mejorable.

Incorporar la evaluación de la situación nutricional como una constante a registrar al ingreso del paciente en nuestras unidades, al igual que la temperatura o la presión arterial, ayudaría a detectar a los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición para realizar una intervención nutricional². Por otro lado, el aforismo «lo que no se registra no existe» resalta la necesidad de cumplir una de las tareas de gestión clínica relacionadas con nuestra actividad diaria, como es contribuir con los sistemas de información, a través del registro de la desnutrición y los procedimientos de soporte nutricional empleados. Recientemente se ha elaborado un documento de consenso sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria, ya que además la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC) no codificaba específicamente la desnutrición hospitalaria del adulto³.

Pese a las limitaciones de un análisis retrospectivo de los pacientes desnutridos obtenidos del CMBD, ambas series coinciden en que los pacientes desnutridos tienen mayor edad (+ 1,82 años), mayor comorbilidad (Charlson 2,93 frente a 2 en normonutridos) y están institucionalizados con más frecuencia (20,93 vs 6,45% en normonutridos). Son destacables las diferencias respecto a las enfermedades asociadas a la desnutrición. En nuestro estudio no aparece la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (porque fue realizado en un área de hospitalización sin ingresos por esta entidad) y fue reducido el número de pacientes con demencia debido a los criterios de inclusión empleados y a que el diagnóstico de demencia se recogió de la historia clínica (y no tras la realización de un test específico, que hubiera aumentado su frecuencia)⁴.

Los autores describen, en su análisis del CMBD, un probable sesgo de selección hacia los pacientes desnutridos especialmente graves. En nuestra serie, por el contrario,

pensamos que los criterios de inclusión y exclusión empleados probablemente hayan originado un sesgo de selección hacia los pacientes en mejor situación clínica y nutricional, ya que no eran incluidos los que se encontraban en situación agónica o terminal, ni aquellos de los que no se podía obtener la información necesaria para aplicar las diferentes herramientas de cribado nutricional. Estos criterios estrictos no eran necesarios para los marcadores analíticos, ni la mayoría de los antropométricos, pero eran obligados para poder aplicar el *Mini Nutritional Assessment* (MNA), ya que precisa la colaboración del paciente y/o familiares para poder contestar ítems referentes a la dieta, evaluación global y la autopercepción de salud y nutrición. Junto con el tamaño muestral, ésta es probablemente una de las causas que justifica, en nuestra serie: 1) la baja repercusión de la malnutrición en la estancia media (que se prolonga de 1,58 a 5,78 días según el método de cribado empleado, alcanzando significación con el método CONUT®) y en la mortalidad; y b) la baja prevalencia de pacientes desnutridos (4,7%) y en riesgo nutricional (36,8%), valores más próximos a los obtenidos con el MNA en la población general española, que en pacientes hospitalizados⁴.

Recordando la célebre frase de Wertlind «La desnutrición en los pueblos es signo de pobreza, en los hospitales de ignorancia»³, debemos no ignorar la situación nutricional de nuestros pacientes (sistematizar el cribado nutricional y la intervención nutricional en las propias unidades asistenciales) ni la repercusión de la malnutrición en nuestra actividad, incluyendo este diagnóstico en el informe de alta (sería esperable que apareciera en, al menos, el 30% de altas, no en el 1,4% descrito).

Bibliografía

1. Vázquez C. Malnutrición en medicina interna: la importancia de una gran desconocida. *Rev Clin Esp.* 2010;210:454–6.
2. Ulibarri JI, Burgos R, Lobo G, Martínez MA, Planas M, Pérez de la Cruz A, et al. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp.* 2009;24:467–72.
3. Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, et al. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2008;23:536–40.
4. 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 Nutritional Assessment (MNA) en medicina interna. Ventajas e inconvenientes. *Rev Clin Esp.* 2010;210:429–37.

L.A. Sánchez-Muñoz*, E. Mayor-Toranzo,
L. Nogales-Martín e I. Alarcón-Garzón

*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.rce.2011.01.008