



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

Consejo nutricional: herramienta efectiva en la lucha contra la desnutrición



Nutritional counseling: An effective tool in the fight against malnutrition

La prevalencia de desnutrición en los hospitales es muy variable (entre un 10 y un 85% de los pacientes ingresados)¹, pero en todo caso elevada, y se agrava a medida que se prolonga el ingreso. Los colectivos más vulnerables son los pacientes quirúrgicos, oncológicos y ancianos. En España el estudio observacional multicéntrico PREDYCES mostró que la prevalencia de desnutrición hospitalaria es del 23,7%, siendo los factores predictores de la misma la edad (37% de desnutrición en mayores de 70 años), los diagnósticos de neoplasia y diabetes, la presencia de disfagia y la polimedicación². La situación de desnutrición se asoció a estancias más prolongadas y un subestudio de costes mostró un incremento de gasto entre un 30 y un 50%, siendo los más costosos aquellos casos en los que la desnutrición se produce durante el ingreso¹. Más llamativo fue el hallazgo de que solo un tercio de los pacientes desnutridos recibió algún tipo de soporte nutricional.

Por ello, aunque existen datos que demuestran la importancia de la desnutrición en los pacientes hospitalizados en Europa, en cuanto a morbilidad y gasto³, estamos aún lejos de aplicar en la práctica hospitalaria un programa para la identificación de estos pacientes que permita una intervención nutricional precoz, con el consiguiente beneficio sanitario y la disminución de costes. Probablemente, una de las causas es la dificultad de consensuar una herramienta sencilla de valoración nutricional, ya que no existe un solo parámetro con la suficiente sensibilidad y especificidad para identificar el estado de desnutrición. Se requiere la elaboración de un marcador, con puntos de corte nítidos, que facilite la universalización, estandarización y comparación de los resultados de prevalencia y efectividad^{4,5}.

En el interesante estudio de Casals et al. publicado en este número, los autores utilizan un doble cribado: el Filtro Nutricional (FILNUT) del programa informático como alerta

automática, que detecta un posible riesgo, y la posterior valoración aplicando el *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST). El primer filtro utiliza fundamentalmente datos de filiación (edad y sexo) y analíticos (albúmina, número de linfocitos, colesterol sérico), introducidos de forma automática desde la admisión aprovechando el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) y la analítica básica del paciente. Tanto el INFO-NUT⁶ como el CONUT⁷, desarrollados en España, parecen ser de gran sensibilidad y tienen varias ventajas: la inmediatez y universalización al ingreso, obviando la dificultosa toma de datos antropométricos a todos los pacientes. Parámetros aparentemente sencillos de medir, como el peso, pueden ser muy difíciles de obtener en algunos casos de pacientes encamados, deteriorados y sin familiares directos. Además, los parámetros antropométricos pueden subestimar la presencia de malnutrición proteica tan frecuente en la desnutrición asociada a enfermedad crónica. Las desventajas de los filtros o alertas automatizados estriban principalmente en su menor especificidad, por lo que deben complementarse con una valoración posterior en los casos de alerta. La escala del MUST es uno de los métodos rápidos de cribado validados, muy sencillo de utilizar y enormemente extendido, junto con el SCREEN (para ancianos no institucionalizados) y el DETERMINE⁸ (de menor validez) en la práctica de enfermería.

Una vez implementada la técnica de detección precoz, el éxito en la lucha contra la desnutrición pivota a mi juicio sobre 2 elementos: la protocolización y rapidez de la estrategia terapéutica y la continuidad de acciones después del alta hospitalaria. Esto es exactamente lo que realiza el equipo de autores del artículo de Casals et al. El seguimiento y la actuación se ajusta al riesgo de desnutrición medido por la escala MUST siguiendo el protocolo descrito por el *Malnutrition Action Group* de la Asociación Británica para la Nutrición Enteral y Parenteral⁹. La figura de la enfermera de enlace o de continuidad asistencial y de la enfermera gestora de casos, creadas a partir de la ambiciosa Estrategia de Crónicos del Sistema Nacional de Salud y

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.02.012>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.05.001>

0014-2565/© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

su desarrollo comunitario son claves en la consecución de los logros.

Casals et al. demuestran una disminución significativa de la tasa de reingresos hospitalarios, una duración mucho menor de los mismos, una mejoría de la funcionalidad y calidad de vida, y una recuperación del peso en los pacientes desnutridos que reciben tratamiento¹⁰. Obviamente, como se señala en la discusión, la ausencia de diferencia en la mortalidad está vinculada a los diagnósticos de base, así como al relativamente corto espacio de seguimiento de los pacientes. Otros 2 aspectos del estudio merecen ser destacados: la sencillez de los tratamientos implementados y la coordinación hospital-comunidad entre los equipos de enfermería y facultativos de atención primaria. Aunque todas las guías y estrategias de tratamiento de la desnutrición indican como primer paso, si es viable, el consejo nutricional y el uso de suplementos orales, la ausencia frecuente de equipos multidisciplinarios es la causa de una sobreutilización de los suplementos artificiales en la práctica clínica habitual, con el mayor coste que ello comporta. Teniendo en cuenta, por un lado, la magnitud del problema (27% de los pacientes hospitalizados) y, por otro, el beneficio del consejo nutricional, como el enriquecimiento de las dietas, la metodología y los resultados de este estudio son de gran interés y utilidad.

Cabe considerar, por último, que las estancias medias hospitalarias actuales son afortunadamente tan cortas que, sin continuidad, cualquier medida adoptada durante el ingreso puede ser insuficiente. Por ello, los circuitos asistenciales coordinados desplegados en el presente estudio son un ejemplo a imitar.

Bibliografía

1. Ljungqvist O, de Man F. Under nutrition: A major health problem in Europe. *Nutr Hosp.* 2009;24:368–70.
2. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al., PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES study. *Nutr Hosp.* 2012;27:1049–59.
3. Gallagher-Allred CR, Voss AC, Finn SC, McCamish MA. Malnutrition and clinical outcomes: The case for medical nutrition therapy. *J Am Diet Assoc.* 1996;96:361–6.
4. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, Academy of Nutrition and Dietetics Malnutrition Work Group; A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force; A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *J Acad Nutr Diet.* 2012;112:730–8.
5. Sánchez-Muñoz LA, Calvo-Reyes MC, Majo-Carbajo 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;9:429–37.
6. 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;21:491–504.
7. González-Madroño A, Mancha A, Rodríguez FJ, Culebras J, de Ulibarri JI. Confirming the validity of the CONUT system for early detection and monitoring of clinical undernutrition: Comparison with two logistic regression models developed using SGA as the gold standard. *Nutr Hosp.* 2012;27:564–71.
8. Kruijenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:1082–9.
9. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition. An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr.* 2015;34:335–40.
10. Casals C, García-Agua-Soler N, Vázquez-Sánchez M.A., Requena-Toro MV, Padilla-Romero L, Casals-Sánchez JL. Randomized clinical trial of nutritional counseling for malnourished hospital patients. *Rev Clin Esp.* 2015, pii: S0014-2565(15)00091-0.

C. Vázquez Martínez

Departamento de Endocrinología y Nutrición, Fundación

Jiménez Díaz-IDCSalud, Madrid, España

Correo electrónico: clotilde.vazquez@fjd.es