

Importancia de la nutrición en Atención Primaria. Riesgo nutricional y malnutrición



The importance of nutrition in Primary Care: Nutrition and malnutrition risk

Sr. Director:

Conceptualmente hablamos de «nutrición» como el conjunto de procesos a través de los cuales el ser vivo utiliza, transforma e incorpora a sus estructuras sustancias que recibe a través de la alimentación con el objetivo de obtener energía, construir-reparar el organismo y regular los procesos metabólicos. Es un acto involuntario y no modificable.

La OMS define la «desnutrición» como el desequilibrio entre aporte y necesidades de nutrientes y calorías que aseguren el crecimiento, el mantenimiento y las funciones específicas.

Se define la «malnutrición» como un estado en el cual una combinación de diversos grados de desnutrición o sobrenutrición relacionados con procesos inflamatorios condicionan cambios en la composición corporal y alteraciones funcionales^{1,2}.

Definida, consensuada y hasta legislada en el ámbito de la Atención Primaria, la realidad es que los profesionales interrogamos poco sobre este problema, obviando su diagnóstico y tratamiento, si bien es cierto que en nuestras consultas son frecuentes los pacientes de edad avanzada que, por circunstancias fisiológicas, patológicas y socioeconómicas, están expuestos a desnutrición.

Uno de los mayores inconvenientes que se le presenta al médico de familia es el escaso tiempo de que dispone para interrogar y examinar al paciente.

Material y método

El Centro de Salud de Guillem de Castro está ubicado en Valencia capital, pertenece al Departamento de Salud 9 de la Conselleria de Sanitat y tiene una población asignada de 27.000 habitantes.

En el año 2011 se presentó a la Dirección Médica del Departamento de Salud el Protocolo del Programa de Nutrición Clínica desde Atención Primaria, interrelacionado con el Servicio de Endocrinología y la Unidad de Nutrición del Hospital General Universitario, siendo el primer centro de salud donde se ha puesto en marcha este programa piloto.

Actualmente, un médico de familia y un enfermero del centro de salud trabajan en este programa, circunscribiéndose de momento solo a los pacientes pertenecientes al mismo.

Objetivos y fases. ¿Cómo detectar pacientes en riesgo de desnutrición?

1. Objetivos: detección de pacientes malnutridos o en riesgo de malnutrición de una forma protocolizada^{3,4}.
2. Fases^{5,6}:

- a) Screening: es la fase inicial.
 - Identificación y selección de los pacientes.
 - Puede ser realizado por cualquier profesional del equipo asistencial.
- b) Valoración nutricional.
 - Enfoque integral para definir el estado nutricional.
 - Evaluación completa, integrando todos los componentes de la valoración y, tras ella, determinar la intervención y el tratamiento a aplicar.

Parámetros para la valoración nutricional⁷⁻⁹

1. Historia clínica y dietética.
 - Antecedentes personales y familiares.
 - Encuesta de 24 h o registro de la dieta de un período de tiempo (número de comidas diarias, ingesta de líquidos, compra y preparación de alimentos, etc.).
2. Exploración física.
 - Signos de desnutrición (caída del cabello, piel seca, pérdida de masa muscular, irritabilidad, ausencia de piezas dentarias, etc.).
3. Parámetros antropométricos.
 - Peso, talla e IMC.
 - Seguimiento del porcentaje de pérdida de peso involuntaria en 3-6 meses.
4. Parámetros bioquímicos.
 - Albúmina, colesterol, linfocitos, transferrina y prealbúmina.

Indicadores de riesgo nutricional¹⁰⁻¹²

- Pérdida involuntaria de peso del 5% en un mes, del 7,5% en 3 meses o del 10% en 6 meses.
- Bajo peso para la talla (< 20% del PI).
- IMC < 22.
- Albúmina sérica < 3,5 mg/dl.
- Colesterol < 160 mg/dl.
- Cambio en el estado funcional: de independiente a dependiente.
- Ingesta alimentaria adecuada.

Escalas de valoración nutricional. Métodos de cribado

Son herramientas validadas para el diagnóstico, permiten detectar el riesgo y son apropiadas para la población que se estudia¹³⁻¹⁵.

1. Métodos clínicos.
 - NRS (cribado de riesgo nutricional): ESPEN.
 - MUST (herramienta universal de cribado): ESPEN.
 - Mini Nutritional Assessment).
2. Método automatizado.
 - CONUT (Ulibarri et al., 2002).

El Mini Nutritional Assessment y el MUST son los más utilizados en Atención Primaria. El primero tiene mayor especificidad y sensibilidad en la población mayor de 65

años, y el segundo está validado para la población en general.

Paciente tipo para valoración

Y ahora, ¿qué hacemos?^{16,17}.

1. Normonutrido (pérdida de peso < 5%).
 - Recomendaciones dietéticas.
 - Recomendaciones hábitos alimentarios.
2. Desnutrición leve-moderada (pérdida de peso 5-10%).
 - Control semanal del peso.
 - Soporte nutricional oral.
 - Revisión.
3. Desnutrición grave (pérdida de peso de más del 10%).
 - Derivar a Atención Especializada.

Conclusiones

La valoración del estado nutricional de los pacientes debe ser una práctica habitual en la consulta del médico de familia en Atención Primaria.

Conocer el estado nutricional permite detectar el riesgo de desnutrición o la desnutrición, pautar una adecuada intervención nutricional y evitar los riesgos sobreañadidos por la propia malnutrición¹⁸.

La antropometría puede y debe realizarse en Atención Primaria.

Tanto la escala MUST como el Mini Nutritional Assessment pueden y deben emplearse en Atención Primaria.

La intervención nutricional debe ser individual, adaptando la dieta y, si es necesario, el aporte de suplementos al estado nutricional, enfermedad concomitante, capacidad funcional del tubo digestivo, situación sociofamiliar y capacidad cognitiva^{19,20}.

Reflexiones

«La desnutrición es menos *costosa* de prevenir que de tratar, por ello su *prevención*, o por lo menos su detección precoz y tratamiento oportuno, está perfectamente de acuerdo con una concepción de la buena práctica médica»²¹.

«Que la buena comida sea tu alimento y el alimento tu medicina» (Hipócrates).

«La salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago» (Miguel de Cervantes).

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, Academy of Nutrition and Dietetics Malnutrition Work Group; ASPEN Malnutrition Task Force; ASPEN 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.
2. Olveira Fuster G, Aguilar Diosdado M, Arencibia Rivero T, banderas Bravo E, Carral Sanlaureano F, Domenech Cienfuegos I, et al. Manual de nutrición clínica y dietética. Ed. Díaz de Santos. 2007.
3. Planas M, Montejo JC. Metodología aplicada en la valoración del estado nutricional. En: García de Lorenzo A, García Luna PP, Marsé P, Planas M, editores. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Madrid: Acción Médica; 2004. p. 77-87.
4. Miján de la Torre A, de Mateo Silleras B, Pérez García A. Guidelines for nutrition support in the elderly. *Public Health Nutr.* 2001;4 Suppl:1379-84.
5. Jones JM. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Diet.* 2002;15:59-71.
6. 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;22:321-36.
7. Stratton RS, Hacksbon A, Longmore D, Dixon R, Price S, Strand M, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and case of use MUST for adults. *Br J Nutr.* 2004;92:799-808.
8. Muller JM, Keller HW, Brenner U, Walter M, Holzmüller W. Indications and effects of preoperative parenteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11:8-13.
9. Bonilanne O, Morineau G, Dupont C, Coulombel I, Vicent JP, Nicalis I, et al. Geriatric Nutritional Risk Index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients. *Am J Clin Nutr.* 2005;82:777-83. *Clin Nutr.* 2007;26:78-83.
10. Sánchez Juan C, Real Collado JT. Malnutrición. Concepto, clasificación y etiopatogenia. Principales síndromes. Valoración clínica. *Medicine.* 2002;8:4717-9.
11. Manual básico de nutrición clínica y dietética. Hospital Clínico de Valencia, Generalitat Valenciana. 2000.
12. Cuesta Triana F, Motía Martín P, Sánchez Rodríguez JL. Valoración nutricional del anciano. Malnutrición. Diagnóstico, clasificación y actitud terapéutica. *Medicine.* 2003;8:5841-51.
13. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition.* 1999;15:116-22.
14. Griep MI, Mets TF, Collis K, Li F, Harmer P, Fisher KJ, et al. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the 'mini-nutritional assessment'. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55:M57-63.
15. Jane V, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. Consensus Statement of the Academy of nutrition and Dietetics/American Society for parenteral and enteral nutrition: Characteristics recommend for the identification and documentation of adult malnutrition (Undernutrition). 2009;33:710-716. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2009;33:710-6.
16. Stratton RJ, Green CJ, Elia ME. Disease related malnutrition: An evidence-based approach to treatment. Oxford, UK: CAB International; 2003.
17. Grupo Nadya-Senpe. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria. Procedimientos educativos y terapéuticos. SENPE: Madrid (España); 1996.
18. García Peris P, Cuerda Compés C, Cambor Alvarez M. Suplementos nutricionales como soporte de la dieta convencional. En: Gil A, Alvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Montejo JC, Planas M, editores. Tratado de nutrición. Tomo IV. Nutrición clínica. Madrid: Grupo Acción Médica; 2005.
19. Martínez-Sogues M, Pons-Busom M, Roca-Rossellini N, Aguas Compaired M, Equileor Partearroyo B, et al. Suplementos

- enterales: ¿complementos o sustitutos de la dieta? *Nutr Hosp.* 2006;21:581–90.
20. Stratton RJ, Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clin Nutr.* 2007;2:5–23.
21. Rusell CA. The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clin Nutr.* 2007;2:25–32.

A. Masiá Alegre^{a,b,c}

^a *Centro de Salud Guillem de Castro, Valencia, España*

^b *Grupo de Tutores y Mentores SEMERGEN, Valencia, España*

^c *Grupo Cronicidad de SEMERGEN, Valencia, España*

Correo electrónico: anmasia@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.010>