

EDITORIAL

Cribado nutricional en la asistencia sanitaria, una necesidad ineludible. Nuestra asignatura pendiente



Nutrition screening in health care, an unavoidable necessity. Our unresolved matter

Julia Álvarez Hernández

Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Disponible en Internet el 30 de junio de 2018

En 1974, Butterworth, director del Programa de Nutrición de la Universidad de Alabama en Birmingham, comenzaba su artículo «El esqueleto en la taquilla del hospital» con una interesante reflexión sobre el aumento de costes de la hospitalización, el papel de la desnutrición en la prolongación de la estancia hospitalaria y la actitud negligente de los profesionales sanitarios al no cuidar el estado nutricional de los pacientes¹. Fue un artículo revulsivo que si bien en el momento de su publicación se consideró un artículo incendiario y alarmista, denunciando la falta de sensibilidad en la comunidad científica ante el problema de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el ámbito hospitalario, hoy podríamos decir que constituye un riguroso análisis estratégico de nuestra realidad. Planteó retos que aún hoy siguen vigentes. Por un lado la necesidad de identificar a los pacientes en riesgo precozmente y por otro la ineludible obligación de organizar la atención nutricional para evitar, entre otras cuestiones, la «desnutrición iatrogénica» inducida por mala práctica clínica.

Lo que Butterworth centró en el ámbito hospitalario hoy lo extendemos a los distintos niveles asistenciales. Abordar la DRE, hoy más que nunca, constituye un reto para nuestro sistema de salud. Sabemos cuáles son las causas y las consecuencias clínicas de este proceso. Estas condicionan retraso en la recuperación, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento en la tasa de reingresos, empeorando su

calidad de vida, así como en las tasas de mortalidad. Todo ello con un impacto económico nada despreciable, dato de gran interés a considerar en la evaluación de la sostenibilidad del sistema.

En Europa se estima que la DRE afecta a 30 millones de individuos y cuesta 170 billones de euros anuales². En España, sus costes en el ámbito hospitalario alcanzan valores del orden de 1143 millones de euros anuales, el 1,8% del presupuesto en sanidad en 2009. Estas cifras están alineadas con las comunicadas en los de países europeos de nuestro entorno como Reino Unido, Alemania, Países Bajos o Irlanda³.

Existen pruebas que demuestran los beneficios de la intervención nutricional en resultados clínicos, reduciendo la tasa de complicaciones relacionadas, la estancia hospitalaria, así como los reingresos, lo que sin duda repercute en los costes sanitarios^{4,5}. Se puede por tanto prevenir y tratar. Por todo esto, resulta evidente que la DRE es una entidad clínica idónea para la realización de un cribado según los criterios de Frame y Carlson⁶. Ya que se trata de una patología altamente prevalente, que puede ser detectada en fase presintomática (riesgo de desnutrición) y a la que podemos tratar precozmente con métodos eficaces y seguros.

El cribado nutricional es un procedimiento estandarizado que permite identificar a los individuos desnutridos o con riesgo de desnutrición que se pueden beneficiar de un apropiado cuidado nutricional. El cribado constituye el primer paso en el abordaje de la DRE. La herramienta o método

Correo electrónico: julia.alvarez@movistar.es

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2018.05.003>

2530-0164/© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEEN y SED.

de cribado debe ser sencillo, válido, fiable, reproducible y práctico. Además debe estar asociado a protocolos específicos de actuación y tener «precisión diagnóstica» que se expresa como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, en definitiva debe ser eficiente⁷.

Se han descrito más de 70 métodos de cribado nutricional con medidas clínicas y bioquímicas, que han sido utilizados por los distintos autores para evaluar el estado nutricional en un momento concreto de la evolución de la enfermedad, valorar posibilidad de progresión o de recuperación e incluso valorar el impacto de la enfermedad de base en el estado nutricional.

Algunos han sido definidos y validados para grupos etarios concretos como el Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics en pediatría⁸ o el Mini Nutritional Assessment Short-Form en mayores de 65 años, o patologías definidas, como el Malnutrition Screening Tool en el paciente oncológico, hoy validado para la población general⁹. Incluso para niveles asistenciales como los recomendados por ESPEN, el Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002) para el ámbito hospitalario y el Malnutrition Universal Screening Tool que puede ser utilizado en los tres niveles asistenciales (comunidad, hospitales y residencias sociosanitarias)¹⁰. Y otros se han convertido en algo más que un cribado, en una herramienta de evaluación nutricional estructurada como la Valoración Subjetiva Global, *gold standard* para la American Society Parenteral and Enteral Nutrition.

El Consejo de Ministros de Europa en 2003, consciente de la gravedad del problema, aprobó una resolución sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. En el punto 1.1 v de su apéndice, donde se detallan los aspectos concretos de la misma, define la necesidad de monitorizar el riesgo de desnutrición de forma rutinaria en todos los pacientes antes de la hospitalización o en el mismo momento de esta, debiendo repetirse con regularidad dependiendo del grado de riesgo de desnutrición¹¹.

El Consenso Español de Abordaje de la Desnutrición Hospitalaria en España, elaborado por 22 sociedades científicas (entre ellas la SEEN), la Fundación de Nutrición y el Foro Español del Paciente, recoge en sus recomendaciones la necesidad de realizar el cribado nutricional en las primeras 24-48 h del ingreso del paciente¹². En caso de ser negativo, se establecen los tiempos de reevaluación, imprescindibles para monitorizar el estado nutricional del paciente. Esta medida pretendiendo recuperar ese 9,6% de pacientes cauti- vos en el hospital que entrando bien nutridos se desnutren durante su ingreso¹³. El consenso también hace recomendaciones para el abordaje de la DRE en la comunidad y en las residencias.

A fecha de hoy son más de 21.000 las referencias bibliográficas que podemos encontrar en Pub Med cuando utilizamos como descriptores «nutritional screening», incorporadas mayoritariamente en los últimos 18 años. Los estudios, con una calidad variable, contemplan validaciones de las distintas herramientas, comparaciones entre métodos de cribado, identificación de pacientes y respuesta clínica ante intervenciones, análisis de costes asociados, recomendaciones de uso de distintas sociedades científicas del mundo de la nutrición clínica etc. Sin embargo,

a pesar de disponer de esta ingente información, de recomendaciones europeas y nacionales, y de ejemplos recientes y cercanos, la universalización del cribado nutricional sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro sistema.

La ausencia de formación específica en los profesionales sanitarios que condiciona su sensibilidad ante el problema, la falta de recursos materiales (báscula y tallímetro, cinta métrica, etc.) en muchas unidades asistenciales; la selección de la herramienta más adecuada; la sobrecarga asistencial, en especial de los equipos de enfermería, que condiciona limitaciones en el tiempo que dedicamos a cada paciente; la extendida dificultad para aceptar los cambios que suponen la falta de rutina en el registro de métodos estandarizados de medida, junto al exceso de confianza de algunos profesionales de la enfermería en la valoración de los pacientes o la falta de estructura que pueda dar respuesta ágil a la demanda establecida de los casos identificados como pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos son una muestra de algunas de las barreras que nos encontramos para su implantación.

Pero la más destacable es, sin duda, la falta de sensibilidad de los políticos y responsables de la gestión sanitaria que ni si quiera se plantean el problema, y no definen una política sanitaria que prime la atención nutricional como medida imperante en todos los niveles asistenciales, y en donde el cribado constituye la puerta de entrada al proceso. Sin el compromiso de profesionales, gestores y políticos no se pueden implementar las medidas recomendadas en las resoluciones del Consejo de Ministros de Europa o en los documentos de consenso de las sociedades científicas.

Para intentar combatir este problema, siguiendo el ejemplo de otras iniciativas europeas¹⁴, nace la Alianza Más-nutridos de la que la SEEN es miembro activo. Su objetivo principal a corto plazo es aumentar el conocimiento y la importancia de la desnutrición y sus costes entre los políticos y las Administraciones Públicas, en todos los órdenes asistenciales. Uno de los principios del decálogo de su plan de lucha contra la DRE establece la necesidad de la realización de un cribado universal. En los últimos años se han conseguido avances significativos con la instauración de proyectos piloto y ejemplarización de buenas prácticas clínicas¹⁵. Uno de los hitos recientes ha sido la aprobación por unanimidad en el Congreso de los Diputados de una Proposición No de Ley relativa al abordaje de la DRE que contempla entre otras acciones «Promover e impulsar el cribado nutricional de las personas en riesgo y una valoración adecuada de la DRE para detectar situación de riesgo o desnutrición y efectuar un seguimiento».

Identificar los pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos no puede seguir siendo una asignatura pendiente. Los endocrinólogos al frente de las Unidades de Nutrición debemos contribuir con nuestro quehacer diario a superar las barreras, sin olvidar que es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios trabajar juntos para dar la respuesta eficiente que esperan nuestros pacientes con un plan de acción claramente definido para combatir la DRE en todos los niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today*. 1974;9(2):4–8.
2. Ljungqvist O, de Man F. Under nutrition - a major health problem in Europe. *Nutr Hosp*. 2009;24(3):369–70.
3. Leon-Sanz M, Brosa M, Planas M, Garcia-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Álvarez Hernández JA, Predyces Group Researchers. PREDyCES STUDY: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition*. 2015;31(9):1096–2102.
4. Elia M, Normand C, Norman K, Laviano A. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutrition supplements in the hospital setting. *Clin Nutr*. 2016;35(2):370–80.
5. Freijen K, Bours MJ, Nuijten MJ, Poley MJ, Meijers MJ, Halfens RJ, et al. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review. *J A Med Dir Asso*. 2014;15(1):17–29.
6. Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria Part 2: Selected endocrine, metabolic and gastrointestinal diseases. *J Fam Pract*. 1975;2(2):123–9.
7. Álvarez Hernández J. Cribado nutricional en aras de la eficiencia. *Nutr Hosp*. 2018;35(2):249–51.
8. Lama RA, Morás A, Herrero M, Caraballo S, Galera R, López Ruzafa E, et al., y grupo GETNI. Validación de una herramienta de cribado nutricional para pacientes pediátricos hospitalizados. *Nutr Hosp*. 2012;27(5):1429–36.
9. Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Salom Vendrell C, Bañuls Cy Hernández-Mijares A. Validación del cribado nutricional Malnutrition Screening Tool comparado con la valoración nutricional completa y otros cribados en distintos ámbitos socio-sanitarios. *Nutr Hosp*. 2018;35(2):351–8.
10. Kondrup J, Allison P, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22:415–21.
11. Comité de Ministros. Consejo de Europa. Resolución Res AP (2003) 3 sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. Disponible en: <http://www.unav.edu/documents/11310/0/resolucionalimentacionNHD.pdf>
12. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. The multidisciplinary consensus work-team on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp*. 2011;26(4):701–10.
13. 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 cost of malnutrition in hospitalized patients; the Predyces Study. *Nutr Hosp*. 2012;27(4):1049–59.
14. The Dutch Malnutrition Steering Group. [consultado 15 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.fightmalnutrition.eu/>
15. Alianza mas nutridos. [consultado 15 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.alianzamasnutridos.es/acciones-en-marcha/>