



Curso de cribado nutricional

Diapositiva 1. Título: Curso de cribado nutricional

Grupo de estandarización y protocolos de SENPE y grupo interterritorial de la Alianza másnutridos

Diapositiva 2. Definición de desnutrición:

El concepto de desnutrición (DN) se refiere a una situación clínica provocada por un déficit de nutrientes (proteínas, nutrientes energéticos, otros nutrientes), que conlleva cambios en la composición corporal de los sujetos (pérdida de peso, de masa magra y masa grasa) que van a afectar a la función de los distintos tejidos y órganos del individuo y que repercuten negativamente en la evolución clínica de los sujetos.

El origen de ese déficit de nutrientes puede deberse a una ingesta inadecuada (pérdida de apetito, problemas socioeconómicos), a un aumento de las pérdidas (diarrea, síndromes malabsortivos) o a un aumento de los requerimientos (ligados a la enfermedad).

Diapositiva 3. Tipos de desnutrición:

De acuerdo con el documento de consenso de definición y clasificación de la DN entre la ESPEN y la ASPEN, es importante conocer la existencia de inflamación para poder clasificar de forma adecuada la DN.

Esto nos sirve para distinguir la *desnutrición por ayuno* (característica de los países subdesarrollados, o los pacientes con anorexia nerviosa) en la que la causa de la DN es el déficit de nutrientes, de la *desnutrición relacionada con la enfermedad* (DRE) mucho más prevalente en nuestro entorno sanitario, de etiología multifactorial y en la que siempre está presente un componente inflamatorio más o menos importante.

En los pacientes con DRE crónica (insuficiencia respiratoria, renal, cardíaca, hepática, obesidad sarcopénica, artritis reumatoide, cáncer de páncreas, etc.) existe una inflamación crónica de grado leve a moderado. En los pacientes con DRE aguda (infecciones graves, politraumatismos, quemaduras, etc.) existe un componente inflamatorio agudo de grado importante.

Diapositiva 4. Prevalencia de la DRE:

La DRE ocurre en todos los niveles de atención sanitaria (atención primaria, especializada, residencias y hospitales). Es un problema que afecta a todos los países y se calcula que en Europa el 5% de la población está desnutrida o en riesgo de desnutrición y este porcentaje aumenta al 10% entre los ancianos.



En España se realizó en el año 2010 el estudio PREDYCES, en el que participaron 31 hospitales e incluyó una muestra de más de 1500 pacientes. Este estudio mostró que 1 de cada 4 pacientes hospitalizados en España (23,7%) está en riesgo de desnutrición y un 37% entre los mayores de 70 años, utilizando como test de cribado nutricional el NRS 2002. En este estudio la prevalencia de DRE fue mayor en los pacientes con enfermedades neoplásicas (35%), del sistema circulatorio (29%) y respiratorias (28%).

La prevalencia de DRE varía según el nivel asistencial: se calcula que afecta al 2% en ancianos sanos en residencia pública española, al 5-8% de los ancianos en domicilio, al 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta un 44% de los ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta un 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica.

Diapositiva 5. Consecuencias de la DRE:

La DRE altera la respuesta inmunitaria facilitando la aparición de infecciones. Además se favorece la aparición de úlceras por presión. Todo ello retrasa la recuperación del paciente y por lo tanto se prolonga la estancia hospitalaria. Se incrementa la tasa de reingresos prematuros. Se altera la independencia del individuo y su calidad de vida. Todo ello contribuye a aumentar la morbimortalidad y repercute negativamente en los costes sanitarios.

Diapositiva 6. Estancia hospitalaria y DRE: Estudio PREDYCES

Según los resultados del estudio PREDYCES la estancia hospitalaria se duplica en los sujetos con desnutrición.

Diapositiva 7: Costes de hospitalización y DRE: Estudio PREDYCES

Según los resultados del estudio PREDYCES el coste de la hospitalización se incrementa al menos un 50% en los sujetos con desnutrición. Un porcentaje destacado de pacientes (10%) se desnutren durante su estancia hospitalaria, y este subgrupo representa los costes más elevados.

Diapositiva 8. Alianza másnutridos: Plan estratégico integral

La Alianza másnutridos, inspirado en los modelos de *best practices* de países que lideran la lucha frente a la DRE como Holanda y Reino Unido, cuenta con 6 puntos clave en su plan estratégico integral:

- Formación en nutrición a los profesionales sanitarios, necesaria para detectar pacientes en riesgo de desnutrición y establecer las medidas pertinentes para su resolución
- Implementar los métodos de Evaluación de la DRE haciendo obligatorio en todos los centros sanitarios la realización de un cribado nutricional que conlleve un procedimiento estandarizado de evaluación nutricional

- Desarrollar protocolos de Tratamiento nutricional en centros de Atención Primaria, Hospitales y Residencias de ancianos definiendo grados de intervención (alimentación natural y artificial)
- Estandarizar un plan de Monitorización de los cuidados y tratamientos nutricionales
- Realizar un Registro de los diagnósticos de los pacientes con DRE y una adecuada codificación
- Sistematizar un procedimiento de Evaluación de Resultados en salud, considerando la calidad y los costes de las medidas establecidas

Diapositiva 9. Cribado nutricional: definición y características

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. Los métodos o herramientas de cribado nutricional deben ser válidos, fiables, reproducibles, prácticos y asociados a protocolos específicos de actuación.

El cribado nutricional debería ser obligatorio en todos los centros socio-sanitarios (en los distintos niveles de atención sanitaria), siendo conveniente que la información relativa al estado nutricional de los sujetos pueda compartirse entre los distintos niveles asistenciales, a través de un sistema informático apropiado.

Diapositiva 10. Cribado nutricional: ¿quién lo debe realizar y cuándo se debe realizar?

El método seleccionado deberá ser aplicado por el personal de enfermería de las unidades de hospitalización. El cribado nutricional se deberá realizar en las primeras 24-48 horas del ingreso hospitalario de forma universal, excepto a enfermos con una duración esperada del ingreso inferior a 48h. El registro del cribado deberá quedar en la historia clínica del paciente y en la historia de enfermería, a ser preferible en soporte informático, o en su defecto en papel.

Diapositiva 11. Métodos de cribado nutricional

La selección del método de cribado nutricional dependerá de las características funcionales, historia y posibilidades de cada centro. Según la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), toda herramienta de cribado nutricional requiere una validación formal y basada en la evidencia y debería incluir 3 elementos sobre el estado nutricional: índice de masa corporal actual (IMC), pérdida de peso reciente no voluntaria y conocimiento de la ingesta alimentaria reciente. En el caso de los pacientes hospitalizados se debe considerar también la enfermedad de base, por su implicación en el aumento de requerimientos del paciente.

Los métodos de cribado nutricional propuestos por la ESPEN y la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) son: el Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002),

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Mini Nutritional Assessment (MNA), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) y el Malnutrition Screening Tool (MST).

La utilización de uno u otro método dependerá de la población a estudio (adultos-ancianos) y el nivel asistencial (comunidad-hospital), y de las preferencias y posibilidades de cada centro.

Diapositiva 12. NRS 2002:

El Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) es el método de cribado recomendado por la ESPEN para uso en hospitales. Se compone de 2 partes: en la primera parte analiza, mediante cuatro preguntas sencillas, el IMC, la reducción de la ingesta en la última semana, la pérdida de peso del paciente y la gravedad de la enfermedad. En caso de respuesta afirmativa a alguna de ellas se debe completar la segunda parte del test.

Diapositiva 13. NRS 2002:

La segunda parte del NRS 2002 se compone de 2 apartados, cada uno de ellas con una escala de puntos de 0-3. Además si la edad del paciente es > 70 años se sumará un punto adicional.

Un apartado se refiere al estado nutricional, en el que se valora la pérdida de peso en los últimos meses, el IMC y la ingesta energética en la última semana.

El otro apartado valora la gravedad de la enfermedad. Si la puntuación total es ≥ 3 puntos se considera que el paciente está en riesgo nutricional, por lo que deberá evaluarse adecuadamente el inicio de un tratamiento nutricional. Si la puntuación es < 3 puntos se deberá reevaluar al paciente semanalmente.

Diapositiva 14. MNA-SF o cribaje:

El Mini Nutritional Assessment (MNA) está diseñado para valorar el estado nutricional de la población mayor de 65 años. Se compone de 2 partes, el MNA-Short Form (MNA-SF) o MNA cribaje y el MNA completo o de evaluación nutricional.

El MNA cribaje incluye 6 ítems (apetito, pérdida de peso, movilidad, enfermedad aguda o estrés psicológico, problemas neuropsicológicos e IMC). Si no se dispone del IMC se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla. La puntuación máxima es de 14 puntos, 12-14 puntos indica un estado nutricional normal, 8-11 riesgo de desnutrición y 0-7 puntos indica desnutrición.

Diapositiva 15. MNA completo:

Es un método de valoración nutricional. Se compone de 18 ítems que se agrupan en cuatro grupos: antropometría, parámetros de valoración geriátrica, hábitos dietéticos y percepción de salud. La puntuación máxima es de 30 puntos. De 24-30 puntos indica un estado nutricional normal, 17 a 23,5 puntos riesgo de desnutrición y menos de 17 puntos desnutrición.

Diapositiva 16. MUST:

El Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) es el test de cribado nutricional de la British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Se emplea en comunidad y también en hospitales. Incluye el IMC, la pérdida de peso en 3-6 meses y el efecto de enfermedad aguda sobre la ingesta de alimentos en los últimos 5 días. La puntuación 0 se considera bajo riesgo, 1 riesgo medio de desnutrición y ≥ 2 alto riesgo. Lleva asociados protocolos de actuación.

Diapositiva 17, 18, 19, 20. SNAQ:

El Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) es el método de cribado nutricional recomendado por la NESPEN en Holanda que se ha desarrollado en 3 modalidades: hospital, residencias y comunidad (en mayores y menores de 65 años). Es un método sencillo y ligado a protocolos de actuación nutricional.

Diapositiva 21. MST:

El Malnutrition Screening Tool (MST) es una herramienta de cribado nutricional desarrollada en Australia que es rápida y sencilla. Valora el apetito y la pérdida de peso reciente. Clasifica a los pacientes en: sin riesgo de desnutrición y con riesgo de desnutrición. No requiere la realización de ningún cálculo y puede ser complementado por el propio paciente, un familiar o cuidador o personal sanitario.

Diapositiva 22. CONUT:

Además de los métodos de cribado anteriormente citados basados en variables puramente clínicas, existen otros test de cribado que se basan en variables analíticas. Entre ellos se encuentran el CONUT, FILNUT, INFORNUT. El mayor inconveniente de estos métodos es la baja especificidad de las variables analíticas que utilizan (albúmina, colesterol y linfocitos) para el diagnóstico del riesgo nutricional.

Diapositiva 23. Algoritmo de actuación tras el cribado:

En los pacientes con cribado positivo se debería realizar una valoración nutricional (VN). Cada centro debe sistematizar la forma de llevar a cabo la valoración nutricional, de acuerdo con su estructura y su organización de los recursos humanos. De ahí que pueden existir diversos modelos de llevarla a cabo, como por ejemplo que sea realizada por personal especializado de los Equipos de Soporte Nutricional/Unidad de Nutrición Clínica o bien por personal de cada Servicio donde esté ingresado el paciente, que requerirá la participación de personal especializado en Nutrición Clínica para aquellos casos más complejos o que requieran un soporte nutricional especializado. Si la VN es positiva se requerirá un tratamiento nutricional adecuado a cada caso. En los casos de cribado negativo o cuando la VN sea negativa, se debería repetir el cribado nutricional de forma periódica.

Diapositiva 24. Plan de cuidados nutricionales:

Los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición que hayan sido identificados durante el cribado (y la valoración) nutricional deberán seguir un plan de cuidados nutricionales que garantice un adecuado tratamiento y monitorización de su estado nutricional. En los pacientes con vía oral disponible se deberá optimizar la ingesta oral, para lo cual resultará muy útil realizar un registro de la ingesta de alimentos. En los casos en los que no se cubran los requerimientos nutricionales con la dieta oral se podrán utilizar suplementos nutricionales orales (SNO).

Cuando no se pueda utilizar la vía oral deberemos recurrir a la nutrición enteral (en el caso en que la vía digestiva esté disponible), o a la nutrición parenteral (si la vía digestiva no es posible).

Diapositiva 25. Hoja de monitorización de la ingesta:

Permite cuantificar de forma sencilla la ingesta del paciente. Está basada en que los requerimientos habituales de los pacientes oscilan entre 1800-2200 Kcal y 80-120 g de proteínas. Cada punto equivale a 200 Kcal y 10 g de proteínas.

Una puntuación de ≥ 8 puntos se considera adecuada, ≥ 5 puntos moderada y ≤ 4 puntos pobre.

Diapositiva 26. Registro y codificación:

Es necesario que se registre el diagnóstico de desnutrición y de los tratamientos nutricionales en la historia clínica del enfermo y en el informe de alta. En centros con historia clínica electrónica se establecerá en la aplicación informática un sistema de volcado de datos de los diagnósticos y tratamientos nutricionales para el informe de alta. Es imprescindible que cada Centro incorpore la codificación del diagnóstico de desnutrición y de los procedimientos terapéuticos (NE y NP) en el informe de alta.

Esto permitirá poner en valor el diagnóstico de desnutrición, dar a conocer la magnitud del problema a las administraciones públicas y obtener un adecuado reembolso en los hospitales.

Diapositiva 27. Códigos de desnutrición y procedimientos (CIE-9):

De acuerdo con el sistema de codificación actual de España (CIE-9) se recomienda utilizar los códigos diagnósticos CIE-9, 262 y 263, que corresponden a la desnutrición calórico proteica grave y moderada, respectivamente, porque las definiciones de estos códigos son las que mejor se adecúan a los criterios de desnutrición moderada y severa (según la ASPEN).

Para el diagnóstico de la desnutrición será necesario la presencia de al menos 2 de los 6 criterios siguientes (pérdida de peso, disminución de la ingesta, pérdida de grasa corporal, pérdida de masa muscular, presencia de edemas o ascitis, disminución de la función). La

gravedad de la desnutrición (grave o moderada) estará determinada por el grado de afectación de estos criterios.

Asimismo, se recomienda codificar los procedimientos de soporte nutricional, nutrición parenteral (99.15) y nutrición enteral (96.6), este último para aportes superiores a 1000 kcal/día.

Casos clínicos:

Caso clínico 1. Paciente quirúrgico, cáncer colorrectal, hospitalario:

- se ha utilizado el test de cribado MUST

Caso clínico 2. Paciente neurológico, ACVA, hospitalario:

- se ha utilizado el test de cribado MUST

Caso clínico 3. Paciente oncológico, cáncer de cabeza y cuello, hospitalario:

- se ha utilizado el test de cribado NRS 2002

Caso clínico 4. Paciente con enfermedad inflamatoria intestinal, ambulatorio:

- se ha utilizado el test de cribado MUST

Caso clínico 5: Paciente anciano (en comunidad/residencia):

- se ha utilizado el test de cribado MNA