



Cribado nutricional en aras de la eficiencia

Nutrition screening: looking for the efficiency

Las medidas de lucha contra la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), propuestas e implementadas por los principales países de nuestro entorno, incorporan, como un pilar básico de la atención de los sujetos enfermos, la identificación de aquellos que pudieran estar desnutridos o en riesgo de desnutrición. De ahí la relevancia de considerar las herramientas de cribado nutricional.

Si bien resulta casi una misión imposible definir la DRE, como se aprecia en las últimas publicaciones de consensos de expertos de la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) y la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (1,2), existe un acuerdo unánime en que el cribado nutricional es el primer paso para el abordaje del paciente enfermo en riesgo nutricional. La complejidad del cuidado y tratamiento integral del paciente en riesgo de desnutrición y desnutrido obliga a buscar herramientas eficientes que permitan identificar adecuadamente a los pacientes en riesgo, para optimizar la funcionalidad de los equipos asistenciales (3).

En este punto nos podríamos preguntar si el cribado nutricional cumple los criterios de Frame y Carlson para ser definido como tal (4). Estos autores, hace más de 40 años, definieron las condiciones que debían cumplir las medidas preventivas para ser consideradas como un cribado. Estas eran: que la enfermedad buscada sea una causa común de morbilidad (enfermedad prevalente); que sea detectable en etapa presintomática; que, además, las pruebas diagnósticas deban ser efectivas y eficaces (sensibilidad y especificidad aceptables, sencillas y baratas) y que el tratamiento temprano sea mejor que en la etapa sintomática y, por supuesto, que el daño potencial de la intervención deba ser menor que en el tratamiento no precoz.

Entendemos el cribado nutricional como un procedimiento estandarizado que permite identificar a los individuos desnutridos o con riesgo de desnutrición que se pueden beneficiar de un apropiado cuidado y tratamiento nutricional. 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 eficiente.

La importancia del papel de las herramientas de cribado nutricional ha avanzado de la mano del conocimiento de la desnutrición y sus consecuencias. Desde que en 1936, un cirujano, Hiram O Studley (5), llamara la atención a la comunidad científica acerca de cómo impacta la pérdida de peso en la evolución de los pacientes postquirúrgicos con úlcera péptica, la evolución en el concepto de la DRE y los avances tecnológicos en su tratamiento se han venido desarrollando.

En la actualidad, son más de 20.000 las referencias bibliográficas recogidas en PubMed relativas a "nutritional screening". Aunque, probablemente los primeros cribados nutricionales descritos fueron los de Setzler en 1979 y Potosnak en 1983, no fue hasta la publicación de la Valoración Subjetiva Global (VSG), en 1987 por Destky (6), cuando se comenzó a integrar el concepto de las herramientas de despistaje para identificar pacientes en riesgo nutricional y cuestionarios de evaluación nutricional estructurados. A partir del año 2000 se registra la mayor proliferación de publicaciones relativas a herramientas de cribado nutricional.

Hay más de 70 herramientas descritas. El Comité de Expertos de ESPEN define como componentes fundamentales de un cribado nutricional: el índice de masa corporal; la pérdida de peso reciente involuntaria; la reducción de la ingesta y la gravedad de la enfermedad (7). Los métodos identificados como patrón oro para

editorial

ESPEN son el Nutrition Risk Screening (NRS 2002) recomendando su utilización en el ámbito hospitalario. El Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) de uso predominante en el ámbito comunitario y el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) de utilización en población geriátrica. La ASPEN, por su parte, apuesta por Valoración Subjetiva Global (VSG) y el Malnutrition Screening Tool (MST). A pesar de estas recomendaciones cuesta definir qué herramienta de cribado se ajusta más a los criterios que se establezcan como definitivos para determinar DRE.

La selección de la herramienta de cribado nutricional en cada caso deberá responder a preguntas relacionadas con la población a estudio (enfermedad relacionada, edad, etc.) o el objetivo del cribado, entre otras. Podríamos considerar dos objetivos del cribado. Por un lado, predecir la probabilidad de un pronóstico desfavorable debido a los factores nutricionales, y por otro identificar a los sujetos que pueden beneficiarse del tratamiento nutricional (8).

Los estudios como el de Castro-Vega y cols. (9) validando un método de cribado nutricional como el MST, comparándolo con la Valoración Nutricional Completa y otros cribados nutricionales en distintos ámbitos sanitarios, publicado en este número de la revista *Nutrición Hospitalaria*, aportan luz para poder hacer una selección acertada. Este trabajo se presenta como un subanálisis del estudio sobre la prevalencia del riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud valenciano (10).

Los autores, con una adecuada metodología, han demostrado la utilidad del MST en el cribado nutricional en más de 800 pacientes ambulatorios, institucionalizados y hospitalizados y no solo en el paciente oncológico, colectivo para el que ya está validado el método. El MST diagnostica en este estudio más del 80% de los pacientes en riesgo nutricional con alta sensibilidad (69,4%) y especificidad (94,2%), así como una buena concordancia y validez respecto a la valoración nutricional completa. Su aportación en nuestro medio es muy interesante identificando los sujetos en riesgo nutricional y evitando los falsos positivos. Esta última circunstancia añade valor a esta herramienta ya que permite limitar la utilización de recursos (profesionales y tiempo), en pacientes que no son subsidiarios de un plan atención nutricional integral que incluye, como paso inmediato al cribado, realizar una valoración nutricional completa.

Castro- Vega y cols. destacan también entre las bondades de este método, cuando se compara con el resto de los estudiados en esta publicación (MUST y MNA-SF), que ofrece la versatilidad de poder ser realizado por personal sanitario, el propio paciente o sus familiares, lo que evidentemente se aprecia como una ventaja sobre el resto de los estudiados. Este hecho y el de permitir evitar los falsos positivos, constituyen los aspectos de mayor interés, a nuestro juicio, en aras de la eficiencia nutricional.

La implantación de métodos de cribado nutricional en los distintos niveles asistenciales resulta ser uno de los pilares fundamentales de la lucha contra la DRE en Europa. Modelos como el holandés con el desarrollo del SNAQ (Screening Nutritional Assessment Questionary) en sus distintas variantes según nivel asistencial, o el británico con la creación del MUST aportando un interesante algoritmo de actuación encadenado a los resultados del mismo muestran, con sus buenos resultados, un modelo a imitar.

En España, la Sociedad Española de Nutrición Parenteral (SENPE) junto a la Fundación Abbott lideran el movimiento Alianza Masnutridos (www.alianzamasnutridos.org). En su Plan de Lucha contra la DRE uno de los principios de su decálogo establece la necesidad de la realización de un cribado universal. El desarrollo de este movimiento, que arranca del Proyecto Masnutridos, ha potenciado la realización de estudios piloto en diferentes comunidades autónomas. La instauración de una metodología de cribado, escogida en cada centro según sus necesidades, ha permitido hacer una foto de nuestra realidad local y nacional, iniciar procedimientos de buenas prácticas e implementar medidas generales en las distintas comunidades autónomas que han podido evaluar el impacto de sus resultados.

Sin embargo, compartimos con distintos autores que existe una serie de factores que influyen negativamente, dificultando la implantación de métodos de cribado nutricional en los distintos ámbitos sanitarios. Entre ellos queremos destacar la falta de formación y sensibilidad de los profesionales sanitarios, en ocasiones provocado por el exceso de confianza de los equipos médicos y de enfermería en sus apreciaciones personales a la hora de valorar a los pacientes, asociado a una falta de rutina en la incorporación del registro de la medida de los resultados de los test estandarizados.

Tampoco podemos olvidar la falta de recursos, especialmente el tiempo ante una importante sobrecarga asistencial y, en ocasiones, la disponibilidad de peso y tallímetro.

Por último, uno de los principales factores limitantes de éxito en esta empresa estriba en la falta de una política claramente definida y la dificultad para identificar el método de cribado más adecuado. Por todo esto, la información de los estudios de validación de cribado nutricional, como el que se publica en este

número, añaden conocimiento, iluminan y facilitan la toma de decisiones en el abordaje integral del sujeto enfermo en riesgo de DRE.

editorial

Julia Álvarez Hernández
Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid
(julia.alvarez@movistar.es)

Bibliografía

1. Meijers JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Soeters PB, Halfens RJ. Defining malnutrition: mission or mission impossible? *Nutrition* 2010;26:432e40.
2. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition e An ESPEN Consensus Statement, *Clinical Nutrition*. *Clin Nutr* 2015;34(3):335-40. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.03.001.
3. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M; Academy Malnutrition Work Group; A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force; A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2012;36(3):275-83. DOI: 10.1177/0148607112440285.
4. 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.
5. Studley Hiran O. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA* 1936;106(6):458-60.
6. Destky A, McClaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? *JPEN* 1987;11:8-13.
7. Kondrup J, Allison S, Elia M, Vellas B, Plauth MJ. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
8. Mueller C, Compher C, Ellen DM; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2011;35(1):16-24.
9. Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Salom Vendrell C, Bañuls Morant C, Hernández-Mijares A. Validación del cribado nutricional "malnutrition screening tool" comparado con la valoración nutricional completa y otros cribados nutricionales en distintos ámbitos sanitarios. *Nutr Hosp* 2018;35(2):351-8.
10. Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Barrios Marta C, Bañuls C, Hernández-Mijares A. Validez, comportamiento y concordancia de 3 herramientas de cribado nutricional respecto a la valoración nutricional completa en distintos ámbitos socio sanitarios. *Med Clin (Barc)* 2017. DOI: 10.1016/j.medcli.2017.07.019