



# Nutrición Hospitalaria

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04671>

## Editorial

Un año más, la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), cumpliendo con los objetivos docentes que le son propios, ha promovido la formación precongreso a través de los Talleres de Nutrición Clínica y del Curso Avanzado en Nutrición. En esta ocasión el tema elegido ha sido “Controversias en Nutrición Clínica: Técnicas y Tratamiento” que, partiendo de preguntas clínicas no ajenas al devenir diario en el ejercicio de la profesión, ha pretendido revisar y dar respuesta a temas relacionados con las técnicas de evaluación morfofuncional, la valoración nutricional en distintos ámbitos de trabajo y a situaciones comunes en el paciente con cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal avanzada en una Unidad de Críticos. Finalmente se ha debatido sobre la consideración de la Nutrición Clínica en el contexto de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), como un derecho humano.

En la primera parte, los Dres. Alejandro Sanz Paris y José Manuel García Almeida debatieron sobre el papel de la ecografía en el diagnóstico de la DRE según los criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*). El Dr. Sanz, además de reafirmar la importancia de medir la masa muscular en la DRE, presentó evidencias sobre cómo la valoración de este compartimento por diferentes técnicas puede mostrar prevalencias diferentes de DRE, con una correlación como mucho moderada, cuando se comparan entre sí. Profundizó en el hecho de que la dinamometría de mano se haya descartado como herramienta para diagnosticar DRE por GLIM (indica pérdida de fuerza, pero no de masa y, de hecho, su inclusión como criterio fenotípico puede aumentar la prevalencia de dicho diagnóstico) y mostró estudios en los que la ecografía se ha empleado en la esfera de los criterios GLIM, comparando los resultados con otras técnicas y con otros criterios fenotípicos como el índice de masa corporal (IMC) bajo. Presentó la propuesta de estandarización y puntos de corte de valoración de la masa muscular mediante ecografía por el grupo de trabajo SARCUS (de la *European Geriatric Medicine Society*) para diversos grupos musculares, y las consideraciones a tener en cuenta al realizar la valoración por ecografía. Finalmente mostró cómo la pérdida de masa muscular y la ecogenicidad pueden ser diferentes en distintas localizaciones anatómicas, con una repercusión clara sobre función muscular (por ejemplo, disminución del grosor del músculo masetero estimado por ecografía y su asociación con la presencia de disfagia). El Dr. García Almeida repasó el concepto de ecografía nutricional defendiendo su utilidad y su aplicabilidad en la práctica clínica.

A continuación, los Dres. Samara Palma Milla y Sergio Ruiz Santana mostraron su punto de vista sobre la valoración nutricional y su seguimiento en los contextos clínicos del paciente crítico y del paciente enfermo hospitalizado o ambulatorio. El Dr. Ruiz Santana hizo una descripción muy pertinente sobre las fases por las que atraviesa el paciente crítico y cómo el tratamiento nutricional podría impactar en todos los eventos clínicos que se desarrollan a corto o largo plazo tras el paso por las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), revisó las recomendaciones de energía y nutrientes a alcanzar en función de las características del paciente (incluyendo la presencia de obesidad) y repasó las escalas y herramientas que pueden ser útiles para el cribado, la valoración y la monitorización nutricional del enfermo crítico. De destacar la evidencia de que los criterios GLIM pueden utilizarse en este contexto por su buena correlación con otras herramientas como la valoración global subjetiva (VGS) estándar, y el repaso de las técnicas de composición corporal por su papel indiscutible en la valoración de la masa muscular, con especial hincapié en la ecografía del recto femoral del cuádriceps y con una mirada hacia el futuro con nuevas técnicas ultrasonográficas como la elastografía por ondas de corte, un *software* que determina la microvascularización y el contraste ultrasonográfico. La Dra. Samara Palma Milla afrontó el reto de realizar la valoración nutricional fuera del entorno del paciente crítico, defendiendo los criterios GLIM como consenso diagnóstico indiscutible en este momento. No obstante, debatió sobre el criterio fenotípico de la baja masa muscular (que ya no reconoce la dinamometría como una forma válida de valoración de la masa) cuestionando los puntos de corte y su forma de medida. En cuanto a los criterios etiológicos, defendió en estudio exhaustivo de la ingesta dietética de los pacientes y se interrogó sobre la forma de definir la inflamación en la práctica clínica (en ocasiones según la patología de base o por el valor de la proteína C reactiva). También planteó el problema de codificar la desnutrición según el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) con los criterios GLIM, que no distinguen entre componentes proteico y calórico. Muy interesante su propuesta de tener en cuenta la grasa corporal, y su distribución, en el concepto de la DRE cuando se habla de composición corporal.

En la segunda parte del curso el debate se centró en diferentes situaciones clínicas extrapolables a la práctica clínica rutinaria.

El primer paciente evaluado fue un adulto mayor con insuficiencia cardiaca, hipoalbuminemia y polifarmacia. El Dr. Pablo Suárez Llanos defendió el papel de la albúmina en su contribución a la valoración nutricional (varias herramientas de cribado, de valoración nutricional y de expectativa pronóstica contemplan este parámetro: CIPA –Control de Ingestas, Proteínas, Antropometría–, CONUT –*CON*trolling *NU*tritional status–, PONS –*Perioperative Nutrition Screening Score–*, *Glasgow Prognostic Score*), cómo valores disminuidos de albúmina sérica se asocian con la desnutrición valorada mediante la valoración global subjetiva (VGS) y con la presencia de sarcopenia, y su relación con la inflamación (que es tenida en cuenta en diversas herramientas de cribado como MUST –*Malnutrition Universal Screening Tool–* y NRS-2002 –*Nutritional Risk Screening–* y en el diagnóstico de desnutrición con los criterios GLIM). A continuación, la Dra. Patricia Bravo San José mostró la evidencia que existe sobre el impacto de los fármacos en la situación nutricional de los pacientes (sobre todo frágiles y ancianos), y cómo la situación nutricional puede afectar a la biodisponibilidad de los principios activos prescritos. Además, explicó la importancia de la albúmina en la farmacocinética de algunos fármacos. De interés la presentación de la herramienta Medynut (<https://www.medynut.com/>), creada por el grupo de trabajo de Farmacia en Nutrición Artificial de SENPE y su recomendación sobre la necesidad de seguir investigando en este campo e instando a la revisión de la polifarmacia ante síntomas específicos relacionados con la nutrición en los enfermos.

En las ponencias dedicadas al paciente cirrótico, la Dra. Irene Bretón Lesmes hizo un repaso de la fisiopatología de la desnutrición y de la sarcopenia en estos enfermos, así como de las principales herramientas de cribado y de valoración nutricional. Entre las primeras, destacar la *Royal Free Hospital Nutrition Priorization Tool* (RFH-NPT), que predice complicaciones, y la *Liver Disease Undernutrition Screening Tool* (LDUST). Ofreció algunos puntos de corte para orientar las definiciones de baja fuerza muscular, baja masa muscular esquelética y ángulo de fase disminuido, utilizando parámetros antropométricos y herramientas de valoración de la composición corporal, para acabar centrándose en el cálculo de requerimientos de energía y proteínas, desmitificando la restricción proteica clásica y proponiendo el empleo de aminoácidos ramificados (AARR) en los pacientes con cirrosis. Interesante la discusión específica sobre la valoración metabólica de estos pacientes y el estudio de deficiencias en micronutrientes. En cuanto a la dietoterapia, D. Guillermo Cárdenas Lagranja discutió de forma pormenorizada la necesidad de adaptación de la dieta hospitalaria, la importancia del *snack* nocturno (propuesta de 200-310 kcal, 13-15-g de proteínas y 30-40 g de hidratos de carbono), el tipo de proteína (vegetal –mejor tolerada, acompañada de fibra, pero con mayor dificultad para alcanzar los requerimientos– o animal –que no debe retirarse de la dieta de estos pacientes–) y la cantidad de sal a aportar (en general no menos de 2000 mg de sodio, salvo en situaciones muy específicas, y revisando siempre el impacto sobre la situación nutricional del enfermo).

En el caso clínico dedicado al paciente crítico, la Dra. Luisa Bordejé Laguna repasó los objetivos del tratamiento médico nutricional; la fisiopatología de la desnutrición en el contexto del fallo renal agudo –haciendo una mención especial a los problemas derivados del tipo de tratamiento de reemplazo renal–; la dificultad que entraña tanto la valoración nutricional, como el cálculo de requerimientos de proteínas de manera objetiva en estas circunstancias –partiendo de una revisión crítica sobre la evidencia generada desde el cálculo de la tasa catabólica de proteínas normalizada (PCR/peso seco del paciente)–; y las recomendaciones de aporte proteico de las guías que hacen referencia a la patología renal. Defendió un aporte proteico adecuado, sin restricciones, en los pacientes sometidos a técnicas continuas de reemplazo renal; evitar un exceso de kcal aportadas con el tratamiento médico nutricional –teniendo en cuenta el exceso de energía proporcionado por citrato, lactato y glucosa en las soluciones de hemodiálisis y ultrafiltración–; y la necesidad de investigación en este campo. El papel de la enfermería en el manejo de la nutrición enteral (NE) del paciente crítico quedó patente tras la intervención de Dña. María Luz Montero González, que revisó, de forma pormenorizada, todo el proceso requerido en esta situación, mostrando algoritmos muy útiles en el abordaje de las complicaciones asociadas. De destacar su recomendación de medir siempre el residuo gástrico –un tema sometido aún a controversia– y de evitar interrupciones innecesarias en la NE que pueden comprometer la situación nutricional del enfermo.

Ya por la tarde se debatió sobre si la atención nutricional durante la enfermedad es un derecho humano. Para comenzar, la Dra. Julia Álvarez Hernández presentó una ponencia preparada conjuntamente con la Dra. Cristina Cuerda Compés, detallando el concepto de derecho humano y pintando la evolución histórica de la percepción de la relación entre la desnutrición relacionada con la enfermedad y el curso clínico (con ejemplos como el estudio PREDyCES y la estrategia *NutritionDay*, que han puesto de manifiesto el limitado acceso al tratamiento nutricional de los pacientes desnutridos). Importante el matiz introducido en cuanto a cómo la falta de cuidado nutricional puede comprometer los principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia. Posteriormente se trazó la evolución de la preocupación del derecho al cuidado nutricional desde el año 2003 hasta el año en curso, en el que se ha culminado con la firma de la Declaración de Viena en el cuadragésimo cuarto congreso ESPEN, y que distingue el derecho a la alimentación y el derecho al cuidado nutricional durante la enfermedad. En la parte final de su charla, se centró en cómo aplicar, en el contexto del cuidado nutricional como un derecho humano, los valores FREDA –Justicia (*Fairness*), Respeto (*Respect*), Equidad (*Equity*), Dignidad (*Dignity*) y Autonomía (*Autonomy*) – en la práctica diaria, y en cómo vincular cada paso del proceso nutricional con los principios éticos contemplados. Todo ello, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y asumiendo que en algunas situaciones la decisión de “no nutrir” puede ser adecuada desde una valoración ética.

Para finalizar, la Dra. Carmen Arriaza Irigoyen (especialista en Endocrinología y Nutrición), el Dr. José Enrique Palacio Abizanda (especialista en Endocrinología y Nutrición y licenciado en Derecho), el Dr. Javier Júdez Gutiérrez (vicepresidente de la Asociación Española de Bioética Fundamental y Clínica –AEBFyC–), y Dña. Esther Arnanz Narganes (directora de las actividades técnicas de la Comunidad Autónoma de Madrid de la Fundación Alzheimer España) se sumaron al debate sobre este concepto. Algunas ideas clave fueron la falta

de un marco normativo homogéneo que haga imprescindible un cribado sistemático de desnutrición en los hospitales; la necesidad de que los profesionales, más allá de un marco legal determinado, implementen, según las guías clínicas disponibles, el cuidado nutricional de los pacientes; la posibilidad de exigencia de responsabilidades por la falta de atención nutricional del sujeto enfermo; la carencia de conocimiento por parte de familiares, y también por parte de algunos profesionales, en aspectos relacionados con la nutrición durante la enfermedad; el escaso tiempo dedicado a formación en Nutrición en los grados –sobre todo de Medicina–; la necesidad de que el paciente y sus cuidadores se hagan corresponsables del tratamiento y de que tomen decisiones, siempre consensuadas con el equipo médico que le acompaña; y la importancia de seguir generando conocimiento a través de una investigación bien diseñada.

Termino este editorial agradeciendo a la Junta Directiva de SENPE la confianza depositada en mí para la dirección del curso, con el deseo de que haya servido no solo para ampliar conocimientos, sino para abrir nuevas líneas de pensamiento que puedan conducir a una mejor práctica clínica involucrando la docencia y la investigación. Cabe destacar el valor de las aportaciones de los alumnos que participaron en el curso, promoviendo el debate y planteando cuestiones durante toda la jornada.

Por supuesto, también debo reconocer en un agradecimiento especial la labor llevada a cabo por el equipo de *Nutricia-Danone Specialized Nutrition*, que con gran profesionalidad e ilusión ha hecho posible el desarrollo de este curso. Particularmente vaya mi gratitud al trabajo de la Dra. María Aguirre Garin (*Medical Manager DRM*) y al compromiso del Dr. Gonzalo Zárate (director médico de la compañía), sin los que el curso “Controversias en Nutrición Clínica: Técnicas y Tratamiento” no habría sido posible en su dimensión actual.

Esperamos que el contenido de esta monografía sea de interés para todos los que se acerquen a ella en actitud de aprendizaje crítico, con el fin de avanzar en el conocimiento y en la aplicación de la Nutrición Clínica, desde el diagnóstico de la DRE hasta su tratamiento.

Pilar Matía Martín

*Especialista en Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC).  
Departamento de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.  
Coordinadora del Comité Científico Educativo de SENPE*