

# Nuevos espacios y posibilidades para implementar el cribado de la desnutrición relacionada con la enfermedad

## New spaces and possibilities to implement screening for disease-related malnutrition

Ana Zugasti Murillo<sup>1</sup>, Josu Labandeira Pazos<sup>2</sup>

En el pasado 44º Congreso de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo, (ESPEN), celebrado en Lyon en 2002, se firmó la Declaración Internacional sobre el Derecho Humano a la Atención Nutricional. Se trata de un llamamiento para que los responsables políticos, las asociaciones médicas y las organizaciones de la sociedad civil actúen urgentemente contra la desnutrición relacionada con las enfermedades. La declaración es el primer consenso mundial de este tipo y está respaldado por las principales sociedades internacionales de nutrición clínica (ESPEN, ASPEN, FELANPE, PENSA), SENPE (Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo), la Federación Europea de Asociaciones de Dietistas, el Foro Europeo de Pacientes y otras 75 asociaciones científicas de todo el mundo. Este documento, no vinculante legalmente, implica un compromiso moral de las partes para tomar medidas y acciones concretas en la promoción del acceso al cuidado nutricional. Para entender la importancia de esta acción global, es necesario tener en cuenta los aspectos históricos y los momentos clave que favorecieron la evolución y la concretización del concepto de cuidado nutricional como derecho humano<sup>1</sup> **Figura 1.**

En el ámbito de la salud pública y en el contexto político, se considera que el beneficiario o titular del derecho a la alimentación es una persona con un papel activo, a la cual el Estado debe proporcionar un entorno propicio para permitirle "alimentarse a sí mismo". En el contexto clínico, ¿se debe garantizar el derecho de las personas a "alimentarse a sí mismas" o a ser "alimentadas"? La persona enferma, en este contexto, tiene una mayor probabilidad de presentar una alteración del estado nutricional por el simple hecho de estar enfermo. No se trata de un estado que depende de la falta de alimentos, sino también del impacto de la inflamación y las alteraciones metabólicas. Por lo tanto, toda persona enferma en contacto con una institución

de salud debería poder recibir cuidado y atención nutricional.

La relación entre la desnutrición y la mala evolución del enfermo con patología quirúrgica es conocida desde hace más de 80 años. En 1936, un cirujano, el Dr. Hiram O. Studley, documentó que la pérdida del 20% (o más) del peso del paciente podía explicar gran parte de las complicaciones posquirúrgicas que ocurrían<sup>2</sup>. Cannon *et al.* (1944) destacaron el vínculo entre la depleción proteica y la infección posquirúrgica<sup>3</sup>, y Rhoads y Alexander (1955) llamaron la atención sobre los problemas nutricionales observados en pacientes en espera de una intervención quirúrgica<sup>4</sup>.

Es en 1974 cuando Butterworth<sup>5</sup>, en su famoso artículo "The skeleton in the hospital closet" introduce el término de "desnutrición iatrogénica" para describir los trastornos en la composición corporal del paciente hospitalizado ocasionados por las acciones (u omisiones) del equipo asistencial. Para el autor resultaba llamativo que el equipo asistencial no registrara tempranamente y tratara oportunamente los signos de la desnutrición de los pacientes, máxime cuando estaba obligado, por su profesión, a proporcionar el mayor bienestar posible a aquellos que acudían a él en busca de solución y/o alivio para sus enfermedades. También había una razón práctica para el tratamiento oportuno de la desnutrición. Butterworth ya había identificado una relación entre el deterioro nutricional del paciente hospitalizado y el tiempo y los costos de la estancia hospitalaria: una vez declarada, la desnutrición agravaba el estado clínico del paciente, encarecía la asistencia médica y prolongaba su estancia en la institución, lo que, a su vez, contribuía a acrecentar el deterioro nutricional. Se cerraba así un círculo pernicioso que en muchas ocasiones conducía a la muerte del paciente.

El punto álgido de la exposición de Butterworth (y donde radica su perdurabilidad) es la identificación de 14 prácticas asistenciales consideradas por el autor como inaceptables,

### Filiación de los autores:

<sup>1</sup>Sección de Nutrición Clínica-Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

### Correspondencia:

Ana Zugasti Murillo.  
Sección de Nutrición Clínica-Servicio de Endocrinología y Nutrición.  
Hospital Universitario de Navarra.  
C/ de Irunlarrea, 3.  
31008 Pamplona, España.

### E-mail:

ana.zugasti.murillo@cfnavarra.es

### Información del artículo:

Recibido: 19-2-2024.  
Aceptado: 1-3-2024.  
Online: 15-3-2024.

### Editor responsable:

Guillermo Burillo-Putze.

### DOI:

10.55633/s3me/  
REUE001.2024

**EL CUIDADO NUTRICIONAL ES UN DERECHO HUMANO**

La Declaración Internacional sobre el Derecho Humano al Cuidado Nutricional "Declaración de Viena"

Respalda por las cuatro principales sociedades internacionales de nutrición clínica ASPEN, ESPEN, FELANPE, PENSA junto con representantes de asociaciones de pacientes (EPF), de dietistas (EFAD) y una red mundial de más de 70 Sociedades nacionales

**EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN**

El derecho a una alimentación adecuada y el derecho a no padecer hambre ni malnutrición

**EL DERECHO AL CUIDADO NUTRICIONAL**

Tamizaje, diagnóstico y evaluación de la desnutrición relacionada con enfermedad (DRE), Alimentación y terapia médica nutricional basada en la evidencia (incluida nutrición administrada artificialmente)

**EL DERECHO A LA SALUD**

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

**OBJETIVOS**

- Promover el reconocimiento del derecho humano al cuidado nutricional para todas las personas con DRE o en riesgo de padecerla, y el respeto a la dignidad humana de acuerdo con las leyes internacionales sobre derechos humanos y bioética
- Proporcionar un marco de referencia cuyos principios sirvan de base para el futuro desarrollo de planes de acción de las Sociedades Clínicas y Científicas y de otras partes interesadas en la nutrición clínica
- Definir valores, objetivos y principios básicos para mejorar la calidad del cuidado en nutrición clínica y sensibilizar sobre la malnutrición relacionada con la enfermedad y la falta de acceso a la cuidado nutricional.

**PRINCIPIOS**

- Cumplimiento Del Derecho Al Cuidado Nutricional**  
La política de salud pública debe hacer del cumplimiento del derecho al cuidado nutricional un eje fundamental en la lucha contra la DRE
- Educación e investigación en nutrición clínica**  
La educación e investigación son un eje fundamental del respeto y el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional
- Los principios éticos en nutrición clínica**  
Los principios y valores éticos, incluyendo la justicia y la equidad en el acceso al cuidado nutricional, son la base del derecho al cuidado nutricional.
- Cultura institucional**  
El cuidado nutricional requiere de una cultura institucional que siga los principios y valores éticos y un enfoque interdisciplinario.
- Empoderamiento del paciente**  
El empoderamiento del paciente es un factor clave para la acción necesaria para optimizar el cuidado nutricional.

The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) [www.espen.org](http://www.espen.org)  
 Cárdenas D, et al. Clin Nutr. 2022 Jul;41(7):1613-1618. doi: 10.1016/j.clnu.2022.03.021.  
 Cárdenas D, et al. Clin Nutr. 2021 Jun;40(6):4029-4036. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.039.

Figura 1. Declaración de Viena: Nutritional Care is a human right  
 Disponible en <https://www.espen.org/espen/vienna-declaration-nutritional-care-is-a-human-right>

por cuanto son atentatorias del estado nutricional del paciente (Tabla 1).

En esa época las evidencias sobre la extensión de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) a nivel

**Tabla 1.** Prácticas atentatorias sobre el estado nutricional del paciente hospitalizado

1. Ausencia de registro de peso y la talla del paciente.
2. Rotación frecuente de los integrantes del equipo de atención.
3. Dilución de las responsabilidades en el cuidado del paciente.
4. Uso prolongado de soluciones parenterales salinas y glucosadas como única fuente de aporte energético.
5. Fallo en registrar las ingestas alimentarias del paciente.
6. Ayunos repetidos debido a la realización de pruebas diagnósticas.
7. Administración de alimentos por sondas enterales en cantidades inadecuadas, con composición incierta, y bajo condiciones higiénicamente inadecuadas.
8. Ignorancia de la composición de las mezclas vitamínicas y otros productos nutricionales.
9. Fallo en reconocer las necesidades nutricionales incrementadas debido a la inflamación asociada a la enfermedad de base.
10. Realización de procedimientos quirúrgicos sin antes confirmar que el paciente está en un estado nutricional óptimo, y fallo en el tratamiento nutricional necesario en el postoperatorio.
11. Fallo en apreciar el papel de la nutrición en la prevención y el tratamiento de la infección; la confianza desmedida en el uso de antibióticos.
12. Falta de comunicación e interacción entre el médico y la dietista. Como profesionales integrantes de los equipos de salud, las dietistas deben preocuparse del estado nutricional de cada uno de los pacientes hospitalizados.
13. Demora en el inicio del tratamiento nutricional hasta que el paciente se encuentra en un estado avanzado de desnutrición, que a veces es irreversible.
14. Disponibilidad limitada de pruebas de laboratorio para la evaluación del estado nutricional del paciente; fallo en el uso de aquellos disponibles.

Traducido de The skeleton in the hospital closet. Nutrition Today. 1974;9:4-8.

hospitalario eran más bien escasas y fragmentarias. Pero el panorama ha cambiado en los últimos años.

El estudio observacional multicéntrico PREDyCES<sup>6</sup> publicado en 2012, con datos recogidos en 2009, evidenció que el 23% de los pacientes al ingreso hospitalario y el 23,4% en el momento del alta sufrían DRE. La estancia media de los pacientes desnutridos fue de  $11,5 \pm 7,5$  días vs  $8,5 \pm 5,8$  días ( $p < 0,001$ ) en los controles y el coste de la asistencia fue de  $8.590 \pm 6.127$  € vs  $7.085 \pm 5.625$  € ( $p < 0,015$ ). La extrapolación de estos resultados a la totalidad del Sistema Nacional de Salud mostró que el coste estimado de la desnutrición hospitalaria en España fue, al menos, de 1.143 millones de euros por año. En el año 2021 se publicó el estudio SeDREno<sup>7</sup> (con datos recogidos en 2019), constatando que un 29,7% de los pacientes tenía desnutrición al ingreso, según criterios GLIM

(12,5% severa, 17,2% moderada), alcanzando el 34,8% en los mayores de 70 años. El 72% de estos pacientes había ingresado a través de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Diez años después habíamos pasado de 1 de cada 4 a 1 de cada 3 pacientes con DRE al ingreso hospitalario.

Con la evidencia que tenemos en la actualidad sobre la prevalencia y la relevancia ¿es buen momento para plantear nuevos escenarios y medidas para la detección precoz y el manejo adecuado de la DRE? Si se han llevado a cabo con éxito propuestas de cribado de otras enfermedades en los SUH<sup>8</sup>, ¿por qué no para la DRE?

La DRE es una entidad que cumple todos los requisitos que hacen aconsejable un cribado: tiene una prevalencia significativa (especialmente en personas mayores o con enfermedades crónicas), existen herramientas sencillas para detectarla (y aquí resulta clave el papel del personal de enfermería)<sup>9</sup> y es posible instaurar un tratamiento precoz que mejore el pronóstico del paciente y con demostrada coste-efectividad<sup>10,11</sup>. Incluir en la historia del paciente el peso actual, el índice de masa corporal (IMC) y el % del peso perdido (en relación con el habitual) sería algo sencillo y un gran avance en la detección precoz de la DRE<sup>12</sup>.

Es importante concienciar al equipo sanitario que trabaja en urgencias de su relevante papel en la detección temprana de la DRE. Hay que tener en cuenta que el médico de urgencias trabaja en un entorno hostil, con una gran carga de trabajo y en ocasiones con un paciente de gravedad y puede percibir que ésta no es una materia suya, a no ser que compruebe que el cribado de DRE es sencillo de realizar y de registrar y que el resultado de éste es vinculante con la evolución de la enfermedad que motiva el ingreso. Consideramos que se podría contemplar en aquellos pacientes atendidos en los SUH, que finalmente precisen ingreso y que pertenezcan a los colectivos más afectados o en los que puede tener más relevancia en la evolución de su patología de base (mayores de 70 años, pacientes con patologías crónicas y/o patologías quirúrgicas)<sup>13,14</sup>. Es posible y debemos intentar que el proceso del tratamiento médico nutricional comience en los SUH<sup>15</sup>. Asimismo, se debería favorecer el desarrollo de líneas y proyectos de investigación que incluyan también a los SUH y que contribuyan al mejor conocimiento y abordaje de la DRE. Pongámonos manos a la obra.

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

**Financiación:** Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

**Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Objetivos y principios de la Declaración de Viena por la ESPEN. (Consultado 12 Febrero 2024). Disponible en: Vienna Declaration: Nutritional Care is a human right (espen.org).
2. Studley HO. Percentage of weight loss, a basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. JAMA. 1936;106:458-60.
3. Cannon PR, Wissler RW, Woolridge RL, Benditt EP. The relationship of protein deficiency to surgical infection. Ann Surg. 1944;120:514-25.
4. Rhoads JE, Alexander CE. Nutritional problems of surgical patients. Ann NY Acad Sci. 1955;63:268-75.

5. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. Nutrition Today. 1974;9:4-8.
6. Álvarez Hernández J, Planas Vila M, León Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, García Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients?: the PREDyCES® Study. Nutr Hosp. 2012;27:1049-59.
7. Zugasti Murillo A, Petrina-Jáuregui ME, Ripa-Ciáurriz C, Sánchez Sánchez R, Villazón-González F, Díaz Faes A, et al. SeDREno study - prevalence of hospital malnutrition according to GLIM criteria, ten years after the PREDyCES study. Nutr Hosp. 2021;38:1016-25.
8. González Del Castillo J, Burillo-Putze G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Mar

- chena MJ, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento. *Emergencias*. 2020;32:416-26.
9. Álvarez J, Cuerda C, León M, García de Lorenzo A. Cuaderno nº 12. Hacia la Desnutrición Cero en los centros hospitalarios. 2018, Alianza masnutridos. (Consultado 12 Febrero 2024). Disponible en: <https://www.alianza-masnutridos.es/uploads/cuadernos/pdf/6671d5f27855212d2ccda512ad4d26f1.pdf>
  10. Toulson Davisson Correia MI, Castro M, de Oliveira Toledo D, Farah D, Sansone D, de Morais Andrade TR, et al. Nutrition Therapy Cost-Effectiveness Model Indicating How Nutrition May Contribute to the Efficiency and Financial Sustainability of the Health Systems. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2021;45:1542-50.
  11. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Vollmer L, Brunton C, Kaegi-Braun N, et al. Cost savings associated with nutritional support in medical inpatients: an economic model based on data from a systematic review of randomised trials. *BMJ Open*. 2021;11:e046402.
  12. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38:1-9.
  13. Miró Ò, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Sociodemographic characteristics, functional status, and health resource use of older patients treated in Spanish emergency departments: a description of the EDEN cohort. *Emergencias*. 2022;34:418-27.
  14. Ruiz Ramos J, Alquézar-Arbé A, Juanes Borrego A, Burillo Putze G, Aguiló S, Jacob J, et al. Short-term prognosis of polypharmacy in elderly patients treated in emergency departments: results from the EDEN project. *Ther Adv Drug Saf*. 2024; 15: 20420986241228129
  15. Martín Folgueras T, Vidal Casariego A, Álvarez Hernández J, Calvo Hernández MV, Sirvent Ochando M, Caba Porras I. Proceso de tratamiento médico nutricional. *Nutr Hosp*. 2022;39:1166-89.