

# ENTREVISTAS



**Dra. Ana Pastor**  
Especialista en medicina familiar y comunitaria  
Vicepresidenta de SemFYC

**“RESOLVER LA DESNUTRICIÓN DEPENDE DE TODOS Y CADA UNO DE LOS NIVELES ASISTENCIALES”**

**¿Qué puede cambiar en la sanidad española con la puesta en marcha de este Consenso?**

Básicamente que exista más conciencia entre los profesionales sanitarios de que los problemas vinculados a la malnutrición relacionada con la enfermedad dependen de todos y cada uno de los niveles asistenciales, tanto a nivel primario como hospitalario, en la “ida” y en la “vuelta”.

**¿Cuál cree que es la sensibilidad de la Atención Primaria hacia esta situación?**

Es realmente alta, porque sabemos que los pacientes desnutridos tardan mucho más en alcanzar el alta y presentan más riesgo de complicaciones. Creo sinceramente que con este Consenso todos los profesionales sanitarios adquiriremos una mayor conciencia respecto a este problema y de que es necesario realizar una detección precoz de la desnutrición, para después aplicar un tratamiento y un seguimiento, pero tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria.

**¿Cómo se podrá conseguir que el Consenso pase del papel a la realidad?**

En primer lugar necesitaremos tiempo para comunicar a todos los profesionales de la salud las recomendaciones del Consenso, pero también tendrá un papel esencial el nivel de compromiso de las entidades que han colaborado en la consecución de este documento, en cuanto a la difusión entre sus socios y realización de actividades que den a conocer las recomendaciones que recoge el Documento de Consenso. En tercer lugar, creo que será esencial la concienciación de todos los profesionales de que el problema de la desnutrición es un aspecto que debe abordarse sin cortapisas en cualquiera de los ámbitos asistenciales.

**¿Esos serán también los problemas a sortear a la hora de implementar las recomendaciones del Consenso en Atención Primaria?**

En primer lugar, como ya he comentado, es esencial la concienciación de todos los profesionales de Primaria, tanto médicos como personal de enfermería o auxiliares. Es esencial saber que ese cribado debe realizarse en pacientes en los que se sospeche desnutrición, no es necesario realizarlo a toda la población que pase por nuestras consultas. Se trata de conocer los posibles factores de riesgo, priorizarlos, y en presencia de estos factores realizar un cribado.

**¿Hay tiempo en Atención Primaria para realizar un cribado más?**

Es evidente que en Primaria necesitamos tiempo, pero no es menos cierto que si las cosas se hacen bien, no tiene porque suponer un problema añadido el cribado de estos pacientes. Insisto en la idea de la priorización de tareas. No cabe duda que, en ciertas ocasiones, un médico no podrá hacer ese cribado, pero el actual modelo de Atención Primaria, de carácter longitudinal, nos permite posponer a otro día este tipo de pruebas. Insisto en que esta es una cuestión de gestión y establecimiento de prioridades, y no debemos olvidar que, en el caso que nos ocupa, podemos contar con la inestimable ayuda del personal de enfermería, que cuenta con la formación suficiente para realizar este tipo de cribados.

**Por último, ¿cómo valora que, para la realización de este Consenso, se hayan puesto de acuerdo tantas entidades científicas y de carácter tan heterogéneo?**

Sin duda la valoración es positiva, porque ayuda en la creación de sinergias entre los distintos profesionales de la salud que atienden al paciente, entre distintos ámbitos y aspectos, algo de la máxima importancia. Y por otro lado, es preciso recordar que la atención del paciente es longitudinal, por lo que es necesario que se observe una continuidad en el manejo del paciente, tanto a nivel primario como hospitalario. Es evidente que actividades de este tipo contribuyen tanto a la creación de sinergias, como a mantener el carácter longitudinal que caracteriza la atención al paciente.



**Dr. Federico Cuesta Triana**  
Servicio de Geriátria.  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**“LUCHAR CONTRA LA DESNUTRICIÓN SUPONE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO”**

**¿Este Consenso realmente supone un hito para la sanidad española?**

Posiblemente sea así, porque hemos conseguido que “La Sanidad” en mayúsculas entienda que la nutrición es un aspecto clave en el tratamiento del paciente. Eso no quiere decir que las diferentes especialidades renegaran de la importancia de la nutrición en sus pacientes, pero sí es cierto que se actuaba más en base a buenas intenciones que a hechos fehacientes. El efecto de que varias sociedades científicas se reúnan y lleguen a un acuerdo sí supone un hito, y ofrece una cierta garantía de que las diferentes Administraciones Sanitarias del Estado tomen muy en consideración las recomendaciones del Consenso. Por otra parte, es necesario recordar que, desde el año 2003, la Unión Europea insiste en la necesidad de tener muy en cuenta la malnutrición, y poner en marcha soluciones a su alta prevalencia.

**Parece obvio que los pacientes geriátricos se beneficiarán especialmente de este Consenso...**

Así es. Cuando llega a la consulta de un médico un paciente anciano, y muy especialmente en los centros geriátricos, el nivel de comorbilidad de este paciente suele ser muy alto, pero curiosamente el aspecto nutricional puede pasar desapercibido. La urgencia por tratar una patología aguda, como puede ser un ictus cerebral o un infarto de miocardio, impide ver la importancia de que ese paciente esté bien nutrido para su correcta recuperación. Si mejoramos los aspectos nutricionales de este anciano, también mejoraremos su calidad de vida, y por tanto dar el alta hospitalaria de forma más temprana, lo que supone un ahorro a nivel de costes económicos. Existen muchos estudios en los que se demuestra que es más caro no detectar la desnutrición que aplicar soluciones, que es más beneficioso detectar una malnutrición y tratarla que obviarla.

**...máxime cuando las cifras de desnutrición en geriatría superan el 60% del total de los ingresos...**

Efectivamente. Este es un tema curioso, porque del paciente geriátrico se hace cargo la comunidad, los hospitales y las residencias, en este mismo orden, y se observa que la prevalencia aumenta a medida que se pasa de un escalón asistencial al otro. No cabe duda que las cifras globales alcanzan ese sesenta por ciento que apuntaba, pero no debe olvidarse que un gran porcentaje de ellos llega malnutrido a las instituciones geriátricas, lo que significa que posiblemente se podía haber hecho algo más al respecto, tanto en la comunidad como a nivel hospitalario.

Otro aspecto a tener muy en cuenta es el porcentaje de personas que se encuentran en riesgo de desnutrición. No cabe duda que si dispongo de herramientas que me permitan detectar de forma precoz esa desnutrición, evitaremos muchos problemas al paciente, y ahorraremos cantidades importantes de dinero a la sanidad. Ese objetivo está al alcance de nuestra mano gracias a este Documento de Consenso.

**¿El médico tiene suficiente tiempo para manejar esas herramientas?**

Ahí puede radicar el problema. No todos los profesionales sanitarios, pertenecan al ámbito sanitario que sea, disponen de tiempo o herramientas para realizar esos cribados. Existen consultas en las que el tiempo brilla por su ausencia, o en el peor de los casos, de lo que no se dispone es de una sencilla báscula para pesar al paciente. Y eso es así en la mitad de las consultas de nuestro país. El objetivo esencial del Consenso es acabar con esa situación, y que en sólo dos minutos, en base a cuatro o cinco preguntas cortas y sencillas, seamos capaces de saber si un paciente presenta riesgo de malnutrición, y hacer así cómplices al resto de profesionales de la salud.

**¿Quién debe cribar al paciente y quién valorar su estado nutricional?**

Cómo el cribado es algo más “universal”, puede llevarlo a cabo cualquier profesional sanitario que esté en contacto directo con el paciente anciano y que haya recibido la instrucción precisa. Cuando se detecta ese riesgo, el paso siguiente será realizar la valoración nutricional, y eso requiere otro tipo de profesional más específico.



**Dra. Mª Luisa López Díaz-Ufano**  
Especialista en medicina familiar y comunitaria. Coordinadora Nacional del Grupo de Nutrición de SEMERGEN

**“ES IMPORTANTE QUE LA MEDICINA PRIMARIA Y HOSPITALARIA HAYAN DECIDIDO BUSCAR SOLUCIONES CONJUNTAS A LA DESNUTRICIÓN”**

**¿Qué puede significar la puesta en marcha de un Consenso de esta magnitud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como para la sanidad en general?**

Desde el punto de vista sanitario, la puesta en marcha de este proyecto supondrá la mejora de la calidad asistencial de los pacientes. Las cifras de incidencia de malnutrición que ha aportado PREDyCES® son alarmantes. Pero antes de valorar el papel que puede jugar la Atención Primaria en la elaboración de este Consenso, creo que es de justicia subrayar la posibilidad de que SEMERGEN haya podido colaborar con tantas entidades científicas, y muy especial con aquellas de carácter hospitalario. No cabe duda que Primaria tiene mucho peso específico en este proceso de desnutrición, pero si analizamos las cifras de desnutrición pre y posthospitalarias, observamos que puede haber hasta un 30% que se malnutren en el centro hospitalario. Con ello quiero remarcar que no toda la responsabilidad de la desnutrición debe recaer en la Atención Primaria. Si en nuestras consultas aparece un paciente malnutrido desde el hospital, tampoco nos es sencillo remontarlo. La participación en este Documento de Consenso ha permitido repartir responsabilidades e idear soluciones globales, multidisciplinares, que redunden en una mayor calidad de vida del paciente y una menor incidencia de los problemas de malnutrición.

**¿Quiere decir que existe una alta sensibilidad de la Atención Primaria hacia la desnutrición?**

Efectivamente. Pero no me refiero únicamente a esa sensibilidad, sino que el problema radica en la falta de información que, en ciertas áreas clínicas, existe respecto a la relación entre patología y malnutrición. No cabe duda que en el paciente geriátrico u oncológico, tanto a nivel hospitalario como Primario, existe un claro convencimiento de que la lucha contra la malnutrición debe ser prioritaria. Pero no ocurre lo mismo frente a otras patologías, como la insuficiencia cardiaca o renal, o la EPOC, por citar algunas. Los clínicos que abordan estas enfermedades deben saber que un paciente bien nutrido es capaz de remontar con mayor facilidad una reagudización de una patología crónica como la que hemos señalado.

**¿Cree que es posible implementar las recomendaciones del Consenso en Atención Primaria, a pesar de la masificación y la falta de tiempo que adolece?**

La puesta en marcha de un cribado a todos los pacientes que pasan por la atención primaria sí que supondría un problema, que posiblemente agudizaría la masificación, pero la realización de una prueba en todos aquellos pacientes sospechosos de sufrir malnutrición, ya sea desnutrición u obesidad, no supondrá un problema añadido a la medicina primaria. La implementación se podrá realizar de forma realmente sencilla si se ofrecen unas herramientas fáciles de manejar, y se ofrece una mínima formación al personal que debe realizar ese cribado.

**¿Los aspectos económicos pueden frenar esa implementación?**

En absoluto. La implementación significa formar a los profesionales de la salud implicados en este proceso, sean médicos o personal de enfermería, para poder diagnosticar y prevenir la desnutrición. Si contamos con esas herramientas y habilidades, que son pocas y prácticamente sin ningún coste para el erario público, conoceremos el riesgo que pueda tener ese paciente de sufrir alguno de estos problemas, y poner en marcha un tratamiento que, sin ningún género de dudas, supondrá un ahorro económico importante, al evitar un mayor número de consultas, mayor tiempo de hospitalización y más morbimortalidad. Además, no todos los pacientes en los que detectemos un grado de desnutrición deberán tratarse con suplementos nutricionales o alimentación enteral o parenteral pues en un importante porcentaje de ellos, el simple manejo de la dieta será suficiente.

# CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

SOBRE EL ABORDAJE DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN ESPAÑA



A raíz de los resultados del Estudio PREDyCES® y tras meses de intenso trabajo, el pasado 28 de Abril se presentó en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad el **Documento de Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España**. En presencia de los representantes de las 22 entidades participantes [21 sociedades científicas y el Foro Español de Pacientes], y contando con la presencia del Subdirector General de Ordenación Profesional, **D. Juan A. Blanco B.** como representante de las autoridades sanitarias, la **Dra. Julia Álvarez-Hernández** presentó el contenido de este documento y sus recomendaciones.

Como antesala, el **Dr. Abelardo García de Lorenzo** y el **Dr. Miguel León Sanz**, pusieron en contexto el problema de la desnutrición hospitalaria en España y Europa, respectivamente y dieron sentido a la formulación y presentación de esta iniciativa que ahora empieza su recorrido entre profesionales de la salud de todos los niveles de atención sanitaria, así como de las autoridades sanitarias implicadas.

## ANTECEDENTES AL CONSENSO EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN ESPAÑA: PREDyCES®, UN ESTUDIO PIONERO

**Dr. Abelardo García de Lorenzo**  
Presidente de SENPE

La desnutrición relacionada con la enfermedad constituye un problema sanitario de elevada prevalencia y altos costes para la sanidad pública. Afecta en la actualidad a unos 30 millones de personas en Europa y conlleva un coste asociado de unos 170 mil millones de euros anuales.

**Por esta razón, la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) ha promovido, con el patrocinio y el soporte técnico de Nestlé HealthCare Nutrition, la realización de un Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España que ha contado con la participación de 21 sociedades científicas de todo el país y del Foro Español de Pacientes, lo que convierte esta iniciativa en un hito en la sanidad española, y en el único Consenso de estas características en toda Europa.**

El germen de este Consenso es el estudio PREDyCES® (PREvalencia de la Desnutrición hospitalaria y Costes asociados en España), un trabajo pionero en el que se describe, de forma pormenorizada, el mapa de la desnutrición hospitalaria en España, y que supone una primera aproximación del coste económico de la desnutrición en nuestro país. El estudio puso de manifiesto, entre otros aspectos, que uno de cada cuatro pacientes ingresados en nuestros hospitales presenta desnutrición hospitalaria, lo que supone un coste económico hasta en un 50% superior al de aquellos pacientes que no están desnutridos. También

destacamos de los resultados de este estudio que la edad se relaciona íntimamente con la desnutrición hospitalaria, observándose que cerca del 37% de los pacientes mayores de 70 años que ingresan en los hospitales Españoles presentan desnutrición relacionada con la enfermedad. Asimismo una de las conclusiones más señaladas del estudio PREDyCES® pone de manifiesto que casi un 10% de los pacientes se desnutren durante su permanencia en el propio centro hospitalario (Figura 1).

Figura 1. Conclusiones del estudio PREDyCES®

### CONCLUSIONES DEL ESTUDIO PREDyCES®

**Uno de cada cuatro pacientes hospitalizados presenta desnutrición relacionada con la enfermedad**

**En su mayoría, son pacientes mayores, con patologías neoplásicas, metabólicas, respiratorias o cardiovasculares**

**Los pacientes desnutridos tienen una mayor incidencia de complicaciones, estancia hospitalaria más prolongada y mayores costes de hospitalización (hasta un 50% más) que los pacientes no desnutridos**

**Un porcentaje destacado de pacientes se desnutre durante la estancia hospitalaria. Estos son los que presentan los costes más elevados**

**El coste potencialmente atribuible a la desnutrición hospitalaria en España sería de entre 911 y 1.697 millones de euros**



Los datos que la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) aporta tras analizar los resultados del proyecto Nutrition Day confirman que la mortalidad evaluada a 30 días es mayor en los pacientes con desnutrición hospitalaria, respecto a aquellos bien nutridos. (Figura 2).

Figura 2. Proyecto Internacional Nutrition Day

**Según datos del proyecto Nutrition Day, la mortalidad a 30 días se correlaciona con la ingesta, especialmente en el grupo de pacientes que no comen nada aún teniéndolo permitido, es decir que no estaban a dieta por prescripción médica**

Fuente: Hiesmayr M, Shindler K, Pernicka E, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The Nutrition Day. Survey 2006. Clin Nutr. 2009 Oct; 28 (5): 484-91.

Esto, sumado al conocimiento de los datos que nos ha aportado PREDyCES® en el contexto español, hace lógico que SENPE sume fuerzas con otras organizaciones en el abordaje de la desnutrición hospitalaria, partiendo de la premisa de que la prevención y el correcto manejo de la misma es uno de los objetivos clave para el próximo desarrollo de políticas de salud dentro de la Unión Europea.

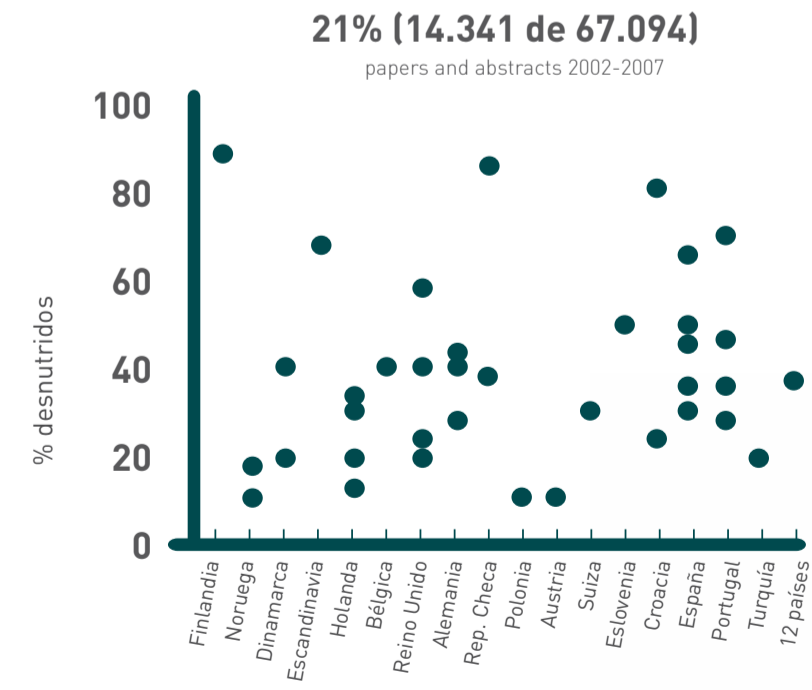
Por todo ello, SENPE consideró fundamental elaborar un documento de consenso en el que participaran el máximo número posible de entidades científicas, que contemplara una serie de recomendaciones y estrategias de futuro para mejorar la prevención y el control de la desnutrición relacionada con la enfermedad en España.

## ESTRATEGIAS EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA: UN OBJETIVO EUROPEO

**Dr. Miguel León Sanz**  
Secretario General de ESPEN

A nivel europeo, la prevalencia de desnutrición hospitalaria alcanza un 21%, según los estudios realizados desde el año 2002 hasta el 2007, siendo España uno de los países más activos en la aportación de datos, manteniendo un alto nivel de compromiso en su participación en estudios clínicos que tienen como objetivo la valoración nutricional del paciente hospitalizado. (Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de pacientes desnutridos en los hospitales Europeos



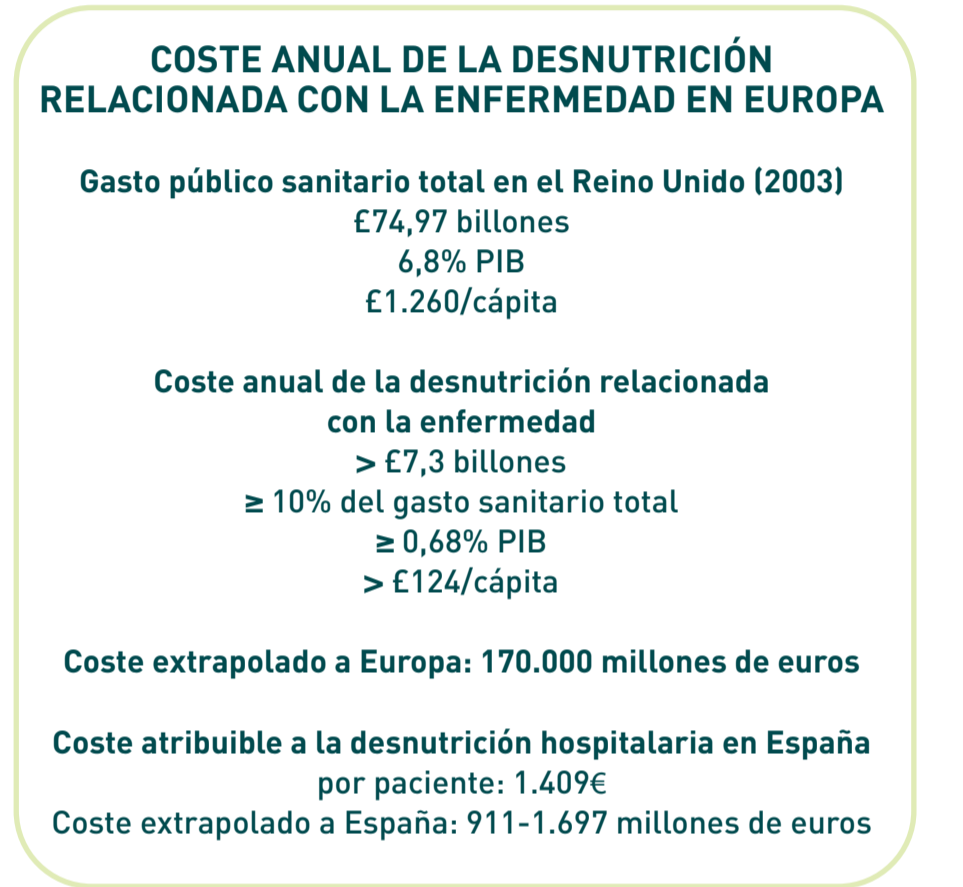
Fuente: Kondrup et al. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 2009;12:1-14.

Actualmente, en Europa la desnutrición es un riesgo a tener en cuenta, pues afecta al 5% del total de la población, observándose en el 10% de los pacientes mayores de 65 años, en el 15% de los sujetos de entre 75 y 80 años que viven en sus domicilios, en el 35-40% de todas las admisiones hospitalarias, y hasta en un 60% en pacientes en régimen de tratamiento domiciliario. La desnutrición conlleva un

incremento de los cuidados de los pacientes, mayor riesgo de infecciones y complicaciones médicas, un incremento de los ingresos hospitalarios, mayor duración de la estancia hospitalaria, y un incremento de la mortalidad por enfermedad. Todo ello supone que en este momento más de 30 millones de europeos estén afectados por desnutrición, y que esa cifra suponga un coste económico que supera los 170.000 millones de euros.

En estudios realizados en el Reino Unido se ha comprobado que el coste anual de la enfermedad relacionada con la desnutrición superaba los 7.300 millones de libras (8.400 millones de euros) (Figura 4). Los expertos han comparado estas cifras con el gasto derivado de los problemas de salud de pacientes obesos y con sobrepeso, observándose que la obesidad relacionada con la enfermedad supone un gasto de 3.500 millones de libras (4.020 millones de euros), y esta cifra asciende hasta los 7.000 millones de libras (8.050 millones de euros) si tomamos el gasto sanitario atribuible a todos los pacientes con obesidad y sobrepeso. Estas cifras son muy similares a las que se manejan para los pacientes desnutridos.

Figura 4. Coste anual de la desnutrición relacionada con la enfermedad en el Reino Unido (año 2003)



## Localizar al paciente desnutrido

La mayoría de estudios realizados en Europa se han centrado en el paciente en el medio hospitalario, pero es preciso apuntar que la gran mayoría de pacientes desnutridos se encuentran en la comunidad, donde deberían detectarse.

En este sentido, ESPEN optó en el año 2002, por crear una guía de cribado nutricional con la que se pretendía mejorar la prevención y el tratamiento de la desnutrición, y que estas medidas redundaran en la consecución de unos objetivos clínicos y la reducción del coste económico de estos pacientes.

**Más recientemente, la ESPEN ha puesto en marcha el proyecto internacional "Nutrition Day", cuyo objetivo es obtener un mapa preciso de la prevalencia de la desnutrición en las instituciones hospitalarias y medir la disminución de la ingesta de nutrientes de acuerdo a los factores de riesgo, por especialidad médica y de acuerdo a la estructura organizativa.**

Su objetivo básico es conocer los datos de la desnutrición, a nivel global y local, con el interés de aplicar las herramientas básicas para luchar contra esta entidad, máxime cuando los profesionales de la sanidad están en condiciones de mejorar el estado nutricional de la población.

Respecto al Documento de Consenso, señalar que cumple con el marco de estrategias de ESPEN de crear un plan nacional en el que se unan fuerzas, tanto a nivel local como europeo, recordando a los gobiernos las directivas de la UE en este sentido, ofreciendo el máximo apoyo a estos programas, y trabajando codo con codo con las Administraciones Sanitarias y con todos aquellos agentes implicados en el mundo de la nutrición.

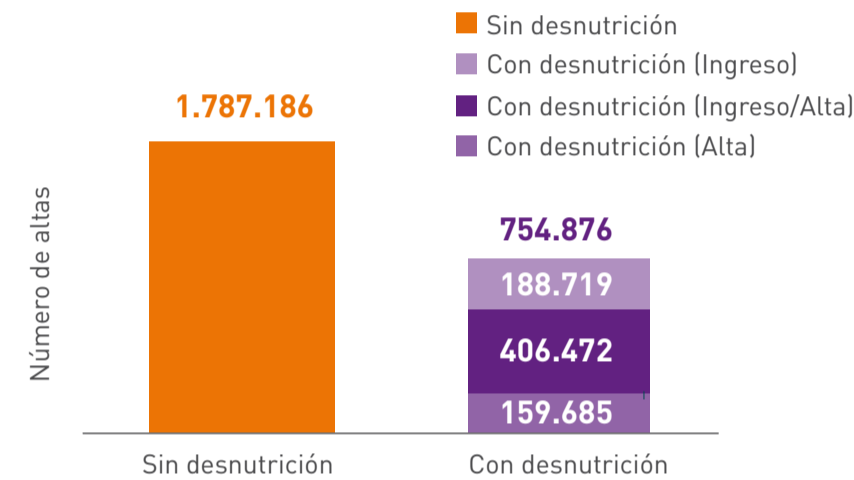
## CONSENSO MULTIDISCIPLINAR SOBRE EL ABORDAJE DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

**Dra. Julia Álvarez Hernández**  
Coordinadora del Comité Científico Educativo de SENPE.

### Justificación

La existencia de este documento de Consenso se justifica en los datos de prevalencia y costes de la desnutrición españoles y europeos que se han mencionado. Sólo en España y en el año 2009, la extrapolación de los datos del estudio PREDyCES® a las altas conocidas en los hospitales españoles, hablarían de más de 750 mil pacientes que salieron de nuestros hospitales con criterios de desnutrición (Figura 5), y que el coste atribuible a la desnutrición hospitalaria para ese mismo año en nuestro país se ubicaría entre 911 y 1.697 millones de euros. Estos datos justifican la puesta en marcha de iniciativas orientadas a acabar con este problema.

Figura 5. Altas hospitalarias según el estado nutricional de los pacientes (SNS, 2009)



### Objetivos

El documento tiene cuatro grandes objetivos. En todos los casos establece recomendaciones que faciliten la toma de decisiones de los profesionales sanitarios que desarrollan sus actividades asistenciales en cualquier escenario clínico y cualquier nivel de atención de salud. **Los cuatro áreas que aborda son: la prevención de la desnutrición hospitalaria relacionada con la enfermedad, el diagnóstico precoz de la misma, el soporte nutricional y las herramientas necesarias para el manejo de la intervención nutricional en el paciente con desnutrición hospitalaria, y finalmente la evaluación del cumplimiento y la eficacia de la intervención realizada.**

### Metodología de Consenso

En una primera etapa y previo a la redacción de las primeras recomendaciones, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de autor para intentar dar respuesta a las preguntas clínicas que nos habíamos planteado resolver. Tras una reunión de la coordinación del Consenso (SENPE), se generaron las primeras recomendaciones que se discutieron mediante la técnica de Metaplan® el día 16 de Diciembre de 2010, en la primera reunión de Consenso. Ésta es una técnica de brainstorming estructurado que permite a todos los representantes aportar ideas a cada una de las recomendaciones, validarlas u objetarlas de forma presencial y argumentar su intervención. Posteriormente, y tras la realización del trabajo en grupos, se llevó a cabo un trabajo de gabinete en el que se sintetizaron las aportaciones de cada grupo, y se formularon nuevas recomendaciones que quedaron sustentadas sobre la evidencia evaluada con los criterios del Centro de Medicina Basada en la evidencia de Oxford y adaptados por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés), para las preguntas relacionadas con los métodos de cribado y de diagnóstico; mientras que para el resto de las preguntas se evaluó la evidencia con el sistema SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

### Evidencias previas del contexto

Este documento de Consenso repasa también alguna evidencia con la que se cuenta en el contexto del cribado y la valoración del estado nutricional, dos de las recomendaciones que con más insistencia se formulan en el documento.

En relación al cribado nutricional, el documento se acoge a las últimas recomendaciones de la ESPEN: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) en la comunidad, Nutritional Risk Screening (NRS 2002) en el ámbito hospitalario, y Mini-Nutritional Assessment (MNA) para pacientes ancianos (> 65 años) en cualquier ámbito asistencial (Figura 6).

En el apartado de valoración del estado nutricional, se exponen brevemente los métodos de valoración de la ingesta dietética, la valoración antropométrica y los parámetros bioquímicos.

## Recomendaciones para la prevención y el manejo de la desnutrición hospitalaria

Previo al ingreso, tanto en atención primaria como en centros geriátricos se recomienda implementar un método de cribado del estado nutricional a aquellos pacientes que presenten sospecha clínica de desnutrición. Asimismo, en pacientes institucionalizados se recomienda realizar el cribado, al ingreso en el centro, si hay sospecha clínica de desnutrición, o si presentan riesgo de desnutrición durante su permanencia en el mismo. En cuanto a los métodos de cribado, para pacientes adultos se recomienda el MUST, y para ancianos el MNA (Figura 6). En los pacientes cribados positivos, se recomienda realizar una valoración del estado nutricional para confirmar el diagnóstico. Se insiste en que el personal para realizar la misma, así como la metodología a utilizar estará en función de los recursos del centro y en función del paciente, y se sugiere que estas actuaciones se encuentren debidamente protocolizadas.

### Recomendaciones al ingreso hospitalario

Asimismo, al momento del ingreso hospitalario se recomienda realizar un cribado nutricional precoz en todos los pacientes. En aquellos pacientes cribados positivos se recomienda realizar la valoración del estado nutricional. Se recogen recomendaciones para la reevaluación del cribado nutricional, el establecimiento de criterios diagnósticos de desnutrición, el establecimiento de circuitos y protocolos diagnósticos de desnutrición, la codificación del mismo y el seguimiento de los pacientes diagnosticados al alta hospitalaria.

## Recomendaciones en relación a la intervención nutricional

Finalmente, se recogen las recomendaciones del Consenso para la intervención nutricional en pacientes con cribado o valoración nutricional positiva. Estas recomendaciones incluyen la valoración de la ingesta de los pacientes con cribado/diagnóstico positivo, la determinación de requerimientos nutricionales, y la reevaluación como puntos clave previos a la instauración de la intervención.

Se insiste en la individualización de las intervenciones nutricionales en base a la patología de base y patologías intercurrentes, ingesta, y requerimientos, con un espectro que discurre desde la adaptación y enriquecimiento del menú, la prescripción de suplementos y la indicación de nutrición enteral. De forma sintética se exponen las situaciones fisiológicas y patológicas que condicionan la indicación de cualquiera de éstas intervenciones. Cualquiera que sea la intervención elegida, se deberá realizar el plan de soporte nutricional del paciente, que se recomienda sea adecuadamente monitorizado para asegurar su cumplimiento y verificar su eficacia.

### CONCLUSIÓN

En definitiva, la puesta en marcha de este Documento de Consenso, un acuerdo generado por consentimiento entre todos y cada uno de los miembros de varios grupos, avalado por un número tan importante de entidades científicas, no es más que otro grano de arena en el intento de acabar con la frase de Wretling que reza: **"la desnutrición en los pueblos es signo de pobreza, la desnutrición en los hospitales de ignorancia"**.

El principal objetivo es que, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria o en pacientes institucionalizados, la desnutrición deje de ser una de las razones por la que se incremente la estancia hospitalaria, aumenten los costes económicos, y empeore la calidad asistencial y la calidad de vida de los pacientes.