

# Malnutrición

## Un problema más común de lo que creemos



**José R. Muñiz Meléndez, MD**

Geriatra y médico de familia  
Director Médico, Castellana Physicians Services

**A** veces, cuando hablamos de malnutrición pensamos en casos extremos, sin considerar que existen los leves y moderados, más aún si los pacientes lucen estar en sobrepeso. Por eso, debemos enfatizar en el diagnóstico de malnutrición adecuado, de manera que podamos reconocerla, diagnosticarla y manejarla.

La palabra malnutrición no es exclusiva de países en desarrollo, pues es común en Puerto Rico y en los Estados Unidos, en especial luego de una hospitalización. Así, los estudios reportan:

- Malnutrición al momento de admisión: 33%;
- De ese, el 66% empeorarán si no se trata durante la hospitalización;
- De los admitidos bien nutridos, el 38% saldrá con algún nivel de malnutrición (más de 1 de 3);
- Pacientes malnutridos tienen doble probabilidad de úlceras por presión;
- En pacientes con caídas en el hospital, el 45% está malnutrido; y
- Malnutrición en pacientes quirúrgicos significa más riesgo de infecciones nosocomiales y pulmonías.

Estas estadísticas llevan a mayores costos al sistema de salud. Según el US Healthcare Cost & Utilization Report (2010), el promedio de estadía hospitalaria para pacientes malnutridos fue de 12,6 días comparado con 4,4 días para los demás. Mucho más importante que esos números es el gran sufrimiento humano que esto produce a los pacientes y sus cuidadores. Por otro lado, también se ha reportado mejoría en las complicaciones y sus costos, cuando se trata o se previene la malnutrición. Por eso, es en la prevención y el tratamiento donde nuestros esfuerzos como médicos de cabecera hacen la gran diferencia.

Para poder hacer el diagnóstico, primero tenemos que cambiar los conceptos que se manejan actualmente y se debe aplicar los criterios de diagnósticos que de los expertos de la Academy of Nutrition and Dietetics (AND) y American Society for Parenteral & Enteral Nutrition (ASPEN). En 2012, publicaron un consenso

de **criterios clínicos** del diagnóstico de malnutrición. Considerando esto, se pone énfasis en lo clínico sin usar valores de laboratorios: solo datos de examen e información del paciente. Los criterios se basan en 6 áreas: pérdida de **peso**, ingesta insuficiente de energía (**alimentos**), pérdida de **grasa** corporal, pérdida de **masa muscular**, acumulación de líquidos (**edema**) y reducción de **funcionalidad** usando como referencia la fuerza de apretar con la mano. Como se ve, son medidas bastante subjetivas –excepto la pérdida de peso– pero, aun así, se puede basar en valores aproximados que reportan el paciente o su cuidador.

El consenso divide la malnutrición en **aguda** y **crónica** en base al tiempo de evolución de la pérdida de peso, pero con criterios flexibles, permitiéndonos una selección clínica amplia. Lo agudo puede ser en una semana y hasta 3 meses, y lo crónico entre un mes y hasta un año. La **severidad** se basa en que se cumplan solo 2 de los 6 criterios.

Al diagnosticar –y evidenciarlo en el expediente del paciente– es importante considerar que debemos indicar las razones clínicas que indujeron a la malnutrición, ya que el diagnóstico debe darse en el contexto de una enfermedad/situación clínica y no en forma intencional para bajar de peso. Para esto, debemos seleccionar el diagnóstico bajo ICD-10:

- Unspecified severe protein-calorie malnutrition, ICD-10: E43;
- Moderate protein-calorie malnutrition, ICD-10: E44.0; y
- Mild protein-calorie malnutrition, ICD-10: E44.1.

Según los investigadores, hasta el 38% de los pacientes bien nutridos que son hospitalizados salen con algún nivel de malnutrición. Cuando comencemos a diagnosticar usando las nuevas guías, notaremos que desaparece el “manto de invisibilidad” que cubría este diagnóstico. Y, como médicos de cabecera, estaremos en mejor posición de ayudar a estos pacientes que pueden ser de cualquier edad. **G**