

## **Consensus Statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics Recommended for the Identification and Documentation of Adult Malnutrition (Undernutrition)**

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.  
J Acad Nutr Diet. 2012 May;112(5):730-8.

*Simultáneamente publicado en J Parenter Enteral Nutr, May 2012 vol. 36 no. 3 275-283 con acceso libre a full text: <http://pen.sagepub.com/content/36/3/275.full>*

### **RESUMEN DE LA PUBLICACION:**

Con frecuencia, la malnutrición es simplemente definida como un desbalance nutricional por déficit o por exceso, pero a los fines de esta discusión, el término "malnutrición" se utilizará como sinónimo de "desnutrición".

La malnutrición contribuye al aumento de la morbilidad y mortalidad, a la disminución funcional y de la calidad de vida, al incremento de la frecuencia y duración de la hospitalización y a mayores costos de salud. Nuestro propósito es definir la malnutrición del adulto en todos los contextos: en la enfermedad aguda o injuria, en las enfermedades crónicas y en el contexto socio-ambiental.

#### **Necesidad de estandarizar las características para diagnosticar y documentar la malnutrición del adulto**

La malnutrición del adulto es un problema común cuya incidencia y prevalencia son difíciles de determinar. En 1996, la Joint Commission hizo obligatorio el screening nutricional dentro de las 24 hs de admisión, dando lugar al desarrollo de múltiples criterios para identificar la malnutrición en pacientes hospitalizados y que no siempre están basados en la evidencia. No existe al momento un abordaje único y universal para el diagnóstico y documentación de la malnutrición del adulto.

En 2007, el Centro para los Servicios Medicare y Medicaid (CMS) realizó modificaciones en el sistema de reintegros y planteó la inquietud sobre el uso inapropiado de ciertos códigos diagnósticos de malnutrición y sobre la gran variación que existía en la prevalencia/incidencia de malnutrición dentro de poblaciones similares.

#### **La Academia y A.S.P.E.N. colaboran para estandarizar el diagnóstico de la malnutrición del adulto**

En 2009, la Academia de Nutrición y Dietética (Academia) y la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (A.S.P.E.N.) reconocieron la necesidad de estandarizar el diagnóstico de malnutrición del adulto. El mismo año, A.S.P.E.N. y la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) consensuaron un abordaje basado en la etiología para el diagnóstico de la malnutrición del adulto en el contexto clínico. La Academia aceptó estas definiciones para el diagnóstico en la enfermedad aguda, en enfermedades crónicas y en la malnutrición por inanición.

#### **Características recomendadas para el diagnóstico de malnutrición del adulto**

En 2009, la Academia formó un grupo de trabajo junto a representantes de A.S.P.E.N. para identificar y estandarizar los marcadores o características que reflejen estado nutricional vs respuesta inflamatoria. Debido a que no existe un solo parámetro para la definición de malnutrición, se recomienda la identificación de dos o más de las siguientes seis características para el diagnóstico (ver Tabla):

- Ingesta de energía insuficiente
- Pérdida de peso

- Pérdida de masa muscular
- Pérdida de grasa subcutánea
- Retención de fluidos localizada o generalizada
- Disminución del estado funcional medido por fuerza de agarre (dinamometría)

Las características categorizan malnutrición severa y no severa. La evidencia es aún insuficiente para diferenciar entre formas leves y moderadas de malnutrición.

Estas características deben evaluarse rutinariamente al ingreso y periódicamente durante la estadía del paciente. Los datos obtenidos deben compartirse con todos los miembros del equipo de salud y deberán incluirse al documentar diagnóstico de malnutrición.

**Tabla. Características clínicas para obtener y documentar diagnóstico de malnutrición <sup>a</sup>**

Características clínicas	Malnutrición en el contexto de enfermedad aguda o injuria		Malnutrición en el contexto de enfermedad crónica		Malnutrición en el contexto social o circunstancias ambientales	
	Malnutrición no-severa (moderada)	Malnutrición severa	Malnutrición no-severa (moderada)	Malnutrición severa	Malnutrición no-severa (moderada)	Malnutrición severa
(1) Ingesta de energía	<75% del requerimiento energético estimado > 7 días	≤50% del requerimiento energético estimado ≥ 5 días	<75% del requerimiento energético estimado ≥ 1 mes	<75% del requerimiento energético estimado ≥ 1 mes	<75% del requerimiento energético estimado ≥ 3 meses	≤50% del requerimiento energético estimado ≥ 1 mes
(2) Interpretación de la pérdida de peso	% Tiempo 1-2 1 sem. 5 1 mes 7.5 3 meses	% Tiempo >1-2 1 sem. >5 1 mes >7.5 3 meses	% Tiempo 5 1 mes 7.5 3 meses 10 6 meses 20 1 año	% Tiempo >5 1 mes >7.5 3 meses >10 6 meses >20 1 año	% Tiempo 5 1 mes 7.5 3 meses 10 6 meses 20 1 año	% Tiempo >5 1 mes >7.5 3 meses >10 6 meses >20 1 año
(3) Pérdida de grasa subcutánea	Leve	Moderada	Leve	Severa	Leve	Severa
(4) Pérdida de masa muscular	Leve	Moderada	Leve	Severa	Leve	Severa
(5) Acumulación de fluidos	Leve	Moderada a severa	Leve	Severa	Leve	Severa
(6) Fuerza de agarre (diamometría) reducida	N/A	Medición reducida	N/A	Medición reducida	N/A	Medición reducida

<sup>a</sup> Se recomienda la presencia de un mínimo de dos de las seis características recomendadas para el diagnóstico de malnutrición, ya sea severa o no-severa. En lugar de estimar talla y peso, estos deben ser medidos para determinar el índice de masa corporal. Debe obtenerse el peso usual para determinar el porcentaje y significancia de la pérdida de peso. Indicadores básicos del estado nutricional como peso corporal, cambio de peso y apetito pueden mejorar sustancialmente con realimentación en ausencia de inflamación. La realimentación y/o soporte nutricional pueden estabilizar pero no mejorar significativamente los parámetros nutricionales en presencia de inflamación.

El National Center for Health Statistics define crónico a las enfermedades/condiciones que duran 3 meses o más.

Las proteínas séricas como albúmina y prealbúmina no están incluidas como características que definan malnutrición debido a que análisis recientes muestran que los niveles séricos de estas proteínas no se modifican en respuesta a la ingesta de nutrientes.

## Llamado a la acción: Los próximos pasos

### A corto plazo

Los miembros clave del equipo de salud deberán reunirse para desarrollar estrategias de implementación de las características recomendadas de una manera compatible con las prácticas y necesidades institucionales.

La Academia y A.S.P.E.N. están trabajando en colaboración para desarrollar un protocolo estandarizado de recolección de datos que permita capturar información valiosa, así como

también un sistema de seguimiento de aquellas enfermedades asociadas a la malnutrición y del impacto negativo de la malnutrición en la evolución clínica.

Ambas sociedades reconocen la necesidad de proveer entrenamiento adicional a sus miembros en técnicas de valoración nutricional y en la síntesis y enunciado de un diagnóstico, y ofrecen y continuarán brindando oportunidades de educación continua según sea necesario.

La Academia, A.S.P.E.N. y la Academia Americana de Pediatría están trabajando en la estandarización del diagnóstico de desnutrición en la población pediátrica.

### ***A largo plazo***

Un abordaje estandarizado y el uso apropiado de descriptores diagnósticos de la malnutrición del adulto deberían facilitar la correlación entre las mejores prácticas de tratamiento con los resultados esperados y la eficacia terapéutica, y servir como bases para regulaciones y políticas públicas.

---

## **COMENTARIO**

En Mayo de 2012, la Academia de Nutrición y Dietética (antes Asociación Americana de Dietética) y A.S.P.E.N. publican simultáneamente este consenso para diagnóstico y documentación sistemática de la desnutrición del adulto. En respuesta a la falta de estandarización en la definición de desnutrición y también al emergente rol de la inflamación como modificador de parámetros antes utilizados para la evaluación nutricional se propone el uso de determinadas características para unificar el diagnóstico de desnutrición en el sistema de salud estadounidense (y potencialmente a nivel global).

Anecdóticamente, un hospital de California reportó cifras alarmantes de kwashiorkor entre adultos mayores del programa de salud Medicare. Sin embargo, la palabra kwashiorkor era generada por el sistema informático del hospital a través de códigos de facturación que surgían automáticamente al utilizar el diagnóstico desnutrición proteica. Este hecho fue bastante polémico dado que el reintegro monetario era mucho mayor en los pacientes con diagnóstico (inapropiado) de "kwashiorkor". (1,2)

¿Por qué no usar proteínas séricas? Proteínas como albúmina y prealbúmina disminuyen en presencia de inflamación para priorizar la síntesis de proteínas necesarias para respuesta inmune, coagulación y cicatrización (3). Como menciona el artículo, según la Biblioteca de Análisis basado en la Evidencia (EAL) de la Academia, los valores de albúmina y prealbúmina no varían de forma consistente o predecible con la pérdida de peso, la restricción calórica o el balance nitrogenado. En otras palabras, cambios en la ingesta dietética tienen baja correlación con las proteínas séricas. Estas proteínas son reflejo de la severidad de la respuesta inflamatoria más que del estado nutricional.

Los expertos de A.S.P.E.N. y la Academia proponen entonces características o marcadores que surgen del análisis de la historia clínica y enfermedad actual, datos antropométricos y examen físico, de la ingesta dietética y de la evaluación funcional. En muchas situaciones algunas de estas características propuestas no son posibles de medir, pero basta que estén presentes dos de ellas para diagnosticar desnutrición. Veamos algunos ejemplos:

**Caso 1:** mujer 41 años, ingresa al hospital por exacerbación de enfermedad de Crohn, dolor abdominal con 4-6 deposiciones diarreicas/día, talla 1.54 metros, peso 56.2 kg. Según historia dietética: poca ingesta en el último mes, realiza *1 comida por día con pocas proteínas*. No refiere pérdida de peso reciente. Examen físico: no evidencia pérdida de masa grasa ni muscular pero sí *edema ++* en tobillo, dedos y cara. El diagnóstico es:

- Desnutrición severa asociada a enfermedad aguda ✓
- Desnutrición severa asociada a enfermedad crónica
- Desnutrición moderada asociada a enfermedad aguda
- Desnutrición moderada asociada al contexto socio-ambiental

**Caso 2:** mujer 78 años, se presenta por debilidad y falta de apetito. Antecedentes de carcinoma renal sin recurrencias y artritis reumatoide. Refiere *pérdida de peso involuntaria de*

12 kg en 6 meses. Su talla es 1.63 cm y su peso habitual 78 kg. La historia dietética reporta una ingesta de 500-800 Kcal/día. Hace unos meses redujo el consumo de azúcares por hiperglucemias asociadas a corticoterapia, lo cual también le ocasiona malestar gástrico. El diagnóstico es:

- Desnutrición severa asociada a enfermedad aguda
- Desnutrición severa asociada a enfermedad crónica ✓
- Desnutrición moderada asociada a enfermedad aguda
- Desnutrición moderada asociada a enfermedad crónica

En conclusión, cabe resaltar que en este nuevo abordaje:

- e revaloriza la importancia de "tocar" al paciente. El examen físico puede revelar varias de las características de malnutrición, como retención de fluidos, pérdida de masa muscular y otros signos específicos para déficit de macro y micronutrientes. S
- e incluye a la ingesta dietética como uno de los factores determinantes. No se propone un instrumento en particular; la historia dietética, recordatorio de 24 horas y recuentos calóricos pueden utilizarse como "evidencia" de ingesta inadecuada. S
- as proteínas séricas no se incluyen para el diagnóstico de desnutrición y deben ser interpretadas con cautela. L
- ería útil que se desarrolle un manual o guía donde se recomienden las mejores herramientas a usar para medir cada una de las características propuestas. S
- Se podría utilizar en nuestro medio pero aún queda mucho por hacer. Las características recomendadas son parte de un trabajo continuo y pueden modificarse a medida que se acumule y analice la evidencia que resulte de su uso. Aún falta validar este abordaje en la práctica.
- n diagnóstico que diferencie desnutrición de inflamación ayuda a guiar las intervenciones y los resultados esperados. La presencia de inflamación contribuye a la desnutrición y generalmente limita la efectividad de la intervención nutricional. U
- La experiencia profesional y el buen juicio clínico son requisito para integrar los hallazgos de la evaluación nutricional a la práctica diaria. Estos hallazgos deben incluirse en la historia clínica como parte de la documentación del diagnóstico de malnutrición, que a su vez servirán para controlar que la facturación sea justa, que el diagnóstico sea el apropiado y que los cuidados médicos correspondientes sean provistos.

**Comentador**  
**Lic. en Nutrición Romina Barritta**  
[rominabarritta@yahoo.com.ar](mailto:rominabarritta@yahoo.com.ar)

- 1) Williams L, Jewett C. Maryland hospital, like California chain, claims 'kwashiorkor' outbreak. California Watch. Octubre 24, 2011:  
<http://californiawatch.org/dailyreport/maryland-hospital-california-chain-claims-kwashiorkor-outbreak-13186>
- 2) Bentley DV. Diagnosis coding confusion discussed at ICD-9-CM Coordination & Maintenance Meeting. Just Coding. Marzo 29, 2011:  
[http://www.justcoding.com/Article.aspx?content\\_id=264255](http://www.justcoding.com/Article.aspx?content_id=264255)
- 3) Jensen GL, Bistran B, Roubenoff R, Heimbarger DC. Malnutrition syndromes: a conundrum vs continuum. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009 Nov-Dec;33(6):710-6.

