



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

TRABAJO FIN DE GRADO

**La importancia de la detección del riesgo de
desnutrición en el paciente ingresado**

(REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA)

Alumno: Pérez Merino, Verónica

Profesor: D^a. Abarquero Abarquero, Imelda

Fecha: Junio 2018

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
• Justificación.....	15
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODO.....	16
RESULTADOS.....	19
1. Sceening nutricional al ingreso y desnutrición.....	19
2. Desnutrición en el paciente anciano.....	21
3. Patologías más asociadas a la desnutrición	24
4. Costes sanitarios asociados a la desnutrición	25
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33

RESUMEN

Introducción: La desnutrición hospitalaria es una de las principales causas de morbimortalidad. En España se recoge una prevalencia del 30-50%. El cribado nutricional al ingreso es el método más rápido y eficaz para detectar la desnutrición o el riesgo de desnutrición. Tras esta valoración se debe proceder a instaurar un tratamiento individualizado y realizar un seguimiento hasta el momento de alta hospitalaria.

Objetivo: Evidenciar cómo mediante el cribado nutricional al ingreso y el seguimiento nutricional durante el mismo, se puede prevenir y/o minimizar los efectos adversos provocados por la desnutrición. Conocer los principales grupos de riesgo de desnutrición

Material y método: Para esta revisión bibliográfica se utilizaron alguna de las principales bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet, Lilacs. La búsqueda se realizó mediante los tesauros Descriptores en Ciencias de las Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) combinados con los operadores booleanos AND Y OR. La selección de los artículos se basó en función de unos criterios de inclusión y exclusión definidos previamente. Los artículos seleccionados son 11.

Resultados y discusión: Sceening nutricional al ingreso y desnutrición destacando la disminución de las tasas de reingresos. Desnutrición en el paciente anciano mostrando la vulnerabilidad que tiene el paciente de sufrir desnutrición. Patologías más asociadas a la desnutrición, provocando una mayor debilidad al paciente aumentando el riesgo de padecer desnutrición y costes sanitarios asociados a la desnutrición. Los costes están aumentados por la morbimortalidad ocasionada por la desnutrición y por un aumento de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: La valoración nutricional al ingreso ha demostrado reducir la morbimortalidad, disminuye los días de estancia hospitalaria y reduce notablemente los costes sanitarios

Palabras clave: Desnutrición, hospitalización, morbimortalidad, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: Hospital malnutrition is one of the main causes of morbidity and mortality. Spain shows a prevalence of between 30 and 50%. The screening of the nutritional values at hospital admission is the fastest and the most effective method to detect malnutrition or the risk of developing it. After the screening it is required to proceed to set up an individualized treatment and track until discharge.

Goal: To know the main groups with risk of malnutrition and how to prevent and/or minimize adverse effects caused by malnutrition by screening nutritional values at hospital admission and tracking nutritional data during the stay.

Material and method: For this bibliographical review, some of the main databases were used, such as Scielo, Pubmed, Dialnet, Lilacs. The search was performed using the Thesaurus Descriptors in Health Sciences (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH) combined with the Boolean operators AND AND OR. The selection of articles was based on previously defined inclusion and exclusion criteria. The selected articles are 11.

Results and discussion: Nutritional scening at admission and malnutrition, highlighting the decrease in readmission rates. Malnutrition in the elderly patient showing the vulnerability of the patient suffering from malnutrition. Pathologies more associated with malnutrition, causing greater weakness to the patient, increasing the risk of malnutrition and health costs associated with malnutrition. The costs are increased by the morbidity and mortality caused by malnutrition and by an increase in hospital stay.

Conclusions: Nutritional assessment at admission has been shown to reduce morbidity and mortality, decrease days of hospital stay and significantly reduce health costs.

Key words: Malnutrition, hospitalization, morbidity, complications.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición hospitalaria es una de las principales causas de mortalidad y ocasiona grandes problemas de salud para el paciente ingresado.

A día de hoy sigue siendo difícil dar con una definición que recoja los diferentes avances y conocimientos que permitan describir de forma correcta el concepto de desnutrición, siendo el planteamiento de M.Elia una de las propuestas que mejor acoge este concepto. Ella asegura: “La desnutrición es el estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los órganos o tejidos y en el resultado clínico”. (3,9)

Diversos autores coinciden en el creciente aumento de pacientes que padecen desnutrición hospitalaria. En España se recoge una incidencia del 30-50% de desnutrición en los hospitales además de las consecuencias sociales y económicas que esto conlleva. (3)

Tras la lectura de una gran variedad de artículos aparece una variabilidad en la prevalencia de la desnutrición pudiendo estar relacionada con las características del hospital, la patología del paciente y los diferentes procedimientos empleados para su detección. (1,6,8,9)

Otros motivos que están relacionados con el creciente aumento de los datos de prevalencia se deben al error provocado por una incorrecta detección de las necesidades nutricionales del paciente ingresado. Además, existe un escaso o nulo registro en la historia clínica o en el informe de alta de las posibles incidencias nutricionales o clínicas que puedan haber aparecido durante su estancia hospitalaria por lo que no llegarán a añadirse al conjunto mínimo básico de datos (CMBD). (1)

Todo este cúmulo de fallos ocasionan un gran dilema, ya que si no se ha realizado un registro previo de la desnutrición o de otras complicaciones que puedan haber aparecido en ingresos anteriores, no se podrán tomar medidas para prevenir o minimizar el riesgo de desnutrición o de otras incidencias en los futuros ingresos que pueda tener el paciente. (1)

En los estudios de desnutrición clínica y riesgo nutricional en 2015⁽¹⁾ realizados por J. Pérez de la Cruz se refleja una prevalencia de desnutrición de 45.9% mientras que los trabajos desarrollados por Predyces muestran que el 23% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles están en riesgo de desnutrición según Nutritional risk Screening (NRS 2002) (Anexo 1), riesgo significativamente mayor en pacientes mayores de 70 años, elevándose la prevalencia a un 47% en pacientes mayores de 85 años de edad.

Con el paso de los años se ha observado que dependiendo de la patología que presente el paciente hospitalizado, la desnutrición, según Álvarez et al: Documento de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral y de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEMPE-SEDOM) sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria⁽³⁾, se puede clasificar en tres tipos:(Tabla 1).

Desnutrición calórica (Marasmo):

Desnutrición crónica causada por un déficit o pérdida prolongada de energía y nutrientes, lo que conlleva a una importante pérdida de peso. Esta pérdida de peso va ir acompañada de una disminución de tejido adiposo, afectando en menor medida a la masa muscular sin ocasionar ninguna alteración de las proteínas viscerales ni edemas. Los parámetros antropométricos se encuentran alterados y los valores de albumina y proteínas plasmáticas son normales. ^(3,8,9)

Desnutrición proteica o predominante proteica (Kwashiorkor):

Desnutrición aguda por estrés provocada por un descenso del aporte proteico o un incremento de la demanda nutricional en circunstancias como en infecciones graves, politraumatismos y cirugía mayor. El tejido adiposo no se encuentra alterado sin embargo aparece una importante pérdida proteica especialmente visceral. Los parámetros antropométricos se encuentran en los límites normales. ^(3,8,9)

Desnutrición mixta:

Desnutrición proteico-calórica que se caracteriza por una pérdida del tejido adiposo y de las proteínas viscerales. Generalmente se produce en pacientes con enfermedades crónicas que van a ir acompañado de un proceso agudo producto de estrés (infección, cirugía). Es el tipo de desnutrición más frecuente en el medio hospitalario. (3,8,9)

Tabla 1.

Criterios diagnósticos de desnutrición ASPEN/AND. (3)

Desnutrición	Enfermedad Aguda		Enfermedad Crónica		Circunstancias ambientales/sociales	
	Moderada	Severa	Moderada	Severa	Moderada	Severa
Ingesta Energética	<75% de requerimientos por >7 d	<50% de requerimientos por ≥5 d	<75% de requerimientos por ≥1 m	≤75% de requerimientos por ≥5 d	<75% de requerimientos por ≥3 m	≤50% de requerimientos por ≥1m
Pérdida de Peso	1-2% en 1 semana 5% en 1 m 7.5% en 3 m	>2% en 1 semana >5% en 1 m >7.5% en 3 m	5% en 1 m 7.5% en 3m 10% en 6 m 20% en 1 año	>5% en 1 m >7.5% en 3m >10% en 6 m >20% en 1 año	5% en 1 m 7.5% en 3m 10% en 6 m 20% en 1 año	>5% en 1 m >7.5% en 3m >10% en 6 m >20% en 1 año
Pérdida de Tejido Adiposo	Leve	Moderada	Leve	Severa	Leve	Severa
Pérdida de Tejido Muscular	Leve	Moderada	Leve	Severa	Leve	Severa
Edema	Leve	Moderado-Severo	Leve	Severo	Leve	Severo
Disminución en la fuerza de empuñadura	NA	Medición disminuida	NA	Medición disminuida	NA	Medición disminuida

Un paciente hospitalizado tiene un mayor riesgo de padecer desnutrición provocada por una serie de cambios en el metabolismo secundario a la enfermedad y al tratamiento que la misma demanda.

La etiología de la desnutrición hospitalaria es multifactorial, lo que quiere decir que no solo la enfermedad es el único factor condicionante de la desnutrición sino que hay otras muchas causas que puedan ocasionar este problema. Las causas más frecuentes son las derivadas de la hospitalización y del personal sanitario, médico/enfermera, que atiende al paciente. (9)

Las causas derivadas de la propia enfermedad son una de las principales circunstancias que ocasionan desnutrición en los países desarrollados ya que cualquier enfermedad independientemente de su forma de actuar va a empeorar el estado nutricional del paciente ingresado. Pueden ser: (8,9)

- Una disminución del aporte proteico-energético.
- Respuesta a la agresión, infección o inflamación.
- Problemas gastrointestinales (nauseas, vómitos, dolor o disconfort).
- Algunos fármacos como (mórficos, sedantes, quimioterapia).
- Pacientes geriátricos (disfagia, mal estado buco-dental).

Algunas patologías como neoplasias, hepatopatía crónica, cardiopatía crónica, insuficiencia renal, VIH, inflamación intestinal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística y enfermedades neurodegenerativa conllevan un riesgo elevado de desnutrición. ^(8,9)

En cuanto a las causas derivadas de la hospitalización, el propio ingreso provoca un deterioro del estado nutricional del paciente que junto con la patología que padece aumentan el riesgo de desnutrición. Pueden ser: ^(8,9)

- Ausencia de ingesta por realización de pruebas diagnósticas.
- Comidas mal programadas, presentadas y distribuidas.
- Toma de fármacos que condicionen anorexia o alteraciones digestivas.
- Situación emocional del paciente.
- Caquexia tumoral

Para finalizar las causas derivadas del personal sanitario, médico/enfermera, que atiende al paciente, si estas prácticas se hicieran de forma correcta ayudarían a prevenir un alto porcentaje de las desnutriciones hospitalarias. ^(8,9)

- Abuso de ayunos terapéuticos y sueroterapia durante largos periodos de tiempo.
- Errores diagnósticos que condicionan ayunos innecesarios.
- Falta de seguimiento de la evolución del paciente ingresado.
- Falta de control y registro de la ingesta del paciente.
- Mal planteamiento al prescribir el tipo de dieta.
- Retraso en la instauración del soporte nutricional.
- Dilución de responsabilidades a la hora de velar por el estado nutricional.
- Falta de ayuda para la ingesta en personas dependientes.

Durante la estancia hospitalaria los pacientes empeoran su estado nutricional, lo que provoca la aparición de una serie de consecuencias clínicas que se suelen agravar con la implantación de tratamientos agresivos y con la patología que padecen. Lo que conlleva a: ⁽⁸⁾

- Retraso en la recuperación.
- Mayor susceptibilidad a la infección.
- Aumenta la morbimortalidad.
- Aparición de úlceras por presión (UPP).
- Disminución de la capacidad funcional.
- Cicatrización defectuosa de las heridas.
- Retraso en la consolidación en el callo de las fracturas.
- Hipoproteïnemia/ Hipoalbuminemia y tendencia a la formación de edemas generalizados.
- Oliguria con tendencia a uremia.
- Alteraciones eritropoyéticas.

Los pacientes hospitalizados con un estado nutricional debilitado presentan un mayor riesgo de desarrollar futuras complicaciones y en el peor de los casos la muerte del paciente.

Cuanto más tiempo se vea prolongada la estancia hospitalaria mayor riesgo habrá de agravar la desnutrición pudiendo provocar importantes secuelas que en muchas ocasiones son difíciles de revertir al estado de completa normalidad.

Diversos autores coinciden en el impacto económico que ocasiona los cuidados sanitarios que se realizan al paciente desnutrido. Este problema provoca un aumento de la estancia hospitalaria que repercutirá en la aparición de complicaciones que necesitarán un mayor número de pruebas diagnósticas e intervenciones sanitarias. ^(1,8)

Se ha demostrado que la desnutrición aumenta el riesgo de morbimortalidad, además de incrementar el número de reingresos.

Por todo ello, realizar una valoración del estado nutricional del paciente al ingreso nos ayudará a diagnosticar precozmente el riesgo de desnutrición, prevenir las posibles complicaciones que puedan aparecer a lo largo de la estancia hospitalaria, además de reducir en un alto porcentaje los costes sanitarios.

El comité de Ministros del Consejo de Europa (Resolución ResAP 2003, sobre la alimentación y asistencia nutricional en los hospitales) recoge la importancia de

realizar una valoración nutricional en el momento del ingreso ya que si desde un primer momento tenemos información del estado nutricional del paciente es mucho más fácil poder diagnosticar precozmente el riesgo de desnutrición. ^{(3), (10)}

Por esta razón debemos empezar a utilizar herramientas de cribado nutricional que permiten llevar a cabo una valoración inicial orientada a detectar precozmente al paciente desnutrido o con riesgo de desnutrición.

Según J.I.Ulibarri et al. los métodos de cribado deben ser validados, fiables, reproducibles, prácticos y conectados con protocolos específicos de actuación. Lo aconsejable es que se lleve a cabo al ingreso del paciente. ⁽⁷⁾

Los métodos clínicos de cribado nutricional validados para el paciente hospitalizado son:

Nutrition Screening Initiative (NSI):

Es un cuestionario con 10 preguntas generales sobre alimentación llamado DETERMINE. Está diseñada para que pueda ser aplicado por cualquier profesional o cuidador y se pueda así, hacer el diagnóstico precoz de forma temprana. El riesgo moderado está representado con 3 puntos y un alto riesgo se representaría con 6 o una puntuación mayor. ⁽¹⁰⁾

Tabla 2

Nutrition Screening Initiative (NSI). ⁽¹⁰⁾

Tiene alguna enfermedad o condición que le ha hecho cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	2
Come menos de dos comidas al día.	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer.	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	4
Come a solas la mayor parte de las veces.	1
Toma al día tres o más medicinas diferentes, con o sin recetas.	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 4.5 kg (10 lb) en los últimos 6 meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2
TOTAL	
Si la puntuación total es:	
0 - 2	La persona no está en riesgo nutricional.
3 - 5	La persona está en riesgo nutricional <i>moderado</i> . Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses .
<u>≥ 6</u>	La persona está en riesgo nutricional <i>alto</i> . Requiere un examen más exhaustivo de su estado nutricional.

Herramienta universal de cribado de la desnutrición: Malnutrition

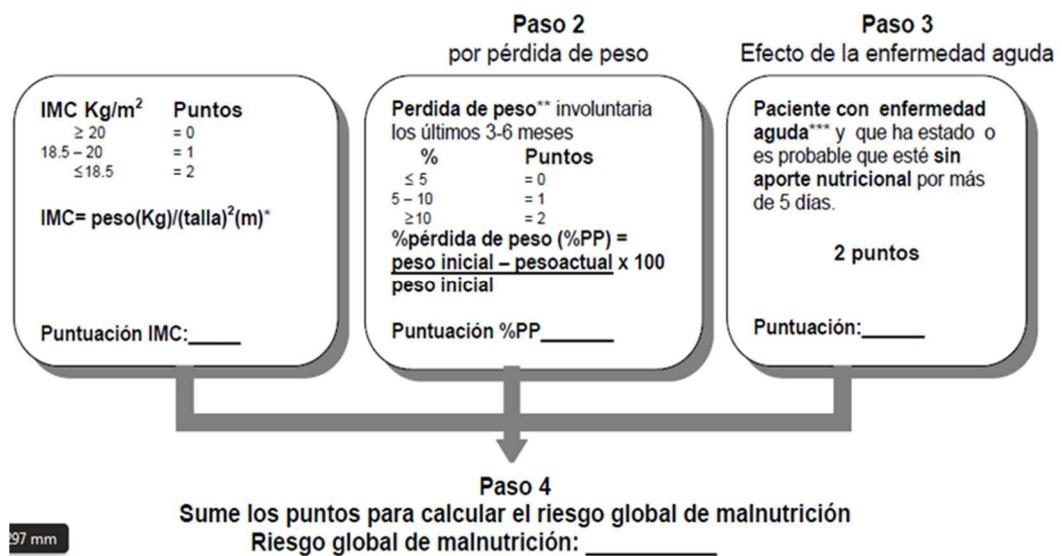
Universal screening Tool (MUST):

Identifica pacientes adultos desnutridos o en situaciones de riesgo nutricional. Se puede realizar en pacientes hospitalizados, en la comunidad e institucionalizados.

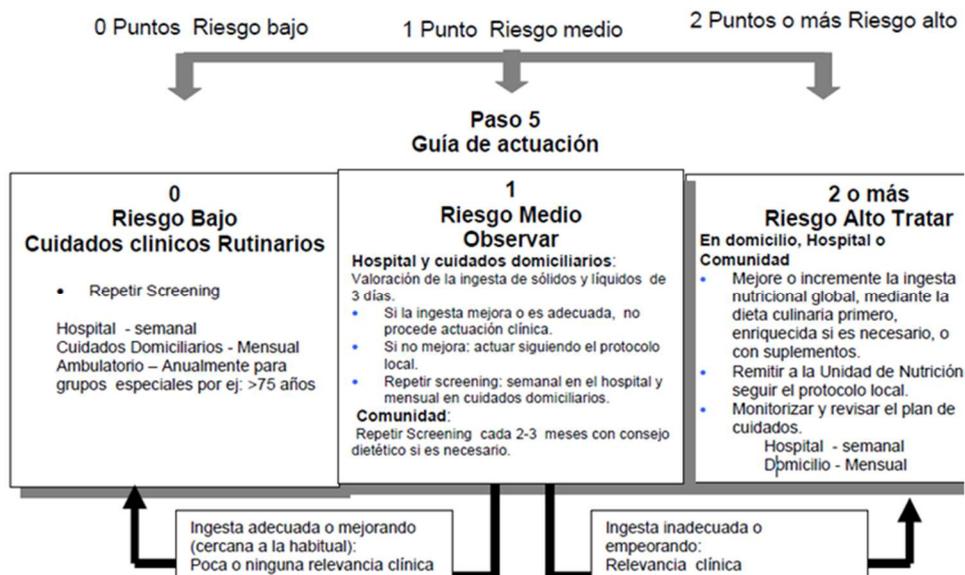
En los hospitales, este protocolo predice la duración de la estancia hospitalaria, mortalidad y destino al alta. En la comunidad predice Tasa de ingresos. ⁽¹⁰⁾

Tabla 3.

Herramienta universal de cribado de la desnutrición: Malnutrition Universal screening Tool (MUST). ⁽¹⁰⁾



97 mm



Minievolución Nutricional Mini-Nutricional Assessment (MNA):

Es un cuestionario un poco más complejo que incluye medidas antropométricas fundamentales en población anciana, información acerca de medicamentos, estado mental y funcional y una valoración dietética que explora el consumo de nutrientes críticos en la ancianidad. ⁽¹⁰⁾

Tabla 4.

Minievolución Nutricional Mini-Nutricional Assessment (MNA). ⁽¹⁰⁾

Mini Nutritional Assessment

MNA®



Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
<p>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p>	<p>J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <p>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/></p> <p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p>
Evaluación	
<p>G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/></p> <p>H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <p>I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p>	<p>Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición</p> <p>Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R</p>
Evaluación	
<p>Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
Evaluación del estado nutricional	
<p>De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición</p>	

Ref: Wilas B, Wilas H, Abeñán G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Sava A, Guigoz Y, Wilas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200, 12.09.10M
Para más información: www.mna-elsafy.com

Si el resultado del screening no alertase de desnutrición habría que reevaluar al paciente una semana más tarde, o antes si hubiera cambios clínicos o de tratamiento. ⁽¹⁰⁾

Por otro lado si los resultados indican que el paciente está en riesgo de desnutrición se procederá a la ejecución de una valoración más específica. ⁽¹⁰⁾

De acuerdo Álvarez et al. en un estudio realizado en 2008 documento SEMPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. La valoración nutricional específica debe ser un elemento indispensable para la adecuada evaluación del paciente destacando su carácter universal y manejo sencillo. ⁽³⁾

En pacientes con riesgo de desnutrición se deberá realizar una evaluación completa para su posterior aplicación del tratamiento, ajustado a su condición clínica. Es necesario registrar su evolución durante el ingreso. ⁽³⁾

Según la guía clínica de Arias Núñez, para que la valoración nutricional se lleve a cabo de forma correcta se debe seguir una serie de pasos que ayudarán a identificar las diferentes patologías y problemas nutricionales que padece el paciente. De esta manera, se puede abordar desde un primer momento las posibles complicaciones que puedan surgir a lo largo de su estancia hospitalaria. ⁽⁴⁾

Estos pasos son:

1. **Historia clínica**→ Debe abarcar los problemas médicos o quirúrgicos que afecten al estado nutricional del paciente, además del tratamiento farmacológico.
2. **Historia dietética**→ Debe incluir número de comidas, horarios, ingesta de líquidos, intolerancias, restricciones de alimentos y síntomas digestivos (disfagia, vómitos, diarrea y dolor abdominal)
3. **Exploración física**→ Pérdida de grasa subcutánea, disminución de la masa muscular, edemas y lesiones cutáneas.
4. **Parámetros antropométricos**→ Peso y talla, Pliegue cutáneo tricipital (PCT), circunferencia muscular del brazo (CMB).
5. **Analítica**→ Hemograma y coagulación, hierro sérico y ferritina, creatinina y urea, balance nitrogenado, triglicéridos y colesterol plasmáticos, niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico, proteínas séricas totales, albúmina, prealbúmina, transferrina y proteína transportadora del retinol (Tabla 5).

La tabla 5 describe la vida media y normal de cada una de las proteínas séricas totales y enumera las patologías en las que se encuentran más aumentadas o disminuidas cada una de ellas.

Tabla 5.

Características de las proteínas plasmáticas en la valoración nutricional según la guía clínica de Arias Núñez (4)

	Vida media	Valor normal	Aumenta en	Disminuye en
Albúmina	14-20 días	3.5-4.5 g/dl	Deshidratación	Hepatopatía, infecciones, Sd nefrótico, aumento de volumen plasmático, malabsorción, SIDA, cáncer diseminado.
Transferrina	8-10 días	250-350 mg/dl	Deshidratación Embarazo. hepatitis, ferropenia	Sd nefrótico, infecciones crónicas, sobrecarga de hierro, estados catabólicos, hepatopatía.
Prealbúmina	2-3 días	18-28 mg/dl	Insuficiencia renal crónica	Sepsis, diálisis, estados catabólicos agudos, disfunción hepática, postcirugía, traumatismos.
Proteína transportadora del retinol	10-12 horas	2.6-7 mg/dl	Embarazo, insuficiencia renal	Estados catabólicos agudos, déficit de vit A, enfermedad hepática.

En el paciente crítico varios parámetros se van a ver alterados, bien por la propia enfermedad, o por el tratamiento que reciben. ⁽⁶⁾

Estos cambios suelen aparecer en las variables antropométricas por las alteraciones hídricas de los pacientes críticos. Los marcadores bioquímicos también se encuentran modificados debido a los cambios metabólicos que alteran el proceso de síntesis y degradación. ⁽⁶⁾

La función muscular es un parámetro que se utiliza como indicador del estado nutricional y como factor pronóstico del riesgo postoperatorio debido a la pérdida de masa magra y la debilidad que provoca esta pérdida facilitando una rápida detección del paciente en riesgo de desnutrición. ⁽⁶⁾

La albúmina se considera un importante parámetro indicativo de riesgo de desnutrición, unos valores inferiores a los límites 3.5 g/dl se asocian con un incremento de la morbimortalidad de los pacientes hospitalizados. La albúmina, la fuerza muscular y una valoración nutricional específica forman un sistema de evaluación nutricional eficaz y fácil de instaurar en todos los centros hospitalarios. ⁽⁶⁾

Uno de los principales objetivos que tiene la valoración nutricional es disminuir las cifras de morbimortalidad por desnutrición hospitalaria y reducir la aparición de complicaciones y secuelas que repercutan en la correcta evolución del paciente. ⁽⁶⁾

Según una reciente revisión realizada en 2015 por J. Ignacio de Ulíbarri Pérez et al. la utilización de los parámetros antropométricos y analíticos como el peso y la albúmina son datos de gran importancia ya que, cuando estos valores se encuentran por debajo de las cifras normales, nos ayudan a detectar precozmente la desnutrición. ⁽¹⁾

Un gran número de artículos coinciden en las altas tasas de desnutrición en los hospitales provocadas por una mala praxis o por una falta de conocimientos por parte del equipo sanitario sobre este tema. ^(1,8,9)

Ha quedado demostrado que existe poco respaldo de la administración de hospitales y clínicas, así como falta de conocimientos por parte de los sanitarios para la realización de la valoración nutricional en el momento del ingreso. Es necesario, por lo tanto mejorar estos conocimientos nutricionales en este tipo de personal. ⁽¹¹⁾

Se han desarrollado una serie de acciones con el objetivo de minimizar las tasas de desnutrición en los hospitales. ⁽¹⁾

- Llegar a los financiadores de la Salud y demostrar el costo-beneficio de la nutrición.
- Programas nacionales de educación continua.
- Investigar la incidencia de la desnutrición hospitalaria a nivel nacional.
- Promover programas de evaluación nutricional.
- Protocolos bien definidos.
- Priorizar el tubo digestivo.
- Alentar la terapia nutricional temprana.
- Nutrición parenteral sino es posible utilizar la vía enteral.

En noviembre de 2004 en el II Foro de debate SEMPE se creó el grupo de trabajo de Documentación de SEMPE-SEDOM, cuyo objetivo principal era definir criterios unificados específicos que proporcionan el diagnóstico de los distintos tipo de desnutrición que permitirán realizar una correcta codificación en diferentes hospitales y áreas asistenciales. Estos criterios serán actualizados periódicamente. ⁽²⁾

Para su elaboración debemos disponer de la introducción de la informática, de la gestión y la investigación para incorporarlas en nuestros procedimientos de trabajo, modernizando las acciones cotidianas y rectificando los errores que se vienen arrastrando desde años anteriores. ⁽²⁾

JUSTIFICACIÓN

El paciente hospitalizado que sufra desnutrición secundaria a la patología que padece o debido a los tratamientos agresivos que le estén aplicando experimentará una serie de etapas. Estas etapas van desde la pérdida del apetito, provocando una disminución del aporte de energía y nutrientes, lo que ocasionará una importante pérdida de proteínas, masa muscular y tejido adiposo hasta la aparición de graves lesiones que dificulten su correcta evolución.

En consecuencia, una adecuada valoración nutricional realizada por el equipo de enfermería el primer día de ingreso del paciente ayudará a prevenir o diagnosticar precozmente posibles complicaciones que se puedan ocasionar durante su estancia hospitalaria y con ello favorecer la correcta evolución del paciente.

Por todo esto, se ha planteado la presente revisión para tratar de valorar el estado actual de la evidencia en el abordaje enfermero óptimo de los problemas de desnutrición hospitalaria.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evidenciar cómo mediante el cribado nutricional al ingreso y el seguimiento nutricional durante el mismo se puede prevenir y/o minimizar los efectos adversos provocados por la malnutrición.

Objetivo específico

Conocer los principales grupos de riesgo de desnutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la ejecución de este trabajo se ha realizado una minuciosa búsqueda bibliográfica para la cual se han utilizado como palabras clave malnutrición, hospitalización, morbilidad y complicaciones con el fin de obtener la información necesaria que permita cumplir los objetivos previamente descritos. Estas palabras clave se han adaptado al idioma según lo determinara la base de datos que se utilizase, en este caso se ha adaptado al inglés y al español.

La información se ha obtenido mediante la búsqueda en diferentes bases de datos (PubMed, Scielo, Dialnet y Lilacs).

Para la elaboración de la búsqueda se han utilizado los tesauros (Descriptores en Ciencias de las Salud) DeCS y (Medical Subject Headings) MeSH que ayudasen a que la búsqueda fuese más precisa.

- **DeCS**→ Malnutrición, Hospitalización, Morbilidad, Complicaciones
- **MeSH**→ Malnutrition, Hospitalization, Morbidity, Complications

Además de los tesauros, se han empleado los operadores booleanos AND y OR que permitirán que la búsqueda sea más limitada y obtener artículos acordes al tema.

Criterios de inclusión y exclusión

Para la realización de esta revisión se han incluido los artículos que se encuentren dentro de un intervalo de tiempo de 10 años (2008-2018).

Se incluirán los estudios publicados en los idiomas inglés y español y que sean realizados en humanos.

Además se incluirán los artículos a los que se permita su acceso de forma gratuita.

Todos los artículos que no cumplan los criterios de inclusión establecidos serán excluidos.

También se excluirá toda la documentación sobre desnutrición pediátrica.

REALIZACIÓN DE LA BÚSQUEDA:

Tras realizar la búsqueda se encontró una gran variedad de información. Después de aplicar los diferentes criterios de inclusión y exclusión son 11 los artículos seleccionados para esta revisión.

Estos 11 artículos fueron analizados detenidamente y se extrajeron datos de diversa índole. Con estos datos, se trató de analizar los resultados obtenidos y valorar así la evidencia actual de todos estos factores en la práctica clínica.

- La búsqueda en PubMed: utilizando las palabras clave Malnutrition AND Hospitalization AND Morbidity OR Complications. En un principio, se encontraron 96 artículos de los cuales utilizando los criterios de inclusión y exclusión se preseleccionaron 27 y tras realizar la lectura del resumen finalmente se seleccionaron 8.
- La búsqueda en Scielo: utilizando las palabras clave Malnutrición AND hospitalización AND Morbimortalidad OR Complicaciones en un principio se encontraron 10 de los cuales utilizando los criterios de inclusión y exclusión se preseleccionaron 3 y tras la lectura del resumen se seleccionó 1 artículo.
- La búsqueda en Lilacs: utilizando las palabras clave Malnutrición AND Hospitalización AND Morbimortalidad OR Complicaciones en un principio se encontraron 11 de los cuales utilizando los criterios de inclusión y exclusión se preseleccionaron 4 y tras la lectura del resumen se seleccionó 1 artículo.
- La búsqueda en Dialnet: utilizando las palabras clave Malnutrición AND Hospitalización AND Morbimortalidad OR Complicaciones en un principio se encontraron 41 de los cuales utilizando los criterios de inclusión y exclusión se preseleccionaron 9 y tras la lectura del resumen se seleccionó 1 artículo.

Tabla 6.

Búsqueda bibliografía de resultados

	Documentos encontrados	Documentos preseleccionados	Documentos seleccionados
PubMed Malnutrition AND Hospitalization AND Morbidity OR Complications	96	27	8
Scielo Malnutrición AND hospitalización AND Morbimortalidad OR Complicaciones	10	3	1
Lilacs Malnutrition AND Hospitalization AND Morbimortalidad OR Complicaciones	11	4	1
Dialnet Malnutrición AND Hospitalización AND Morbimortalidad OR Complicaciones	41	9	1

RESULTADOS

1-Screening nutricional al ingreso y desnutrición

La desnutrición hospitalaria es consecuencia del estado nutricional previo del paciente a su ingreso y del proceso de estrés provocado por una cirugía o enfermedad. El deterioro del estado nutricional de los pacientes ingresados se ocasiona al presentar una alteración en la actividad inmunitaria, teniendo un mayor riesgo de infecciones, retraso en la reparación de tejidos y cicatrización de heridas, produciendo hipoproteïnemia, disminución de la funcionalidad de la musculatura esquelética, motilidad intestinal y pulmonar. Se ha observado que un gran número de pacientes que ingresan en los hospitales (30-35%) presentan desnutrición o riesgo de desnutrición aumentando este porcentaje a un 70% en el momento del alta hospitalaria. ⁽²³⁾

En un estudio observacional analítico de corte transversal de Andrea Liliana Vesga Varela et al. en el año 2015 en un hospital de alta complejidad en Colombia. Se valoró el riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso. Se recogió una muestra de 70 pacientes. ⁽¹⁶⁾

La herramienta de cribado nutricional que se utilizó fue Malnutrition Screening Tool (MST) obteniendo un 52,86 % de pacientes con riesgo nutricional. En cuanto al estado nutricional antropométrico el 3.23% tenía delgadez, el 40.32% peso normal, un 38.71 tenía sobrepeso y un 17.74 tenía obesidad. ⁽¹⁶⁾

Un 18.57% no consumió alimentos durante el almuerzo argumentando no tener apetito y no gustarles la comida mientras que un 13.89% estaba en ayuno por tener una prueba diagnóstica. ⁽¹⁶⁾

Tras analizar los datos se ha llegado a la conclusión de la gran importancia que tiene implantar un diagnóstico temprano y el manejo nutricional adecuado de la desnutrición hospitalaria ayudando a prevenir las posibles complicaciones y reducir la duración de la estancia hospitalaria. ⁽¹⁶⁾

En un estudio de cohorte prospectivo de Juan Emmanuel Pérez Flores et al. en el año 2016 en el hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente en México. Se evaluó el estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos. Se recogió una muestra desde Enero de 2012 a Junio de 2015 con un total de 610 pacientes de los cuales 267 eran mujeres y 343 eran hombres. La herramienta de cribado nutricional fue la valoración subjetiva global (VSG) de la cual se obtuvo un 25.2% pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición. El peso corporal fue de $60,2 \pm 13,35$ y su promedio fue de IMC $24,3 \pm 4,0$. El 19% de los pacientes que ingresaban bien nutridos presentaron sospechas o desnutrición con pérdida de peso a lo largo de su estancia hospitalaria. Por el contrario el 11% de los pacientes que ingresaban con riesgo de desnutrición mejoraban su estado nutricional al haberles abordado previamente-⁽²³⁾

En cuanto a los pacientes con riesgo de desnutrición o con desnutrición se obtuvo un 20.13% de complicaciones y un 5.84% de incidencia de mortalidad.⁽²³⁾

Tras analizar los datos se ha llegado a la conclusión de que la aparición de desnutrición en el paciente hospitalizado representa un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones o de mortalidad. La VSG ayuda a la evaluación y detección del riesgo de desnutrición y también como estrategia de prevención, control de la desnutrición y reducción de morbimortalidad del paciente hospitalizado.⁽²³⁾

En un estudio de Peter C. Konturek et al. en el año 2015 en el departamento de medicina de la universidad Erlangen-Nuremberg (Alemania). Se recogió una muestra durante 12 meses de 815 pacientes. La herramienta de cribado nutricional que se utilizó fue la valoración subjetiva global (VSG) obteniendo un 35.3% pacientes con riesgo de desnutrición y un 18.3% pacientes con desnutrición. Estos pacientes recibieron un promedio de 448.3 ± 600 kcal por día mediante suplementos nutricionales vía enteral o parenteral. Un 33.4% recibieron un promedio de 1316 calorías/día, un 12.7% recibió un promedio de 1207 calorías/día y solo el 6,1% recibieron un promedio de 1764 calorías/día.⁽²²⁾

Tras analizar los datos se ha llegado a la conclusión de que una correcta valoración al ingreso del paciente previene posibles complicaciones disminuyendo a su vez los costos sanitarios.⁽²²⁾

2-Desnutrición en el paciente anciano hospitalizado

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad en los países desarrollados va ir acompañado con un aumento de la población envejecida. ⁽¹²⁾

La desnutrición en el anciano es un tema de gran importancia ya que no es solo un signo de enfermedad sino que provoca grandes trastornos funcionales y cognitivos que derivarán en una prolongación de la estancia hospitalaria, un aumento del 75% de los costos sanitarios y un incremento de los reingresos. ⁽¹²⁾

En la actualidad se están utilizando herramientas de cribado nutricional que detectan de una forma rápida y sencilla el riesgo de desnutrición para así poderlo abordar lo antes posible y minimizar o prevenir las posibles complicaciones o secuelas. ⁽¹²⁾

En un estudio retrospectivo de Lorena Rentero Redondo et al. en el año 2015 realizado en el Hospital Universitario Reina Sofía sobre la desnutrición en el anciano al ingreso hospitalario. Se recogió una muestra de todos los pacientes de edad igual o mayor a 65 años que ingresaban en la unidad de medicina interna durante el año 2011 teniendo un total de 310 pacientes. La herramienta utilizada para el cribado nutricional fue el índice de control nutricional CONUT (sistema informatizado para la prevención, detección precoz y seguimiento de la desnutrición clínica a través de la alerta o riesgo nutricional, mal endémico derivado de la carencia o alteración nutricional ocasionada por la enfermedad, sus complicaciones y los procedimientos terapéuticos requeridos para su tratamiento). Ordenando los datos obtenidos en 42.6% leve, 28.7% moderada y el 4.5% grave teniendo un coste para la desnutrición grave-moderada 195.479,4 euros y la desnutrición leve 73.484,8 euros. ⁽¹²⁾

Analizando todos estos datos se llegó a la conclusión de que la desnutrición para los pacientes ancianos hospitalizados sigue siendo un problema sin poder resolverse debido a la elevada prevalencia que va a ir acompañada por prolongaciones de la estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios. Por otro lado se ha demostrado que la herramienta de cribado de nutrición CONUT es una forma rápida y sencilla de detectar el riesgo de desnutrición sin incrementar los costes sanitarios.

⁽¹²⁾

En un estudio transversal de María RM Oliveira et al. en el año 2009. En el hospital general de Piracicaba (Brasil) sobre el estado nutricional y capacidad funcional de ancianos hospitalizados. Se valoraron los pacientes ingresados desde Septiembre a Noviembre de 2009 obteniendo una muestra de 240 pacientes siendo 127 mujeres y 113 hombres. La herramienta utilizada para el cribado nutricional fue MNA (Mini Nutritional Assessment), clasificando los resultados con un 37.1% con riesgo de desnutrición y un 29.1% desnutridos. ⁽¹³⁾

También se realizaron las escalas de Actividad Instrumental de la Vida Diaria (IADL) y Actividad básicas de la vida diaria (ADL). ⁽¹³⁾

Tras analizar todos estos datos se llega a la conclusión que los pacientes desnutridos estaban más limitados a la hora de realizar las actividades de la vida diaria ya que por sí mismo no puede prepararse la comida. Esto derivará en un aumento de la prevalencia de los ancianos desnutridos ingresados en el hospital. Probablemente, la vulnerabilidad ocasionada por la enfermedad, provoca este deterioro nutricional que va a ir acompañado por la reducción de la capacidad funcional.

En un estudio transversal de Sami H. Alzahrani et al. en el año 2015 en el Hospital Universitario Rey Abdulaziz (Arabia saudí) sobre Prevalencia de desnutrición y factores asociados entre pacientes ancianos hospitalizados. Se obtuvo una muestra durante el mes de Febrero de 2015 con un total de 248 pacientes ancianos mayores de 60 años. La herramienta de cribado nutricional utilizada fue MNA (Mini Nutritional Assessment), obteniendo un 29% de pacientes desnutridos y un 47.6% pacientes con riesgo de desnutrición. Los pacientes ancianos desnutridos mostraban en los datos de la analítica niveles bajos de albumina sérica (28.2 ± 7.7), hemoglobina (10.5 ± 1.8) y recuento de linfocitos ($1,7 \pm 0,91$). En cuanto a las medidas antropométricas un 6.3% representaba a los pacientes desnutridos. ⁽¹⁵⁾

Tras analizar estos datos se ha llegado a la conclusión de que la mejor forma de minimizar estas altas tasas de desnutrición del paciente anciano hospitalizado es mediante la realización de una evaluación nutricional en el primer momento del ingreso. Además, es importante establecer la terapia nutricional apropiada al paciente que previamente ha sido valorado para minimizar las posibles complicaciones que puedan aparecer. ⁽¹⁵⁾

En el estudio prospectivo de cohortes de Vjollca Shpata et al. en el año 2017 en la UCI del Hospital Universitario Centro de Tirana (Albania) sobre la prevalencia y las consecuencias del riesgo de malnutrición en pacientes ancianos de la unidad de cuidados intensivos. Se recogieron datos de pacientes desde Enero de 2011 a Diciembre de 2013 obteniendo un total de muestra de 963 pacientes de los cuales 459 tenían una edad ≥ 65 años y 242 tenían una edad ≥ 75 años. El paciente anciano que ingresa en la UCI con una edad ≥ 65 años tenía una mayor gravedad de la enfermedad, mayor tasa de infección adquirida en la UCI, un mayor riesgo de mortalidad y se le mantuvo más tiempo con ventilación mecánica prolongando su estancia hospitalaria. ⁽¹⁴⁾

La herramienta de cribado nutricional que se utilizó fue Nutritional risk Screening (NRS 2002) obteniendo unos valores de riesgo de desnutrición de 71.24% con una edad ≥ 65 años. ⁽¹⁴⁾

Tras analizar los datos, se llegó a la conclusión que los pacientes ancianos ingresados en la UCI tienen un alto riesgo de desnutrición. Los pacientes ancianos con riesgo de desnutrición ingresados en la UCI tendrán una mayor probabilidad de padecer complicaciones, infecciones, prolongaciones de la estancia hospitalaria y un aumento de la mortalidad. Para prevenir estas situaciones se deben implementar una gran variedad de cuidados nutricionales según la práctica clínica y las directrices recientes. ⁽¹⁴⁾

3- Patologías más asociadas a la desnutrición

El diagnóstico temprano de los estados de malnutrición hospitalaria favorece el tratamiento oportuno y permite la reducción de la morbimortalidad de los pacientes hospitalizados. Una adecuada alimentación al paciente ingresado ayuda a evitar las complicaciones de las enfermedades de base y a reducir la duración de la estancia hospitalaria. ⁽¹⁶⁾

En un estudio de Nannan Wang et al. en el año 2016 en un hospital universitario de Hohhot. Se valoró el riesgo nutricional, desnutrición y apoyo nutricional en pacientes hospitalizados en cirugía ortopédica/ espinal. Se recogió una muestra desde Enero hasta Diciembre de 2013 con un total de 432 pacientes de los cuales 228 eran hombres y 204 eran mujeres. Los pacientes fueron operados por fracturas de la cadera y sus complicaciones o por un tumor. La herramienta de cribado nutricional fue NRS 2002 obteniendo que un 11.6% tenía riesgo de desnutrición. La prevalencia de desnutrición se vio aumentada en pacientes mayores de 70 años con un 40.3%. El 88% de los pacientes que estaban con riesgo de desnutrición recibieron soporte nutricional durante la hospitalización. ⁽²¹⁾

Tras analizar los datos se ha llegado a la conclusión de que estos pacientes necesitan un mayor control y seguimiento tras la cirugía ya que tienen más riesgo de desnutrición. Por ello, establecer una evaluación nutricional con su adecuado abordaje y su posterior seguimiento ayuda a disminuir la estancia hospitalaria y los costes sanitarios. ⁽²¹⁾

En un estudio observacional transversal realizado por Luis Guerra Sánchez et al. en el año 2015. Se valoraba la prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardiaca crónica y se recogió una muestra desde Junio de 2010 hasta Mayo 2014 con un total de 377 pacientes. La herramienta de cribado nutricional fue la Valoración Subjetiva Global (VSG) obteniendo un 41.9% presenta riesgo o sospecha de desnutrición y un 7.4% presentan desnutrición. Según la VSG las mujeres tuvieron un mayor riesgo de padecer desnutrición o riesgo de desnutrición OR: 1.31; IC95% (1,07-1,62); p= 0.009. ⁽¹⁹⁾

Tras analizar los datos se ha llegado a la conclusión de que estos pacientes, al padecer insuficiencia cardiaca crónica, necesitan un mayor control y seguimiento por su patología de base ya que estos pacientes se encuentran más debilitados. Por ello, establecer una evaluación nutricional con su adecuado abordaje y su posterior seguimiento ayuda a disminuir la estancia hospitalaria y los costos sanitarios. ⁽¹⁹⁾

4- Costes sanitarios asociados a la desnutrición

La desnutrición hospitalaria está asociada a altas tasas de morbimortalidad y estancias hospitalarias prolongadas, lo que supondrá un aumento de los costes sanitarios. ⁽¹⁷⁾

En un estudio transversal de J. Álvarez Hernández et al. en el año 2012 sobre prevalencia y costes de la malnutrición en pacientes hospitalizados. Se recogió una muestra desde Abril hasta Septiembre de 2009 obteniendo un total de 1.707 pacientes. La herramienta de cribado nutricional fue NRS-2002 donde un 23.7% tenían desnutrición. Las principales factores asociados en la desnutrición fueron un 30.1% por diabetes mellitus, un 42.6% por disfagia, un 33.9% por enfermedades oncológicas y un 33,6% por la polimedicación. La aparición de la desnutrición en los pacientes que no ingresaron desnutridos y presentaron desnutrición al alta supuso una prolongación de la estancia hospitalaria (15.2 vs 8.0 días; $p < 0.001$), con un coste adicional asociado de 5.829 euros por paciente. ⁽¹⁷⁾

Tras analizar los datos se ha concluido que una buena formación por parte de los profesionales sanitarios para saber cómo identificar y abordar los casos de desnutrición supondría una mejora de la calidad de vida para el paciente y una disminución de los reingresos y de los costes sanitarios. ⁽¹⁷⁾

En otro estudio transversal de Julia Alvarez Hernandez et al. en el año 2015 sobre la prevalencia y costo de la desnutrición en pacientes disfágicos hospitalizados. En dicho estudio, se recogió una muestra desde Abril hasta Septiembre de 2009 con un total 352 siendo 178 hombres y 174 mujeres. La herramienta de cribado nutricional fue NRS 2002 con un 45.7% de pacientes desnutridos. El paciente de edad avanzada ≥ 70 años la prevalencia de desnutrición fue aún mayor al alta con un 57.5%. Los pacientes con edad avanzada mostró una pérdida de 1.74 Kg (IC 95%: 0.88) - 2,61 Kg) y una pérdida media de IMC de 0,65 Kg / m² (95% CI:0.30 - 1.00 Kg / m²). Además la prevalencia de los ingresos urgentes fue mayor que los ingresos programados. ⁽¹⁸⁾

En pacientes con desnutrición también se observó una tendencia al incremento de costes ($8\,004 \pm 5\,854$ € frente a $6\,967 \pm 5\,630$ €; $p = 0,11$). El 25% de los pacientes con disfagia y el 34,6% de los pacientes desnutridos con disfagia recibieron soporte nutricional durante la hospitalización. ⁽¹⁸⁾

Tras analizar los datos se ha llegado a la conclusión de que se debe establecer una evaluación nutricional con su adecuado abordaje y su posterior seguimiento para ayudar a disminuir la estancia hospitalaria y los costes sanitarios. ⁽¹⁸⁾

DISCUSIÓN

Numerosos estudios coinciden en que una detección precoz del estado nutricional al ingreso ayuda a evitar la desnutrición, previniendo así posibles complicaciones que alarguen su estancia hospitalaria. Una vez que ya se ha realizado el cribado nutricional y la valoración específica nutricional se aplicará un tratamiento individualizado y se le realizara un seguimiento hasta su alta hospitalaria.

Los pacientes ancianos son uno de los grupos que más riesgo tienen de padecer desnutrición debido a la vulnerabilidad que les ocasiona la enfermedad de base por la que ingresan. Al realizarles las escalas de Actividad Instrumental de la Vida Diaria (IADL) y Actividad de la vida diaria (ADL) se observa que un paciente desnutrido presenta una mayor dependencia de su cuidador o familiar para la preparación o la ingesta de alimentos ya que sin estas figuras no podría realizar su autocuidado de forma correcta ocasionando un deterioro nutricional seguido de una reducción de la capacidad funcional ⁽¹³⁾. Cuando un paciente anciano ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) un gran porcentaje desarrolla desnutrición, lo que ocasionará la aparición de posibles complicaciones o secuelas que prolonguen su estancia hospitalaria ⁽¹⁴⁾. Los datos que nos alertan de la aparición de desnutrición o riesgo de desnutrición son los valores antropométricos donde se detecta una pérdida rápida de peso que junto con la talla del paciente determina un IMC < 20, lo que nos indica que el paciente presenta desnutrición. También se valoran los datos analíticos donde se observan valores bajos de albumina, hemoglobina y linfocitos. ⁽¹⁵⁾

Una vez que se ha diagnosticado que el paciente hospitalizado presenta riesgo de desnutrición o desnutrición se le implantará un tratamiento individualizado según el grado de desnutrición que padezca y la enfermedad de base por la que ha ingresado. Según Juliana Lammel Ricardi et al. el método más eficaz para abordar ese deterioro nutricional es mediante la ingesta de suplementos dietéticos que complementaran a la dieta diaria para así mejorar su estado nutricional y tener una mayor calidad de vida previniendo los reingresos hospitalarios. ⁽²⁰⁾

Los principales factores asociados en el aumento de prevalencia de la desnutrición en el paciente hospitalizado son diabetes mellitus, enfermedades oncológicas, disfagia, polimedicación ⁽¹⁷⁾ , insuficiencia cardiaca crónica ⁽¹⁹⁾ y cirugía ortopédica/espinal ⁽²¹⁾ . También todos los factores citados anteriormente están asociados con el aumento de los costes sanitarios debido a la prolongación de la estancia hospitalaria, lo que conlleva a la incorporación de nuevos tratamientos y un nuevo plan de cuidados para paliar y revertir las complicaciones que puedan aparecer hasta su alta hospitalaria.

Por lo tanto una correcta formación y un abordaje en el primer momento del ingreso por parte del equipo sanitario sobre la utilización e interpretación de los resultados obtenidos de las herramientas de cribado nutricional y de la valoración específica nutricional para su posterior implantación de un tratamiento individualizado y seguimiento hasta su alta hospitalaria, ayudará a que se disminuyan las tasas de desnutrición en los hospitales y minimicen las secuelas o posibles complicaciones mejorando su calidad de vida y previniendo otros reingresos. Por el contrario, si se realiza una mala praxis por parte del equipo sanitario y no se toman las medidas oportunas desde un primer momento sobre este tema, cuando se detecte el riesgo o la desnutrición pasado un tiempo ya será tarde para reducir las secuelas o complicaciones que puedan aparecer. Además, se habrá producido un notable aumento de los costes sanitarios y el paciente se verá obligado a una prolongación de su estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

1. La valoración nutricional al ingreso y el diagnóstico temprano de riesgo de desnutrición o desnutrición, permite un abordaje temprano y seguimiento que va a reducir la morbimortalidad de estos pacientes, la estancia hospitalaria y el gasto sanitario.
2. El paciente anciano es el más vulnerable de sufrir desnutrición durante su ingreso, además hay ciertas patologías como los problemas cardiacos y las cirugías que provocan al paciente una mayor debilidad ocasionándole un mayor riesgo de padecer desnutrición.
3. Una buena formación por parte de los profesionales sanitarios para saber cómo identificar y abordar los casos de desnutrición supondría una mejora de la calidad de vida para el paciente, disminuir los reingresos y los costes sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1)1. Ignacio De Ulíbarri Pérez J, Támer GL, Pérez De La Cruz AJ. Desnutrición clínica y riesgo nutricional. 2015;9(3):231–54.
2. Álvarez Hernández J, De García Lorenzo A. Codificación de la desnutrición hospitalaria; la vigencia de una frase.2008;23(6):529–30.
3. Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, De García Lorenzo A, Calvo V, et al. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. 2008;23(6):536–40.
4. Carmen M del AN. LA DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO. PRINCIPIOS BÁSICOS DE APLICACIÓN DE LA NUTRICIÓN. GUIAS CLÍNICAS DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA ARTIFICIAL. 1-26 p.
5. Abajo Del Álamo C, García Rodicio S, Calabozo Freile B, Ausín Pérez L, Casado Pérez J, Catalá Pindado MA. Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para personas mayores. Nutr Hosp. 2008;23(2):100–4.
6. Mexicana de Cirugía A, México Hamui-Sutton A, Cristina E. Cirugía y Cirujanos. 2016;84(Supl 1):31–5.
7. Alejandro gaviria uribe, fernando ruiz gómez, norman julio muñoz muñoz. Prevención De La Malnutrición O Desnutrición. 2015;76.
8. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. Nutr HospNutr Hosp [Internet]. 2011;2626(2):254–64.
9. Peláez B, Peláez RB. Desnutrición y enfermedad. 2013;
10. Ulibarri J, Burgos R, Lobo G, Martínez M, Planas M, Cruz a P, et al. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. 2009;24(4):467–72.
11. Bruxismo y sus consecuencias.
12. Redondo LR, Navalón CI, Cánovas JJG, Jiménez CT, Álvarez CS. Desnutrición en el paciente anciano al ingreso hospitalario, un Viejo problema sin solucionar. 2015;32(5):2169–77.
13. Oliveira MR, Fogaça KC, Leandro-Merhi VA. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly.2009;8(1):1–8.

14. Shpata V, Ohri I, Nurka T, Prendushi X. The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. 2015;481–6.
15. Alzahrani SH, Alamri SH. Prevalence of malnutrition and associated factors among hospitalized elderly patients in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):1–7.
16. Varela ALV, Delgado EMG. Riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia. 2015;32(3):1308–14.
17. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalencia y costes de la malnutrición en pacientes hospitalizados; estudio PREDyCES. 2012;27(4):1049–59.
18. Álvarez Hernández J, León Sanz M, Planas Vilá M, Araujo K, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S. Prevalencia y costes de la desnutrición en pacientes hospitalizados con disfagia: Un subanálisis del estudio PREDyCES®. 2015;32(4):1830–6.
19. Guerra-Sánchez L, Martínez-Rincón C, Fresno-Flores M. Prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardíaca crónica; Valoración subjetiva global como indicador pronóstico. 2015;31(4):1757–62.
20. Lammel Ricardi J, Marcadenti A, Perocchin de Souza S, Siviero Ribeiro A. Oral nutritional supplements intake and nutritional status among inpatients admitted in a tertiary hospital. 2013;28(4):1357–60.
21. Wang N, Dong YL, Huo T, Shao Y, Xing W, Li S. Nutritional risk, malnutrition and nutritional support among hospitalized patients in orthopedics/spinal surgery of a Hohhot teaching hospital. 2016;25(2):273–82.
22. Konturek PC, Herrmann HJ, Schink K, Neurath MF, Zopf Y. Malnutrition in Hospitals: It Was, Is Now, and Must Not Remain a Problem! *Med Sci Monit* 2015;21:2969–75.
23. Pérez-flores JE, Chávez-tostado M, Larios-del-toro YE, García-rentería J, Rendón-félix J, Salazar-parra M, et al. Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos. 2016;33(1000):872–8.

ANEXOS:**1-Nutrition risk screening**

	SI	NO
IMC <20.5		
¿El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
¿El paciente ha reducido su ingesta en la dieta la última semana?		
¿Es un paciente grave?		

ESTADO NUTRICIONAL		SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD	
Normal 0 puntos	Estado nutricional normal	Normal 0 puntos	Requerimientos nutricionales normales
Leve 1 punto	Pérdida de peso mayor al 5% en 3 meses, ò una ingesta energética del 50 – 75% en la última semana.	Leve 1 punto	Pacientes con fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas, pacientes en hemodiálisis, pacientes oncológicos, diabéticos, etc.
Moderado 2 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 2 meses, ò IMC entre 18.5-20.5, más deterioro del estado general, ò una ingesta energética del 25 -60% en la última semana.	Moderado 2 puntos	Cirugía mayor abdominal, pacientes con Neumonía severa, Neoplasias Hematológicas.
Severo 3 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 1 mes (más del 15% en 3 meses), o IMC menor de 18.5, más deterioro del estado general, ò una ingesta energética del 0 – 25% en la última semana.	Severo 3 puntos	Pacientes con trauma de cabeza, pacientes críticos en UCI, pacientes trasplantados, etc.
SCORE + SCORES = SCORE TOTAL			
EDAD: Si el paciente es mayor de 70 años de edad, debe agregarse 1 punto al score total.			
SCORE: Menor de 3: Paciente debe de ser evaluado semanalmente. Si se sabe que el paciente será sometido a una situación de riesgo, la terapia nutricional de tipo preventiva debe de ser considerada para evitar que el paciente entre en riesgo nutricional.			
SCORE: Mayor o igual a 3: Paciente se encuentra bajo riesgo nutricional, por lo que la terapia nutricional debe de ser iniciada lo antes posible.			