

Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. Bogotá. Colombia

## **SOBRE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL HOSPITALARIA**

*Charles Bermúdez*<sup>1</sup>.

### **INTRODUCCIÓN**

Los reportes encontrados en la literatura internacional reconocen una y otra vez que la mitad de los enfermos hospitalizados se encuentran desnutridos. La desnutrición hospitalaria (DH), como fenómeno epidemiológico complejo y multicausal, reconoce influencias desde biológicas (el efecto de la enfermedad sobre la economía) hasta culturales, educativas e institucionales, y que se resumirían en la capacidad de los equipos de trabajo y las instituciones de salud de enfrentar, afrontar y confrontar los trastornos nutricionales existentes en el enfermo que atienden.

Por propia definición, todo enfermo está en riesgo de desnutrirse. Pero una línea muy tenue separa el riesgo del enfermo de ver afectados su estado nutricional y su composición corporal, y con ello, su capacidad de responder adecuadamente a la enfermedad y la terapia que se instituya, de no intervenir la situación corriente de salud-enfermedad dentro de la que está inmerso; respecto de cambios reales en estos dominios que se trasladen hacia una menor (o una disfuncional) respuesta a la agresión.

Consecuente con lo anterior, y ante la creciente percepción de que el tratamiento de la DH no suele ser tan efectivo como se postulaba (a pesar de los avances observados en la teoría y la práctica de la nutrición artificial), y que la mejor ventana de oportunidad está representada por la intervención en los factores de riesgo de esta entidad; se debe tener como política el que todas las instituciones hospitalarias cuenten con una herramienta de tamizaje nutricional validada de obligatoria aplicación a los pacientes en el mismo momento de la hospitalización. Si el caso fuera de pacientes encontrados sin riesgo nutricional (o con un riesgo nutricional mínimo) pero en los que se anticipa una estadía hospitalaria > 7 días, tal herramienta de tamizaje debería ser aplicada de forma repetida, y con una periodicidad no mayor a 72 horas.<sup>1-2</sup>

Los pacientes en quienes se identifique riesgo nutricional deben tener un diagnóstico nutricional mediante la administración de un protocolo integral de evaluación nutricional, los resultados del cual permitirán determinar el tipo de intervención nutricional y metabólica a adoptar.<sup>3</sup> Estas intervenciones podrían ser aplicadas por los grupos básicos de trabajo en base a protocolos institucionales y redactados por expertos con arreglo a la mejor evidencia clínica disponible.

Dentro de la anterior categoría de riesgo nutricional, los pacientes que no alcanzaran sus requerimientos nutricionales, y vieran de esta forma comprometido su estado nutricional, deberán ser evaluados por un grupo de soporte nutricional que será el que determinará el esquema de suplementación nutricional, o el uso de fórmulas químicas especializadas y rutas alternas de

---

<sup>1</sup> Médico, Especialista en Cirugía General. Especialista en Derecho. Jefe del Servicio de Nutrición de la Clínica La Colina del Country. Presidente de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica.

provisión de nutrientes para sostener el estado nutricional del enfermo y mejorar la respuesta a la agresión y la terapia que se adopte.<sup>3-4</sup> En cualquier circunstancia, los pacientes sujetos a intervenciones nutricionales deben ser evaluados regularmente (de preferencia diariamente o cada 48 horas), a los fines de definir la continuidad y/o la modificación del tratamiento nutricional indicado de acuerdo con la respuesta al mismo.<sup>1</sup>

Una vez que se determine que el paciente puede egresar del hospital, el grupo básico de trabajo deberá emitir recomendaciones nutricionales individualizadas para cumplimiento en el hogar durante la convalecencia, junto con la periodicidad del seguimiento ambulatorio hasta que se complete la rehabilitación individual, familiar y laboral.<sup>1-3</sup>

Las discusiones son eternas en cuanto a la mejor herramienta de tamizaje nutricional. Tal herramienta debería ser de fácil comprensión, asimilación, ejecución e interpretación; y ofrecer resultados reproducibles independientemente del administrador. Adicionalmente, estas herramientas deberían ser costo-efectivas para incorporarlas fluida y suavemente al organigrama hospitalario. Una mirada perceptiva encontraría que todas las herramientas descritas hasta el momento con fines de tamizaje nutricional reúnen ítems similares como la pérdida reciente de peso, los cambios en los modos de alimentarse y en las cantidades ingeridas de alimentos, y el abandono de funciones y actividades por la percepción de un cansancio y agotamiento superiores a la cuota cotidiana de resiliencia.

El objetivo final de todo lo anteriormente dicho es generar un cambio de la filosofía organizacional, donde objetivos como calidad e integralidad no pueden lograrse sin la inclusión de un programa de detección y tratamiento tempranos y oportunos de la desnutrición, el cual debería redundar en una menor morbi-mortalidad y la reducción de los costos de la atención médico-quirúrgica. Si bien no recibe la misma atención, se debe dejar dicho que cerca de la tercera parte de los enfermos ya ingresa con signos de desnutrición. Ello es preocupante, por cuanto el hospital está heredando una situación epidemiológica y nutricional que se originó en la comunidad (más allá de la propia influencia del centro de salud), y que es muy probable que permanezca sin cambios cuando el paciente regrese a la comunidad.

Es por ello que los hospitales (y por extensión los centros de salud que admiten pacientes para ingreso y tratamiento de diversa índole) deben desarrollar un programa de obligatorio cumplimiento que incluya la aplicación de la herramienta seleccionada de tamizaje nutricional, y de acuerdo con los resultados de ésta, la realización de una valoración nutricional que permita el diagnóstico nutricio-metabólico exhaustivo e integral, y con ello, el inicio de una terapia nutricional en base a los requerimientos propios y el estado metabólico del paciente. Igualmente, las clínicas y los hospitales deben contar con un grupo de soporte nutricional interdisciplinario para la administración efectiva (esto es: útil y segura) de las terapias de nutrición artificial. Se ha demostrado que la actuación de los grupos de soporte nutricional se traslada a la disminución de los eventos adversos relacionados con la terapia nutricional, y de esta forma, disminución de los costos de prestación de tales terapias, y una mejor percepción concurrente de la calidad de la atención médica provista al enfermo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bermúdez C, Sanabria A, Vega V. Soporte nutricional del paciente adulto. Resultados de la reunión de consenso de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. *Rev Colomb Cir* 2013;28:101-16.

2. Holyday M, Daniells S, Bare M, Caplan GA, Petocz P, Bolin T. Malnutrition screening and early nutrition intervention in hospitalised patients in acute aged care: A randomised controlled trial. *J Nutr Health Aging*. 2012;16:562-8.
3. White JV, Guenter P, Jensen G; *et al.* Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2012;36:275-83.
4. Jones JM. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *J Hum Nutr Diet*. 2002;15:59-71.
5. Correia MI. Nutrition screening *vs.* nutrition assessment: What's the difference? *Nutr Clin Pract* 2018;33:62-72.
6. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R; *et al.* Diagnostic criteria for malnutrition- An ESPEN consensus statement. *Clin Nutr* 2015;34:335-40.
7. Mueller C, Compher C, Ellen DM; for the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. ASPEN clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2011;35:16-24.
8. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; for the *ad hoc* ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321-36.
9. Charney P. Nutrition screening *vs.* nutrition assessment: How do they differ? *Nutr Clin Pract* 2008;23:366-72.
10. Jelliffe DB. The assessment of the nutritional status of the community. World Health Organization. Geneva [Switzerland]: 1968.
11. Jensen GL, Compher C, Sullivan DH, Mullin GE. Recognizing malnutrition in adults: definitions and characteristics, screening, assessment, and team approach. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2013;37:802-7.
12. Bischoff SC, Kester L, Meier R, Radziwill R, Schwab D, Thul P. Organization, regulations, preparation and logistics of parenteral nutrition in hospitals and homes; the role of the nutrition support team. En Capítulo 8: Guidelines on Parenteral Nutrition. *Ger Med Sci* [Germany] 2009;7:Doc20-Doc20. Disponible en: <http://doi:10.3205/000079>. Fecha de última visita: 13 de Marzo del 2018.

## ANEXOS

Anexo 1. Definiciones y términos empleados en esta ponencia.

*Estado nutricional*: Resultado del balance entre los requerimientos de nutrientes del organismo y el aporte de los mismos.<sup>5-12</sup>

*Tamizaje nutricional*: Identificación del riesgo nutricional.<sup>4,5,7</sup>

*Valoración nutricional*: Establece las condiciones nutricionales particulares, diagnóstico nutricional y tratamiento individualizado.<sup>5,7-9,11</sup>

*Grupo de soporte nutricional*: Equipo interdisciplinario con entrenamiento en nutrición humana, generalmente conformado por médico, enfermero, nutricionista, químico farmacéutico.<sup>1,12</sup>

*Filosofía organizacional*: Finalidad, creencias, valores y razón de ser de una empresa, expresada en misión, visión y principios corporativos.