

Hospital Pediátrico "William Soler Ledea". La Habana. Cuba.

ESTADO DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS NUTRICIONALES A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "WILLIAM SOLER", LA HABANA, CUBA

Lázaro Alfonso Novo,¹ Sergio Santana Porbén,² para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición hospitalaria.

RESUMEN

En este artículo se presenta el estado actual de la provisión de cuidados nutricionales a lo(a)s 240 niño(a)s encuestados en el Hospital Pediátrico "William Soler Ledea" (La Habana, Cuba) mediante la ENH Encuesta de Nutrición Hospitalaria conducida en Enero del 2007. La frecuencia de desnutrición hospitalaria fue del 30.0%, pero la desnutrición estaba registrada como un diagnóstico independiente en solo el 2.9% de las historias clínicas revisadas. El completamiento de los ejercicios de evaluación antropométrica y bioquímica del estado nutricional fue insuficiente. Aunque el 12.5% de los enfermos encuestados (mediana de las frecuencias observadas en 10 subcategorías; rango: 1.3 – 86.7%) llenaba alguna indicación de intervención nutricional, las terapias de Nutrición artificial (Enteral/Parenteral) se administraron a solo el 4.8% de ellos. Se debe hacer notar que los pacientes con la vía oral suspendida eran sujetos de intervención nutricional, aún cuando constituyeron el 1.3% del tamaño muestral; que el(la) niño(a) fue tallado(a) y pesado(a) al ingreso; y los enfermos con 15 (o más) días de hospitalización fueron pesados prospectivamente. La desnutrición hospitalaria constituye un problema institucional de salud que los equipos básicos de atención fallan en identificar, tratar y en última instancia, prevenir. Se requieren con urgencia programas de intervención nutricional y metabólica que hagan énfasis en la re-educación de los distintos actores involucrados en la provisión de cuidados nutricionales para que asuman, y desempeñen satisfactoriamente, los roles esperados dentro de este proceso, en aras de preservar las tasas genéticamente determinadas de crecimiento y desarrollo del(la) niño(a) enfermo(a). *Alfonso Novo L, Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición hospitalaria. Estado de la calidad de la prestación de cuidados nutricionales a los niños atendidos en el Hospital Pediátrico "William Soler", La Habana, Cuba. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19(1):38-55. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Descriptor DeCS: DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA / CALIDAD / CONTROL DE LA CALIDAD / ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD / EVALUACIÓN NUTRICIONAL / APOYO NUTRICIONAL / NUTRICIÓN ARTIFICIAL.

¹ Médico, Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Jefe del Grupo de Apoyo Nutricional.

² Médico, Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Secretaría de Actividades Científicas de la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica.

Recibido: 23 de Enero del 2009. Aprobado: 12 de Julio del 2009.

Lázaro Alfonso Novo. Hospital Pediátrico "William Soler Ledea".

Reperto Altahabana. Boyeros. La Habana. Cuba.

Correo electrónico: lanovo@infomed.sld.cu

INTRODUCCION

La EDHP Encuesta de Desnutrición Hospitalaria Pediátrica se condujo en el Hospital Pediátrico "William Soler" (La Habana, Cuba), con lo(a) niño(a)s ingresado(s) en la institución durante el mes de Enero del 2007. La tasa de desnutrición hospitalaria fue del 30.0%.

Los detalles sobre el estado actual de este problema institucional de salud han sido expuestos previamente.^{1,2} La EDPH contempló la conducción de la ENH Encuesta de Nutrición Hospitalaria, orientada a documentar el estado actual de la calidad de la provisión de los cuidados nutricionales administrados al(la) niño(a) hospitalizado(a)*. Mediante la ENH se evaluaron las prácticas institucionales existentes corrientemente para el diagnóstico y registro de la desnutrición pediátrica, la prevención del ayuno hospitalario, y la indicación e inicio de esquemas de Nutrición artificial (Enteral/Parenteral).

El estado de la calidad de los cuidados nutricionales administrados a adultos ingresados en 12 hospitales de 6 provincias del país, expuesto mediante el mismo instrumento, se ha publicado anteriormente.³

MATERIAL Y METODO

La EDHP: Diseño y conducción.

El diseño y conducción de la EDHP ha sido presentado previamente.^{1,2} Brevemente, lo(a)s niño(s) ingresado(a)s en el hospital durante el mes de Enero del 2007 fueron tallados y pesados, y evaluado el riesgo de ocurrencia de trastornos nutricionales

* La ENH fue diseñada por el Comité Científico del ELAN Estudio Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria para uso por los encuestadores locales en los países participantes. Para más detalles: Consulte la referencia [4].

mediante una herramienta descrita previamente.⁵

Como parte de la encuesta realizada con lo(a)s niño(a)s hospitalizado(a)s, se condujo la ENH con el objetivo primario de establecer el estado corriente de la provisión de cuidados nutricionales al(la) encuestado(a). El formato de la ENH ha sido presentado anteriormente.³ La ENH comprende secciones para el registro de los datos sociodemográficos y administrativos del(la) niño(a) hospitalizado(a); junto con los problemas corrientes de salud, haciendo énfasis en los diagnósticos de cáncer y sepsis; la realización de procedimientos quirúrgicos importantes; la ocurrencia de ayuno involuntario; el estado de la administración de alimentos por vía oral, así como el uso de suplementos dietéticos; la conducción de esquemas de Nutrición enteral; y la conducción de esquemas de Nutrición parenteral. La ENH fue rellena por el encuestador después de una auditoría de la historia clínica del(la) niño(a) ingresado(a), siguiendo las instrucciones contenidas en el PNO Procedimiento Normalizado de Operación redactado expresamente para este esfuerzo.⁶

Los formularios con los datos de las ENH fueron revisados y enmendados antes de ingresarlos en una aplicación creada *ad hoc* con Access 7.0 (OFFICE 2000 de Microsoft, Redmont, Virginia, Estados Unidos), y proceder a la reducción de datos y el tratamiento estadístico-matemático.

Identificación de los enfermos necesitados de intervención nutricional.

La base de datos de la EDPH fue escrutada para identificar niños y niñas necesitados de intervención nutricional debido a la ocurrencia de alguna de 10 indicaciones diferentes: Vía oral suspendida en el momento de la encuesta; Ayuno involuntario durante 5 (o más) días; Pérdida de peso igual/mayor del 5%; Estancia

hospitalaria igual/mayor de 15 días; Presencia de un estado séptico, importado de la comunidad/adquirido en el hospital; Diagnóstico de cáncer; Estado post-operatorio de 5 (o más) días; Presencia de insuficiencia orgánica crónica; Afectación de los indicadores antropométricos; y Presencia de riesgo moderado/grave de desnutrición.

Construcción de estándares e indicadores de calidad.

La elaboración de juicios sobre la calidad del estado actual de la provisión de cuidados nutricionales al(la) niño(a) enfermo(a) hospitalizado(a) implica la existencia de estándares representativos de lo que serían las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición”. Aunque tales prácticas no hayan sido formuladas explícitamente, pueden derivarse como el complemento de las prácticas institucionales no deseadas descritas en todas partes.⁷ Un estándar es una declaración general de lo que sería una práctica deseable dentro del proceso de cuidados nutricionales del(la) niño(a) hospitalizado(a), en concordancia con las “Buenas Prácticas”. Para su implementación, el estándar debe ser traducido en los correspondientes indicadores de calidad. Cada indicador debe estar asociado a una especificación de calidad: un número que define el comportamiento esperado del indicador en cuestión.^{3, 8-11}

Los estándares, indicadores, y especificaciones de calidad empleados en la evaluación del estado corriente de la provisión de cuidados nutricionales al(la) niño(a) hospitalizado(a) se muestran en el Anexo 1. Los estándares, indicadores y especificaciones de calidad se derivaron de las guías y recomendaciones hechas por sociedades profesionales y otros cuerpos de expertos,¹²⁻²⁰ y/o como el complemento de las prácticas no deseadas que han sido expuestas previamente.⁷ Se tomó nota de los resultados de una indagación anterior que,

con objetivos similares, se condujo en hospitales verticalizados en la atención de adultos en ocasión del Estudio ELAN Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria.³

Se construyeron 22 indicadores que se distribuyeron en 4 estándares. Los estándares, indicadores y especificaciones de calidad avanzados en el presente trabajo cubren tópicos relativos a la evaluación nutricional del(la) niño(a) hospitalizado(a), la prescripción dietética hospitalaria, la ocurrencia de ayuno involuntario, el uso de suplementos dietéticos, y la necesidad de intervención nutricional. A los propósitos de la siguiente comunicación, no se pretende que ésta sea una lista exhaustiva.

Los indicadores mostrados en el Anexo 1 se estimaron de los datos anotados localmente en los formularios de la ENH, y de esta manera, sirvieron para reducir los resultados de la ENH. El valor estimado del indicador de calidad se contrastó con la especificación correspondiente, como se avanzó en el Anexo 1. Se denotó el indicador como satisfactorio si el valor estimado era igual o mayor que la especificación pertinente.

RESULTADOS

Se identificaron 10 categorías de niño(a)s con una indicación de intervención nutricional en la base de datos de la EHS. La Tabla 1 muestra el número de pacientes (con los porcentajes correspondientes) respecto del tamaño de la serie del estudio que llenó alguna de estas indicaciones. La mediana de los valores de las categorías observadas fue del 12.5%. Los valores oscilaron entre 1.3% (enfermos con la vía oral suspendida en el momento de la encuesta) y 86.7% (enfermos con riesgo moderado/grave de desarrollo de trastornos nutricionales).

La Tabla 2 muestra los estimados corrientes de los indicadores de la provisión de cuidados nutricionales al(la) niño(a) hospitalizado(a), tras la conducción de la ENH.

Respecto de la evaluación nutricional del(la) niño(a) hospitalizado(a).

Las salas de ingreso de la institución estaban dotadas de balanzas con tallímetros incorporados. La Talla y el Peso del(la) niño(a) ingresado(a) se registró en el momento del ingreso. Debido a la naturaleza transversal del presente estudio, no se pudo estimar la proporción de enfermos tallados y pesados al egreso hospitalario, y por lo tanto, no se pudo mostrar el estado de satisfacción de este indicador.

Tabla 1. Pacientes en la base de datos del ENH que llenaron alguna de las indicaciones de apoyo nutricional. Los resultados en cada categoría se presentan como el número de enfermos, junto con los porcentajes respecto del tamaño muestral.

Categoría	Número [%]
Vía oral suspendida	3 [1.3]
Tiempos de ayuno iguales/mayores de 5 días	16 [6.7]
Pérdida de peso \geq 5%	107 [44.6]
Quince días (o más) de hospitalización	35 [14.6]
Estado séptico importado de la comunidad/adquirido en el hospital	77 [32.1]
Diagnóstico de cáncer	25 [10.4]
Cinco días (o más) de una Cirugía importante	7 [2.9]
Insuficiencia orgánica crónica	15 [6.3]
Desnutridos según el estado de los indicadores antropométricos	72 [30.0]
Riesgo moderado/grave de desnutrición	208 [86.7]

Fuente: Base de datos de la ENH.

Tamaño de la serie: 240.

Se completó un ejercicio formal de evaluación nutricional en solo el 40.8% de las instancias. A pesar de una frecuencia institucional de desnutrición del 30.0%, la desnutrición estaba anotada como un problema independiente de salud en el 2.9% de las Historias clínicas revisadas. Cuando se ajustó según el tamaño de la subpoblación de enfermos desnutridos, el valor de este indicador fue del 8.3%.

Los valores basales (al ingreso) de la Albúmina sérica se registraron en menos de la quinta parte de lo(a)s niño(a)s encuestado(a)s. Asimismo, la tasa de satisfacción del registro de los conteos basales de Linfocitos fue solo del 28.7%.

Se registraron los valores prospectivos de la Talla y el Peso de lo(a)s niño(a)s que acumulaban 15 (o más) días de hospitalización, a pesar de que constituían solo el 14.6% del tamaño muestral. Sin embargo, los valores de Albúmina sérica, y los conteos de Linfocitos, se registraron prospectivamente en el 5.7% y el 20.0%, respectivamente, de esta subpoblación hospitalaria.

Respecto de la prescripción dietética hospitalaria.

En virtud del diseño propio del estudio, no se recogieron datos para evaluar la satisfacción del estándar 4 reservado para el estado de la prescripción dietética hospitalaria.

Respecto de la suplementación dietética.

Los esquemas de suplementación dietética deberían instalarse en aquellos con estado nutricional preservado, y riesgo mínimo (o nulo) de desnutrirse, pero que no logran satisfacer las necesidades nutrimentales mediante la prescripción dietética instalada.

Tabla 2. Estado corriente de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo hospitalizado. Los resultados en cada categoría se presentan como los porcentajes de las Historias clínicas auditadas que satisficieron el estándar correspondiente, respecto del tamaño muestral.

Estándar	Valor observado del indicador
Estándar 1. Respeto de la evaluación nutricional:	
Balanzas a menos de 50 metros del paciente	100.0
Paciente tallado y pesado al ingreso	100.0
Paciente tallado y pesado al egreso	No evaluado por diseño del estudio
Ejercicio completado de evaluación nutricional	40.8
Diagnóstico de desnutrición anotado en la lista de problemas de salud	2.9
Albúmina sérica realizada al ingreso	18.7
Conteo de Linfocitos realizados al ingreso	28.7
En aquellos con más de 15 días de hospitalización:	
• Paciente tallado y pesado prospectivamente	100.0
• Paciente con valores prospectivos de Albúmina sérica	5.7
• Paciente con Conteos prospectivos de Linfocitos	20.0
Estándar 2. Respeto de la prescripción dietética hospitalaria:	
No evaluado por diseño del estudio	
Estándar 3. Respeto de la suplementación dietética:	
Pacientes necesitados de suplementación dietética para satisfacer los requerimientos nutrimentales diarios:	
• No desnutridos	0.0
• Ingresos alimentarios disminuidos	0.6
• Riesgo (ausente/leve) de desnutrición	0.0
Estándar 4. Respeto de la intervención nutricional:	
Pacientes con NPO	100.0
Pacientes con tiempos de ayuno iguales/mayores de 5 días	12.5
Pérdida de peso \geq 5%	3.7
Pacientes con 15 días (o más) de hospitalización	11.4
Pacientes con un estado séptico importado de la comunidad/adquirido en el hospital	2.6
Diagnóstico de cáncer	4.0
Pacientes con 5 días (o más) de una Cirugía importante	0.0
Pacientes con insuficiencia orgánica crónica	6.7
Pacientes desnutridos según el estado de los indicadores antropométricos	5.6
Pacientes con riesgo moderado/grave de desnutrición	3.3

Fuente: Base de datos de la ENH.

Tamaño de la serie: 240.

Tabla 3. Estado corriente del uso de las técnicas de Nutrición artificial. Se muestran el número de pacientes [entre corchetes, los porcentajes respecto de aquellos con una indicación de Nutrición artificial en la categoría correspondiente] que recibieron cualquier tipo de esquema de Nutrición artificial.

Criterio	Recibieron algún tipo de apoyo nutricional	Recibieron Nutrición enteral	Recibieron Nutrición parenteral
Pacientes con NPO	3 [100.0]	3 [100.0]	0 [0.0]
Pacientes con tiempos de ayuno iguales/mayores de 5 días	2 [12.5]	2 [12.5]	1 [6.3]
Pérdida de peso \geq 5%	4 [3.7]	2 [1.9]	3 [2.8]
Pacientes con 15 días (o más) de hospitalización	4 [11.4]	4 [11.4]	1 [2.9]
Pacientes con un estado séptico importado de la comunidad/adquirido en el hospital	2 [2.6]	2 [2.6]	1 [1.3]
Diagnóstico de cáncer	1 [4.0]	0 [0.0]	1 [4.0]
Pacientes con 5 días (o más) de una Cirugía importante	0 [0.0]	0 [0.0]	0 [0.0]
Pacientes con insuficiencia orgánica crónica	1 [6.7]	1 [6.7]	0 [0.0]
Pacientes desnutridos según el estado de los indicadores antropométricos	4 [5.6]	3 [4.2]	1 [1.4]
Pacientes con riesgo moderado/grave de desnutrición	7 [3.3]	5 [2.4]	3 [1.4]

Fuente: Base de datos de la ENH.
Tamaño de la serie: 240.

El 70.0% de lo(a)s niño(a)s encuestado(a)s mostró valores preservados de los indicadores nutricionales antropométricos. Sin embargo, se reportaron ingresos alimentarios disminuidos en un 50% en el 64.2% de ellos(a)s.

Por otro lado, solo el 13.3% de la serie de estudio exhibía un riesgo mínimo (o nulo) de desnutrirse. El uso de suplementos dietéticos para compensar ingresos alimentarios insuficientes fue como sigue: *Enfermos no desnutridos*: 0.0%; *Ingresos alimentarios disminuidos en un 50%*

(o más): 0.6%; y *Riesgo mínimo (o nulo) de desnutrición*: 0.0%.

Respecto de la necesidad de intervención nutricional.

Se instalaron esquemas de apoyo nutricional (sea éste Enteral/Parenteral) en el 4.8% de lo(a)s niño(a)s encuestado(a)s. Este valor representa la mediana de los porcentajes de los enfermos que recibieron cualquier modo de Nutrición artificial en cada una de las 10 categorías detalladas en la Tabla 1.

Se debe hacer notar la baja satisfacción de las indicaciones de intervención nutricional en el momento de la encuesta, a pesar del pequeño tamaño de las subpoblaciones de enfermos necesitados de esta opción terapéutica. Con la sola excepción de los pacientes con la vía oral suspendida, los cuales todos estaban intervenidos nutricionalmente, a pesar de constituir solamente el 1.3% del tamaño muestral, el porcentaje de satisfacción fue en la mayoría de las categorías menor del 10.0%. Se debe llamar la atención que ninguno(a) de lo(a)s niño(a)s ingresado(a)s que evolucionaba con un SPO de 5 (o más) días fue apoyado nutricionalmente.

La Tabla 3 muestra el estado corriente del uso de técnicas de Nutrición artificial (Enteral/ Parenteral), como se documentó después de conducida la ENH en el centro. Las medianas de los porcentajes de enfermos en cada categoría que recibieron cualquiera de los 2 modos de Nutrición artificial fue como sigue: Nutrición enteral: 3.4% [rango: 0.0 – 100.0%] vs. Nutrición parenteral: 1.4% [rango: 0.0 – 6.3%]. Las diferencias observadas no alcanzaron fuerza estadística ($p < 0.05$; test de Mann–Whitney–Wilcoxon para diferencias entre las medianas de poblaciones independientes). Desde cualquier punto de vista, las tasas de utilización de la Nutrición artificial fueron insuficientes.

La distribución del uso de las técnicas de Nutrición artificial según el servicio de la institución fue como sigue: Cirugía Maxilofacial (33.3%); Cuidados críticos/progresivos (28.6%); Cirugía General (16.7%); Nefrología (9.1%); y Gastroenterología (5.4%).

Características de los esquemas administrados de Nutrición enteral.

Se identificaron 4 niño(a)s en la base de datos del estudio presente que estuvieron sujetos a Nutrición enteral (NE) en algún

momento de la hospitalización. La edad promedio fue de 6.0 ± 3.6 años. Los niño(a)s se distribuyeron homogénea-mente según el sexo, el Servicio de pertenencia: Gastroenterología, Cuidados críticos, Cirugía General, y Nefrología; y el problema principal de salud: CH descompensada, Estenosis esofágica cáustica, Coma medicamentoso, y Meningoencefalitis. La estadía hospitalaria promedio en esta subserie fue de 48.3 ± 59.8 días [Mediana: 29; Rango: 1 – 134 días]. La solución de la enfermedad fue como sigue: No quirúrgica: 3 [75.0%]; Quirúrgica programada: 1 [25.0%].

La duración promedio del esquema de NE fue de 10.0 ± 6.0 días [Mediana: 12.5; Rango: 1 – 14 días]. Tres [75.0% del tamaño de la subserie] de los niño(a)s continuaban sujetos a NE en el momento de la encuesta, y acumulaban 9.3 ± 7.2 días de apoyo nutricional. Los niño(a)s se distribuyeron homogénea-mente según el tipo empleado de acceso enteral: Sonda nasogástrica, Gastrostomía laparotómica. Todos recibieron nutrientes poliméricos

Características de los esquemas administrados de Nutrición parenteral.

Se identificaron 3 niño(a)s en la base de datos del estudio que estuvieron sujetos a Nutrición parenteral (NP) en algún momento de la hospitalización. Predominaron las niñas. La edad promedio fue de 14.0 ± 4.3 años. Los niño(a)s se distribuyeron homogéneamente según el Servicio de pertenencia: Gastroenterología, Cuidados críticos, y Cirugía maxilofacial; y el problema principal de salud: Tumor maligno de parótida, Estenosis traqueal post-intubación endotraqueal, y Meningoencefalitis. Se había completado un proceder quirúrgico en 2 de los enfermos encuestados. La estadía hospitalaria

promedio fue de 19.0 ± 22.7 días [Mediana: 9; Rango: 3 – 45 días].

La duración promedio del esquema NP fue de 7.0 ± 8.7 días [Mediana: 3; Rango: 1 – 17 días]. El esquema NP se retiró en 2 [66.7% del tamaño de la subserie] de estos niño(a)s, después de 10.0 ± 9.9 días de administración [Rango: 3 – 17 días]. En todos los casos se empleó un catéter de una sola luz para la infusión de los nutrientes, instalado en el lecho subclavio. Dos de los niño(a)s recibieron soluciones de Dextrosa exclusivamente. Hay que hacer notar que estos fueron los enfermos en los que se completó el proceder quirúrgico, y la composición del esquema NP respondió a los fines del apoyo nutricional perioperatorio con soluciones de Dextrosa de baja osmolaridad mientras se rehabilitaba la vía oral. El niño restante recibió una bolsa magistral, compuesta en el Centro de Mezclas parenterales del Servicio de Farmacia de un hospital pediátrico de la ciudad-capital, con las cantidades estimadas de los 3 macronutrientes, además de micronutrientes seleccionados. Este niño también se benefició de un esquema concurrente de NE debido a la enfermedad de base.

DISCUSIÓN

El presente artículo es el tercero (y en consecuencia, el último) de una trilogía que ha servido para exponer, por primera vez, un diagnóstico integral y sistemático del estado de la desnutrición hospitalaria en el Hospital Pediátrico “William Soler”, una vez completada la EDHP. Se debe hacer notar que la EDHP representa el primer esfuerzo estructurado y concertado de profesionales y especialistas integrados en el GCEDH Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición hospitalaria orientado a explorar, en todas las ramificaciones posibles, la magnitud e

influencia de la desnutrición observada en las instituciones pediátricas del país.^{1,2}

La indagación sobre el estado de los procesos de provisión de cuidados nutricionales ha servido también para obtener una visión íntima de cómo operan los GBT Grupos básicos de trabajo de la institución en lo que toca al diagnóstico del estado nutricional del(la) niño(a) hospitalizado(a), y la adopción de medidas de repleción nutricional en aquello(a)s necesitado(a)s. En condición de tal, la EDHP constituye el complemento natural de estudios similares realizados en el pasado reciente en hospitales verticalizados en la atención de adultos.^{3,21}

Los hallazgos de la EDHP permiten afirmar que la tercera parte de lo(a)s niños y niñas ingresado(a)s en el centro en el momento de la encuesta estaba desnutrida. Sin embargo, la DEN Desnutrición energético-nutricional apareció registrada como un diagnóstico independiente en menos del 3.0% de las HC revisadas; mientras que en menos de la mitad de ellas se había completado un ejercicio de evaluación nutricional. Los analitos de interés nutricional, como la Albúmina sérica y el CTL Conteo de Linfocitos, solo se determinaron en menos de la tercera parte de los enfermos encuestados. Si bien el tamaño de los subgrupos necesitados de apoyo nutricional fue pequeño, e importó poco más de la décima parte de los enfermos ingresados, fue contraproducente constatar que poco menos del 5.0% de ellos recibió algún tipo de terapia nutricional artificial (sea éste enteral/ parenteral). Estos resultados son aún más desconcertantes, habida cuenta de que en la institución encuestada opera un GAN Grupo de Apoyo Nutricional desde el año 2004, y que ha acumulado resultados significativos en la conducción de un PRINUMA Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica de alcance hospitalario. Pareciera entonces que el estado actual de

las cosas negara el impacto que ha tenido el GAN local en el diagnóstico y tratamiento de la desnutrición hospitalaria.

Hay que dejar establecido que ésta es la primera indagación de tal tipo que se ha podido completar en el hospital, y que probablemente el estado de las cosas en el momento de la inceptión del GAN, 5 años atrás, fuera diferente del actual, y que la situación expuesta en el presente trabajo refleje en realidad los primeros resultados de la actuación del Grupo. En tal sentido, la observación de que todos los niños fueron tallados y pesados no solo al ingreso, sino también en algún momento de la estadía hospitalaria, se convierte en un tanto a favor de la actuación del GAN local.

Las bajas cifras de completamiento de los procesos de indagación nutricional bioquímica podrían reflejar, no tanto el desconocimiento de los GBT acerca de la utilidad de estos marcadores, como la disponibilidad de los insumos necesarios para la realización de tales determinaciones, de acuerdo con sugerencias previas.²² En aras de sustanciar esta hipótesis, se debería explorar el estado actual de la disponibilidad de los insumos para el completamiento de estos procesos diagnósticos, y las políticas institucionales para la asignación de prioridades en cuanto al acceso y la determinación de Albúmina sérica y el Conteo del número total de Linfocitos.

El estado de la implementación de regímenes de Nutrición artificial/Apoyo nutricional/ Repleción nutricional entre lo(a)s niño(a)s encuestado(a)s pudiera revelar una dinámica mucho más compleja que la mostrada por las cifras corrientes. El perfil demográfico/ clínico/administrativo de los niño(a)s encuestado(a)s ha revelado que la morbilidad institucional está determinada mayormente por enfermos crónicos, que, o bien consumen largas estadías hospitalarias, o aguardan por la conducción de procedimientos diagnósticos/ quirúrgicos con un importante componente tecnológico incorporado; o que

ingresan por la descompensación aguda de la enfermedad de base, y que una vez resuelto el problema que motivó el ingreso, son devueltos a la comunidad de pertenencia.^{1,2} Ello introduciría tensiones adicionales en el estado actual de la provisión de cuidados nutricionales al(la) niño(a) ingresado(a). Se ha avanzado que la implementación y conducción de esquemas domiciliarios de apoyo nutricional, como una extensión del GAN hospitalario, podría ser una solución que resulte en tasas incrementadas de satisfacción de las necesidades presentes de apoyo nutricional/repleción nutricional.²³

El examen del estado de la suplementación nutricional también pudiera servir para ofrecer otra visión del estado de la provisión de cuidados nutricionales. En un entorno hospitalario cualquiera predominarían los niños y niñas en los que la figura dietética/ dietoterapéutica prescrita no alcanzaría para satisfacer las necesidades nutrimentales diarias, debido a la concurrencia de síntomas de la enfermedad de base y/o sus complicaciones, como el dolor abdominal o la anorexia.⁵ Puede que el estado nutricional de tales niño(a)s no esté todavía deteriorado, o si lo está, los trastornos nutricionales presentes son de naturaleza leve. En tales casos, la suplementación nutricional podría convertirse en una medida terapéutica que garantice, por un lado, la satisfacción de los requerimientos de los nutrientes necesarios para garantizar tanto la respuesta adecuada a la actitud médico-quirúrgica como la continuidad de los procesos de crecimiento y desarrollo, y por el otro, impedir la progresión del deterioro nutricional.^{5,24-25} Sin embargo, en este estudio se pudo comprobar que la suplementación nutricional en lo(a)s niño(a)s en riesgo de desnutrición era un recurso terapéutico en desuso, a juzgar de las tasas corrientes de satisfacción.

Las causas de la pobre utilización de la suplementación nutricional escapan del marco teórico-programático de la EDHP.

Podría hipotetizarse que la disponibilidad de nutrientes enterales para esto(a)s niño(a)s es insuficiente para cubrir al menos la mitad más uno de aquellos necesitados de esta acción intervencionista, o tal vez, los GBT no realizan el beneficio potencial de intervenir nutricionalmente en esto(a)s niño(a)s antes de que aparezcan signos de desmedro nutricional. El corolario de esta hipótesis podría ser que la desnutrición hospitalaria se trata cuando ya se ha hecho patente, con tecnologías costosas que rinden dividendos dudosos, antes de actuar en los estadios tempranos de instalación de la misma, con recursos más costo-efectivos.

CONCLUSIONES

El estado actual de la calidad de la provisión de cuidados nutricionales al (la) niño(a) ingresado(a) en el Hospital Pediátrico “William Soler” ha revelado el impacto de la actuación del GAN institucional en los últimos 5 años. Se ha logrado que todo(a)s los niño(a)s sean tallados y pesados regularmente, a lo largo del internamiento hospitalario. Sin embargo, todavía quedan aspectos de la provisión local de cuidados nutricionales que deben ser enfrentados y resueltos, como la documentación de la DEN en la historia clínica como un problema independiente de salud, y la identificación y asistencia de enfermos necesitados de apoyo nutricional. El GBT debe realizar la importancia de intervenir en los estadios iniciales de instalación de la DEN con recursos costos-efectivos, a fin de maximizar la respuesta al tratamiento médico-quirúrgico.

SUMMARY

The current state of the provision of nutritional care to 240 boys and girls admitted to the “William Soler” Pediatric Hospital (La Habana, Cuba) as documented by the HNS Hospital Nutrition Survey conducted throughout January

2007 is presented in this article. Hospital malnutrition frequency amounted to 30.0%, but malnutrition was entered as an independent diagnosis in just 2.9% of the reviewed clinical charts. Nutritional assessment exercise on admission was completed in less than half of the patients. Basal serum Albumin values were measured in less than one-fifth of those surveyed, whereas initial Lymphocytes counts were carried out in less than one-third of them. Compliance rates for these two indicators among patients with 15 (or more) days of hospitalization were even lower. However, the child was measured and weighted on admission, and patients with 15 (or more) days of stay were prospectively weighted. Although 12.5% of surveyed children (median of frequencies observed in 10 different categories; range: 1.3 – 86.7%) fulfilled an indication for nutritional intervention, Artificial (Enteral/Parenteral) nutrition therapies were administered to only 4.8% of them. It should be noticed that patients on Nil Per Oris were subjected to nutritional intervention, notwithstanding the fact they represented just 1.3% of the sample size. None of the patients with 5 (or more) days of a major surgery were receiving nutritional support of any kind. Hospital malnutrition is an institutional health problem that medical assistance teams fail to identify, treat, and ultimately prevent. Nutritional and metabolic intervention programs are urgently needed emphasizing re-education of the different actors involved in the provision of nutritional care in order for them to assume, and satisfactorily perform, their expected duties within this process, and thus, preserving the genetically determined growth and development rates of the sick child. Alfonso Novo L, Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición hospitalaria. State of the quality of nutritional care at the Pediatric Hospital “William Soler”, Havana City. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19(1):47-55. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Hospital malnutrition / Quality / Quality control / Quality assessment / Nutritional assessment / Nutritional support / Artificial nutrition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfonso Novo L, Santana Porbén S; para el Grupo cubano de Estudio de la Desnutrición hospitalaria. Estado nutricional de los niños ingresados en un hospital pediátrico de La Habana. I. Edades entre 0 y 2 años. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2008;18:14-31.
2. Alfonso Novo L, Santana Porbén S; para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. Estado nutricional de los niños ingresados en un hospital pediátrico de la habana. II. Edades entre 2 y 19 años. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2008;18:148-65.
3. Santana Porbén S, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of provision of nutritional care to hospitalized patients. Results from the ELAN-CUBA Study. Clinical Nutrition 2006;25:1015-29.
4. Correia MITD, Campos ACL. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN Study. Nutrition 2003;19:823-5.
5. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Solomon A-S, Colomb V, Brusset M-C, Mosser F, Berrier F; *et al.* Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. Am J Clin Nutr 2000;72:64-70.
6. Grupo de Apoyo Nutricional. PNO 3.001.00. Encuesta de Nutrición Hospitalaria. Manual de Procedimientos. Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Segunda Edición. Ciudad Habana: 2001.
7. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. Nutrition Today 1974;9:4-8. Reimpreso más tarde en: Nutrition 1994;10:435-41; y Nutr Hosp (España) 2005;20:298-309.
8. Geibig CB, Mirtallo JM, Owens J. Quality assurance for a nutritional support service. Nutr Clin Pract 1991;6:147-50.
9. Skipper A. Collecting data for clinical indicators. Nutr Clin Pract 1991;6:156-8.
10. Santana Porbén S, Barreto Penié J, Martínez González C. Control y aseguramiento de la calidad de las medidas de intervención alimentaria y nutrimental. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2000;14:141-9.
11. Santana Porbén S, Barreto Penié J, Martínez González C, Espinosa Borrás A, Morales Hernández L. Control y seguimiento de la calidad en la intervención nutricional. Acta Médica del Hospital "Hermanos Ameijeiras" 2003;11:113-30.
12. Board of Directors. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. J Parenter Enteral Nutr 1993;17:S1-S52.
13. Malnutrition Advisory Group (MAG). MAG guidelines for detection and management of malnutrition. Redditch, UK: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition; 2000.
14. Kondrup J, Allison SP, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutritional screening. Clin Nutr 2003;22:415-21.
15. Grupo NADYA-SENPE. Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria. Procedimientos Educativos y Terapéuticos. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral; 1996. pp. 7.
16. Secretaría de Vigilancia Sanitaria. Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil. Reglamento técnico para establecer los requisitos mínimos exigidos para la terapia nutricional parenteral. Resolución No. 272 del 8 de Abril de 1998. Diario Oficial de la Unión del 23 de Abril de 1998, pp. 78.

17. Secretaría de Vigilancia Sanitaria. Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil. Reglamento técnico para establecer los requisitos mínimos exigidos para la terapia nutricional enteral. Resolución No 337 del 14 de Abril de 1999. Diario Oficial de la Unión del 7 de Julio del 2000, 2000. pp. 89.
18. Comité de Normas y Acreditaciones. Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral. Guía de práctica clínica de Nutrición Parenteral Domiciliaria. RNC Revista de Nutrición Clínica 2001;10(Suppl): S6–S17.
19. Comité de Normas y Acreditaciones. Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral. Guía de práctica clínica de Nutrición Enteral Domiciliaria. RNC Revista de Nutrición Clínica 2001;10(Suppl): S18–S36.
20. Santana Porbén S, Barreto Penié J, González Pérez TL. Manual de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica para hospitales pediátricos. Ciudad Habana: Ediciones PalcoGraf. Primera Edición; 2000.
21. Barreto Penié J, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. State of malnutrition in Cuban hospitals. Nutrition 2005;21:487–97.
22. Rodríguez Fernández AL, Barreto Penié J, Santana Porbén, Llanes Céspedes R. Evaluación nutricional prequirúrgica de niños atendidos en el Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". Rev Cubana Pediatr [on line] 2003;75(3):130-3 [citada el 3 de Agosto del 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol75_3_03/ped01303.htm. ISSN 0034-7531.
23. Puntis JW. Nutritional support at home and in the community. Arch Dis Child 2001;84:295-8.
24. Sala A, Wade L, Barr RD. Nutritional support for children with cancer. Indian J Pediatr 2003;70:813-6.
25. More J. Don't forget the undernourished children in our midst. J Fam Health Care 2008;18:159-60.
26. Rocha GA, Rocha EJ, Martins CV. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. J Pediatr (Rio de Janeiro) 2006;82: 70-4.
27. De Moraes Silveira CR, De Mello ED, Antonacci Carvalho PR. Evolution of nutritional status of pediatric in patients of a tertiary care general hospital in Brazil. Nutrición Hospitalaria (España) 2008;23:599-606.
28. Oztürk Y, Büyükgebiz B, Arslan N, Ellidokuz H. Effects of hospital stay on nutritional anthropometric data in Turkish children. J Trop Pediatr 2003;49:189-90.
29. Campanozzi A, Russo M, Catucci A, Rutigliano I, Canestrino G, Giardino I, Romondia A, Pettoello-Mantovani M. Hospital-acquired malnutrition in children with mild clinical conditions. Nutrition 2009;25:540-7.
30. Sarni RO, Carvalho MF, do Monte CM, Albuquerque ZP, Souza FI. Anthropometric evaluation, risk factors for malnutrition, and nutritional therapy for children in teaching hospitals in Brazil. J Pediatr (Rio de Janeiro) 2009;85:223-8.
31. Antwi S. Malnutrition: missed opportunities for diagnosis. Ghana Med J 2008; 42:101-4.
32. Marteletti O, Caldari D, Guimber D, Mention K, Michaud L, Gottrand F. Malnutrition screening in hospitalized children: influence of the hospital unit on its management. Arch Pediatr 2005;12:1226-31.
33. Gibbons T, Fuchs GJ. Malnutrition: a hidden problem in hospitalized children. Clin Pediatr (Philadelphia) 2009;48:356-61.

34. Santana Porbén S. Evaluación bioquímica del estado nutricional del paciente hospitalizado. *Nutrición Clínica (México)* 2003;6:293-311.
35. Dramaix M, Hennart P, Brasseur D, Bahwere P, Mudjene O, Tonglet R, Donnen P, Smets R. Serum albumin concentration, arm circumference, and oedema and subsequent risk of dying in children in central Africa. *BMJ Brit Med J* 1993;307:710-3.
36. Erinoso HO, Akinbami FO, Akinyinka OO. Prognostic factors in severely malnourished hospitalized Nigerian children. Anthropometric and biochemical factors. *Trop Geogr Med* 1993;45:290-3.
37. Pressac M, Vignoli L, Aymard P, Ingenbleek Y. Usefulness of a prognostic inflammatory and nutritional index in pediatric clinical practice. *Clin Chim Acta* 1990;188:129-36.
38. Myron Johnson A, Merlini G, Sheldon J, Ichihara K; for the Scientific Division Committee on Plasma Proteins (C-PP), International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC). Clinical indications for plasma protein assays: transthyretin (prealbumin) in inflammation and malnutrition. *Clin Chem Lab Med* 2007;45:419-26.
39. Horowitz IN, Tai K. Hypoalbuminemia in critically ill children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1048-52.
40. Hulst JM, van Goudoever JB, Zimmermann LJ, Tibboel D, Joosten KF. The role of initial monitoring of routine biochemical nutritional markers in critically ill children. *J Nutr Biochem* 2006;17:57-62.
41. Leite HP, Fisberg M, de Carvalho WB, de Camargo Carvalho AC. Serum albumin and clinical outcome in pediatric cardiac surgery. *Nutrition* 2005;21:553-8.
42. Berezné A, Bono W, Guillevin L, Mouthon L. Diagnosis of lymphocytopenia. *Presse Med* 2006;35(5 Pt 2):895-902.
43. Adamski JK, Arkwright PD, Will AM, Patel L. Transient lymphopenia in acutely unwell young infants. *Arch Dis Child* 2002;86:200-1.
44. Grossbard LJ, Desai MH, Lemeshow S, Teres D. Lymphocytopenia in the surgical intensive care unit patient. *Am Surg* 1984;50:209-12.
45. Hankard R, Bloch J, Martin P, Randrianasolo H, Bannier MF, Machinot S, Cézard JP. Nutritional status and risk in hospitalized children. *Arch Pediatr* 2001;8: 1203-8.
46. Houlston A, Buttery E, Powell B. Cook to order: meeting the nutritional needs of children with cancer in hospital. *Paediatr Nurs* 2009;21:25-7.
47. Kilpinen-Loisa P, Pihko H, Vesander U, Paganus A, Ritanen U, Mäkitie O. Insufficient energy and nutrient intake in children with motor disability. *Acta Paediatr* 2009;98:1329-33.
48. Eriksson LI, Sandin R. Fasting guidelines in different countries. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996;40(8 Pt 2): 971-4.
49. Ramírez-Mora J, Moyao-García D, Nava-Ocampo AA. Attitudes of Mexican anesthesiologists to indicate preoperative fasting periods: A cross-sectional survey. *BMC Anesthesiol* 2002;2:3.
50. Cook-Sather SD, Litman RS. Modern fasting guidelines in children. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2006;20:471-81.
51. Rogers EJ, Gilbertson HR, Heine RG, Henning R. Barriers to adequate nutrition in critically ill children. *Nutrition* 2003;19:865-8.
52. Axelrod D, Kazmerski K, Iyer K. Pediatric enteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2006;30(1 Suppl):S21-6.

53. Anderson JB, Beekman RH 3rd, Border WL, Kalkwarf HJ, Khoury PR, Uzark K, Eghtesady P, Marino BS. Lower weight-for-age z score adversely affects hospital length of stay after the bidirectional Glenn procedure in 100 infants with a single ventricle. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;138(2):397-404.
54. Briassoulis G, Zavras N, Hatzis T. Malnutrition, nutritional indices, and early enteral feeding in critically ill children. *Nutrition* 2001;17:548-57.
55. Goulet O. Nutritional support in malnourished paediatric patients. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1998;12:843-76.
56. Deswarte-Wallace J; Firouzbakhsh S; Finklestein JZ. Using research to change practice: enteral feedings for pediatric oncology patients. *J Pediatr Oncol Nurs* 2001; 18:217-23.
57. den Broeder E, Lippens RJ, van't Hof MA, Tolboom JJ, van Staveren WA, Hofman Z, Sengers RC. Effects of nasogastric tube feeding on the nutritional status of children with cancer. *Eur J Clin Nutr* 1998;52:494-500.
58. Amii LA, Moss RL. Nutritional support of the pediatric surgical patient. *Curr Opin Pediatr* 1999;11:237-40.
59. Huhmann MB, August DA. Nutrition support in surgical oncology. *Nutr Clin Pract* 2009;24:520-6.
60. Koretz RL, Avenell A, Lipman TO, Braunschweig CL, Milne AC. Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials. *Am J Gastroenterol* 2007;102: 412-29.
61. Ekingen G, Ceran C, Guvenc BH, Tuzlaci A, Kahraman H. Early enteral feeding in newborn surgical patients. *Nutrition* 2005;21:142-6.
62. Hulst JM, Joosten KF, Tibboel D, van Goudoever JB. Causes and consequences of inadequate substrate supply to pediatric ICU patients. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006;9:297-303.
63. de Neef M, Geukers VG, Dral A, Lindeboom R, Sauerwein HP, Bos AP. Nutritional goals, prescription and delivery in a pediatric intensive care unit. *Clin Nutr* 2008; 27:65-71.
64. Falbo AR, Alves JG, Batista Filho M, de Fátima Costa Caminha M, Cabral-Filho JE. Decline in hospital mortality rate after the use of the World Health Organization protocol for management of severe malnutrition. *Trop Doct* 2009; 39:71-2.
65. Slicker J, Vermilyea S. Pediatric parenteral nutrition: putting the microscope on macronutrients and micronutrients. *Nutr Clin Pract* 2009; 24:481-6.

ANEXOS

Anexo 1. Estándares, indicadores y especificaciones de calidad empleado(a)s en el presente estudio.

Estándar	Indicador	Especificación
Estándar 1. Respecto de la evaluación nutricional del enfermo hospitalizado:		
• Deben existir balanzas con tallímetros incorporados a menos de 50 metros de la cama del enfermo. ²⁵	Número de veces en las que una balanza con tallímetro incorporado estaba a menos de 50 metros de la cama del enfermo	100.0
• El enfermo debe ser tallado y pesado en el momento del ingreso. ²⁶⁻²⁸	Número de enfermos con los valores de Talla y Peso anotados en el momento del ingreso	≥ 95.0
• El enfermo debe ser tallado y pesado en el momento del egreso. ²⁶⁻²⁹	Número de enfermos con los valores de Talla y Peso anotados en el momento del egreso	≥ 95.0
• Debe conducirse un ejercicio formal de evaluación del estado nutricional del enfermo dentro de las primeras 72 horas del ingreso, y los resultados anotados en la Historia clínica. ³⁰⁻³²	Número de Historias clínicas que tienen anotadas los resultados de un ejercicio formal de evaluación nutricional dentro de las primeras 72 horas del ingreso	≥ 95.0
• <i>Si está presente:</i> El diagnóstico de desnutrición debe anotarse en la Historia clínica dentro de las primeras 72 horas del ingreso. ³⁰⁻³³	Número de Historias clínicas que tienen anotado el diagnóstico de desnutrición, en caso de que el paciente esté desnutrido, dentro de las primeras 72 horas del ingreso	≥ 95.0
• Los valores basales (al ingreso) de la Albúmina sérica deben estar anotados en la Historia clínica dentro de las primeras 72 horas del ingreso. ^{22,34-41}	Número de Historias clínicas con los valores basales (al ingreso) anotados de la Albúmina sérica	≥ 95.0
• Los conteos basales (al ingreso) de Linfocitos deben estar anotados en la Historia clínica dentro de las primeras 72 horas del ingreso. ^{25,42-44}	Número de Historias clínicas con los conteos basales (al ingreso) anotados de Linfocitos	≥ 95.0
• <i>En todo enfermo con 15 (o más) días de hospitalización:</i> Los valores de la Talla y el Peso deben ser medidos regularmente, y anotados en la Historia clínica. Se recomienda una frecuencia semanal. ²⁶⁻²⁹	Número de enfermos con 15 (o más) días de hospitalización que tienen anotados uno (o más) valores prospectivos de la Talla y el Peso	≥ 95.0
• <i>En todo paciente con 15 (o más) días de hospitalización:</i> La Albúmina sérica debe ensayarse regularmente, y los valores anotarse en la Historia clínica. Se recomienda una frecuencia quincenal. ^{34,38,41}	Número de enfermos con 15 (o más) días de hospitalización que tienen anotados uno (o más) valores prospectivos de Albúmina sérica	≥ 95.0

Anexo 1. Estándares, indicadores y especificaciones de calidad empleado(a)s en el presente estudio (Continuación).

Estándar	Indicador	Especificación
<ul style="list-style-type: none"> • <i>En todo paciente con 15 (o más) días de hospitalización:</i> Los Conteos de Linfocitos deben obtenerse regularmente, y anotarse en la Historia clínica. Se recomienda una frecuencia quincenal.^{34,42,44} 	Número de enfermos con 15 (o más) días de hospitalización que tienen anotados uno (o más) Conteos prospectivos de Linfocitos	≥ 95.0
Estándar 2. Respecto de la prescripción dietética hospitalaria:		
<ul style="list-style-type: none"> • La dieta prescrita al enfermo debe estar en correspondencia con el problema principal de salud, y ser capaz de satisfacer los requerimientos nutricionales que puedan estar incrementados por situaciones concurrentes de estrés metabólico.⁴⁵⁻⁴⁶ 	Número de enfermos con una prescripción dietética correcta, a los efectos de la textura y consistencia de los alimentos, y la pertinencia de restringir el aporte de uno u otro nutriente	≥ 95.0
Estándar 3. Respecto del uso de suplementos dietéticos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Aquellos enfermos no desnutridos que requieren de suplementación dietética para satisfacer sus necesidades nutrimentales deben ser identificados y tratados.^{5,24-25,47} 	Número de enfermos con riesgo ausente/leve de desnutrición que reciben suplementación dietética para satisfacer sus necesidades nutrimentales	≥ 95.0
	Número de enfermos con indicadores antropométricos preservados que reciben suplementación dietética para satisfacer sus necesidades nutrimentales	≥ 95.0
	Número de enfermos con ingresos alimentarios disminuidos que reciben suplementación dietética para satisfacer sus necesidades nutrimentales	≥ 95.0
Estándar 4. Respecto de la necesidad de intervención nutricional: Deben identificarse y tratarse aquellos enfermos en los que se hace necesaria la intervención nutricional debido a la condición médico quirúrgica actual:		
<ul style="list-style-type: none"> • Vía oral suspendida.⁴⁸⁻⁵⁰ 	Número de enfermos con la vía oral suspendida en el momento de la encuesta que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuno involuntario durante 5 (o más) días.⁵¹ 	Número de enfermos que acumulan 5 (o más) días de ayuno que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso igual/mayor del 5%.⁵² 	Número de enfermos con una pérdida de peso igual/mayor del 5% que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Estancia hospitalaria igual/mayor de 15 días.^{29,53} 	Número de enfermos con una estancia hospitalaria igual/mayor de 15 días que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0

Anexo 1. Estándares, indicadores y especificaciones de calidad empleado(a)s en el presente estudio (Continuación).

Estándar	Indicador	Especificación
<ul style="list-style-type: none"> • Requerimientos nutricionales incrementados debido a la condición corriente de salud: Sepsis.^{51-52,54-55} 	Número de enfermos con un diagnóstico de sepsis que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Requerimientos nutricionales incrementados debido a la condición corriente de salud: Cáncer.^{24,56-57} 	Número de enfermos con un diagnóstico de cáncer que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Estado post-operatorio de 5 (o más) días.⁵⁸⁻⁶¹ 	Número de enfermos con 5 (o más) días de un proceder quirúrgico importante que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermos con necesidades nutrimentales especiales: Insuficiencia orgánica crónica.^{51,54,60,62-63} 	Número de enfermos con un diagnóstico de enfermedad orgánica crónica (cardíaca/renal/hepática/pulmonar) que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Afectación de los indicadores antropométricos.^{52,60,64-65} 	Número de enfermos con afectación de los indicadores antropométricos del estado nutricional que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de riesgo moderado/grave de desnutrición.⁵⁻²⁵ 	Número de enfermos con riesgo moderado/grave de desarrollo de trastornos nutricionales que tienen instalados esquemas de apoyo nutricional	≥ 95.0