

Artículo especial

Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria

A. García de Lorenzo, J. Álvarez, M. V. Calvo, J. I. de Ulíbarri, J. del Río, C. Galbán, P. P. García Luna, P. García Peris, F. La Roche, M. León, M. Planas, A. Pérez de la Cruz, C. Sánchez y J. L. Villalobos

La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente de aumento de la morbi-mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo afectando de forma muy especial a un colectivo concreto como es el de los pacientes hospitalizados, donde la incapacidad de ingesta y la enfermedad son comunes, tomando entidad propia bajo la denominación de desnutrición hospitalaria.

La desnutrición afecta al 30-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades tanto por causas quirúrgicas como médicas aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria.

Merece destacarse que, desde los primeros estudios publicados sobre prevalencia de desnutrición hospitalaria hasta los estudios más recientes, los porcentajes de pacientes hospitalizados desnutridos no han variado sustancialmente apuntando como causas de esta desnutrición cabe destacar la enfermedad, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el escaso énfasis concedido al estado nutricional en la historia clínica y por ende en los sistemas de codificación, en muchos casos debido al desconocimiento generalizado que existe sobre este problema con el consiguiente fallo en la detección y empeoramiento de la desnutrición durante la estancia hospitalaria.

Es importante identificar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado. Para ello son necesarios sistemas informatizados de detección o cribaje de población (tanto al ingreso como durante la estancia hospitalaria) que actúen como alarmas. Estas herramientas deben de ser aplicables en la mayoría de los hospitales, y tener capacidad de aportar datos reproductibles, significativos y fiables

para predecir los resultados de otros métodos más sofisticados. Estos métodos de cribaje deberán ser utilizados de rutina para poder efectuar una buena codificación y resaltar el peso de la desnutrición y del soporte nutricional en los GRDs. Consideramos que para desarrollar este punto es mandatorio establecer un nexo de unión o grupo de trabajo entre la SENPE y la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM).

Definición de las herramientas para el diagnóstico de la desnutrición hospitalaria

1. Es necesario realizar un cribaje nutricional de todos los pacientes a su ingreso hospitalario y ocasionalmente en el preingreso, para determinar su situación de riesgo nutricional.
 - El cribaje debe de ser sencillo y aplicable por personal no especializado, y se utilizará para identificar a los pacientes con riesgo nutricional tanto al ingreso como durante su estancia hospitalaria. Por ello, todos los pacientes deberán ser reevaluados a lo largo de la evolución.
 - Elección del método de cribaje: El método de cribaje elegido debe ser evaluado a nivel de validez predictiva, validez de contenido y variación interobservador. Entre sus características, deben destacar:
 - Facilidad de aplicación.
 - Facilidad de comprensión.
 - Aceptabilidad por paciente y profesionales sanitarios.
 - Relación con el plan de tratamiento.
 - Aplicable a todos los pacientes.
 - El cribaje debe incluir parámetros clínicos y analíticos:
 - Dentro de los parámetros clínicos deben estar contemplados:
 - * Edad

Correspondencia: A. García de Lorenzo
Nuria, 80 A
28034 Madrid
E-mail: agdl@telefonica.net

Recibido: 21-XII-2004.
Aceptado: 7-I-2005.

- * IMC¹.
 - * Pérdida de peso en los últimos meses.
 - * Ingesta alimentaria.
- Dentro de los parámetros analíticos se considera recomendable disponer (por orden de prioridad) de:
- * Albúmina.
 - * Linfocitos totales.
 - * Colesterol total.
2. Puede ser de utilidad obtener los datos a través de un sistema informático².
 3. El cribaje debe también contemplar las demandas nutricionales asociadas a:
 - La patología del paciente que motiva el ingreso.
 - Su estado nutricional anterior y en el momento del ingreso.
 - Su capacidad para tomar alimentos.
 Al resultado final del cribaje se dará formato de informe de riesgo nutricional para información y conocimiento del clínico responsable del paciente así como para constancia documental en la historia clínica.
 4. El cribaje se repetirá periódicamente a lo largo de la evolución hospitalaria del paciente y, si se detecta malnutrición, la globalidad de los resultados debe de ser evaluada por las unidades de nutrición o el equipo de soporte nutricional.
 5. Finalmente:
 - Es fundamental educar a todo el personal sanitario en aras de obtener su colaboración.
 - La puesta en marcha de este método evidencia la necesidad de reevaluar la dotación de personal de las unidades de nutrición o equipos de nutrición.
 - Se recomienda el empleo de sistemas de cribaje específicos para la edad pediátrica.

Diagnóstico y GRDs

1. Los sistemas de información hospitalaria constituyen herramientas fundamentales de gestión clínica.
 - Aunque las directrices europeas marcan una línea de intervención nutricional en la que gestores, clínicos y servicios generales deben estar implicados, la desnutrición no está bien reflejada en los sistemas de información, lo que

¹ En caso de no ser posible pesar, tallar o conocer la pérdida de peso, se recurrirá a otras determinaciones de segmentos corporales (CMB, rodilla-talón, longitud del cúbito...). Caso de que todo ello sea imposible, el IMC puede estimarse a través del aspecto del enfermo: normal, sobrepeso, caquexia.

² Dado el valor predictivo positivo de los sistemas informáticos presentados en este II Foro, allí donde sea posible su aplicación y sin embargo no se pueden obtener los datos clínicos antes referidos, se procurará incluir estos últimos en aquellos pacientes que den positivo al chequeo analítico de desnutrición, a fin de completar su valoración nutricional.

conlleva su infra-notificación en los servicios hospitalarios (SSHH) actuales.

- Por otra parte, tampoco el impacto de la intervención nutricional está suficientemente reflejada en los sistemas de información, lo que también implica su infra-notificación en los SSHH actuales.
 - Los gestores y facultativos no expertos en nutrición desconocen los aspectos relacionados con la desnutrición. Existe un gasto oculto y una herramienta de mejora ignorada.
 - Existen evidencias de que el diagnóstico de desnutrición e intervención nutricional son coste-efectivos. Es por ello que sería conveniente elaborar un catálogo de prestaciones nutricionales disponibles en todos los centros hospitalarios de acuerdo con su nivel asistencial.
2. El personal sanitario de las Unidades o Equipos de Nutrición debe estar implicado en la microgestión hospitalaria y desde ellas se debe pedir a los clínicos de los servicios finales la inclusión en el informe de alta de la información sobre el diagnóstico de desnutrición y los procedimientos de soporte nutricional (Nutrición Parenteral; Nutrición Enteral; Suplementos; Nutrición Complementaria; Valoración Nutricional; Asistencia Unidad de Nutrición...) que ha recibido el enfermo. Para ello se debe solicitar al Servicio de Documentación la creación de una cartera de servicios para las actuaciones de la Unidad o Equipo de Nutrición. En cualquier caso hay que considerar el valor documental de los Informes de Riesgo Nutricional obtenidos por la Unidad o Equipo de Nutrición como resultado de la aplicación del cribaje al ingreso descrito anteriormente; así como de los Informes de Caso Nutricional emitidos al finalizar los tratamientos con soporte nutricional de NP y NE.
 3. Oportunidad de mejora: De acuerdo con las *Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa (Resolución ResAP(2003)3 sobre alimentación y asistencia nutricional en los hospitales*; se pueden detectar numerosos campos donde actuar e introducir mejoras:
 - Pronóstico de los pacientes: morbi-mortalidad. Detección de la intervención.
 - Calidad global y procesos.
 - Disminución de las estancias.
 - Disminución de los costes.
 - Cabida para nuevos procesos.
 - Valoración de la hospitalización.
 - Implicación de:
 - Clínicos.
 - Responsables del cuidado nutricional.
 - Unidades de codificación.
 - Dirección médica.
 - Gerencia.

- Sistemas de Información.
 - Formación y Comunicación.
4. No podemos olvidar que la financiación de nuestros hospitales está influida por los datos recogidos en los sistemas de información del centro. Por tanto, es fundamental sensibilizar a los servicios finales para que mejoren la información sobre el estado nutricional en los datos del CMBDH. Ello nos lleva a la necesidad de realizar consensos y acuerdos entre las Unidades de Nutrición o Equipos de Soporte Nutricional y el Servicio de Documentación.
 5. Para lograr un alto nivel de eficacia y eficiencia debemos establecer los criterios técnicos de codificación en las definiciones de desnutrición. Para ello SENPE ha creado, junto con la SEDOM, un Grupo de Trabajo sobre Desnutrición y GRDs. Se efectuará una difusión conjunta de sus resultados a todos los clínicos.

COLABORADORES

Alonso de Castro, M.^a Victoria
 Apezetxea Celaya, Antxón
 Arraiza Irigoyen, M.^a Carmen
 Avilés, Jimena Soledad
 Ballesteros Pomar, M.^a
 Blanco Samper, Benito
 Bonada Sanjaume, Ana
 Burgos Paláez, Rosa
 Cabeza Barrera, José
 Calderón Vicente, Dulce M.^a
 Camarero González, Emma
 Campillos, Pilar
 Canals Badía, M.^a José
 Cantón Blanco, Ana
 Carbonell Castelló, Margarita
 Castaño Escudero, Asunción
 Cervera Peris, Mercedes
 Cuenca Sánchez, José Ramón
 Cuesta, Carmen
 Chamorro Quirós, José
 Chena, José A.
 Díaz de Greñu, Consuelo
 Escobar Jiménez, Fernando
 Escudero Álvarez, Elena
 Fernández de Bobadilla Pascual, Belén
 Fernández Soto, M.^a Luisa
 Ferrón Vidán, Fernando
 Flores Meneses, Lillían
 García, Consuelo
 García Almeida, José Manuel
 Garde Orbaiz, Carmen
 Gil, Ángel
 Gómez, Lilian
 Gómez, Pilar
 Gómez Henry, Juan Carlos
 González, Belén
 González Madroño, Ana

Guzmán de Damas, José
 Irles Rocamora, José Antonio
 Jiménez, Magdalena
 Laborda González, Lucía
 Lalueza Broto, Pilar
 Losada Morell, Concepción
 Lozano Fuster, Francisca Margarita
 Luengo Pérez, Luis Miguel
 Llimera Rausell, Germán
 Macías Botejara, Enrique
 Maldonado Ruiz, Alfonso
 Malo Poyatos, M.^a Carmen
 Mancha, Antonio
 Marcos Pascua, Pilar
 Marsé, Pedro
 Martí, Ezequiel
 Mateo, Máxima
 Mellado Pastor, Carmen
 Mesejo, Alfonso
 Molina Soria, Juan B.
 Montejo González, Juan Carlos
 Moreiro Socias, José
 Moreno Baro, Francisco
 Moreno Villares, José Manuel
 Moronta, Francisco
 Mosacula Díaz, Julio
 Muñoz Aguilar, Antonio
 Muñoz de Escalona, Teodosia
 Ocón Bretón, Julia
 Orduña Espinosa, Rosa
 Ortega García, Pilar
 Osorio Fernández, Diego
 Pavón Belinchón, Pilar
 Penacho Lázaro, M.^a Ángeles
 Peñalver Talavera, David
 Pérez Palencia, Mercedes
 Pivernat, Ana
 Puiggros Llop, Carolina
 Rabat Restrepo, Juana M.^a
 Rebollo Pérez, Isabel
 Río, José
 Romero Albillo, Alejandro
 Sabín Urquía, Pilar
 Sánchez Jiménez, Francisco
 Sánchez Nebra, Jesús
 Santos Arteche, Ignacio
 Sanz Muñoz, Mónica
 Sanz París, Alejandro
 Sastre Gallego, Ana
 Schoenenberger, Josep Antoni
 Silva Rodríguez, Juan José
 Tejada González, Pilar
 Trallero Casañas, Roser
 Tuson, Carmen
 Varona López, Wenceslau
 Vázquez Salvi, Luis
 Virgili Casas, Nuria
 Wanderbergue, Carmina
 Zugastegui, Ana