

NUTRICION DE SOPORTE

APLICACION DE LA VALORACION GLOBAL SUBJETIVA NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL CLASE A

Mario Sánchez Arias *
Alberto Argüello Choisoul **
María Luisa Fallas ***
Javier Rojas ****
Rocío Quesada Esquivel *****

SUMMARY

If we have a nutritional assessment since the first time in the hospital, we can take measures from this point of view in order to have better results. In the literature is clear that around 30-50% of the patients in a hospital have some kind of malnutrition. Our results show that if we use the subjective global assessment, we can detect 62% of patients with some degree of malnutrition, all of them can be helped with a primary nutritional management.

INTRODUCCION

De todos es conocido la importancia que tiene para la salud, una buena dieta, no solo en cuanto a la cantidad de kilocalorías consumidas, sino al tipo de distribución de los nutrientes que se ingieren. Curiosamente a pesar de que la literatura refiere que entre un 30 y un 50% de los pacientes que se admiten a un hospital, tienen ya algún grado de desnutrición (4,14), en pocas oportunidades se da la importancia que se merece a la valoración nutricional y consecuentemente al abordaje como una terapéutica más. (10).

El soporte nutricional debe ser una rutina, y formar parte integral de la atención que se brinda al paciente (19). El manejo de cualquier enfermo hospitalario debe basarse en tres pilares: Diagnóstico, Terapéutica y Nutrición. Para nadie es un secreto que el énfasis que se le da a los curriculums de las escuelas de medicina en nutrición clínica es muy pobre (18), se da prioridad al hacer diagnósticos y prescribir los tratamientos, olvidándonos de lo más elemental; la nutrición. Nutrición necesaria para que cualquier medida terapéutica tenga éxito (13). De lo contrario se expone al paciente a una pobre o nula respuesta, a más complicaciones, y de seguro, a mayores estancias y costos. (19). Al disponerse en la práctica clínica de un instrumento fácil, rápido, barato, confiable y que se practique junto a la cama del paciente, sin grandes mediciones ni exámenes, para valorar el estado nutricional; sería de un valor incuestionable por cuanto se diría desde el momento de la historia clínica, a que pacientes se debe darle

atención nutricional especial, lo cual garantizará el reto del trabajo y la inversión. (1,14) Existen varios métodos para evaluar el estado nutricional, estos son: el interrogatorio de la historia clínica, valoración global subjetiva, pruebas bioquímicas, la composición corporal, los datos inmunológicos y los índices pronósticos (20). La valoración global subjetiva, desarrollada por el grupo de Detsky y Jeejeebhoy (6,7), es una técnica de tamizaje del estado nutricional, que valora rápidamente de acuerdo a las características de cambio de peso, ingesta dietaria, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional corporal, demandas metabólicas, más la impresión subjetiva mediante la palpación del tejido adiposo, y edemas presentes. Según los diferentes estudios a pesar de ser totalmente subjetiva, proporciona una orientación bastante exacta del verdadero estado nutricional, si se compara con las valoraciones bioquímicas, composición corporal, valores inmunológicos, etc. Se valoraron al azar 285 pa-

* Cirujano General. Terapia Intensiva

** Médico Residente

*** Enfermera Nutrición Parenteral

**** Enfermero Colaborador

***** Nutricionista

cientes del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia de los cuáles 203 pertenecían a los servicios de cirugía y 82 a los servicios de medicina. El instrumento de VALORACION GLOBAL SUBJETIVA, fue aplicado a los primeros 206 pacientes por personal profesional de enfermería, pero sin instrucción en el manejo del mismo y 79 pacientes fueron evaluados por profesionales en nutrición y medicina con conocimiento e instrucción en la aplicación de este tipo de ayuda. En 16 de los evaluados, se pudo documentar su valoración al ingreso y a su egreso, con el fin de percibir si tuvieron pérdida o ganancia durante el internamiento.

RESULTADOS

Del total de 206 pacientes que fueron evaluados por personal no entrenado, 162 fueron pacientes ingresados a cirugías, donde se obtuvo un 64% bien nutridos (BN), 27% (RD) y un 14% (D), así mismo los 44 casos restantes fueron de los servicios de medicinas donde se obtuvo un 50% BN, 25% RD, y un 25% D, para un global en esos dos grupos de 61,6% BN, 22,3 RD y un 16% D. De los 79 pacientes que fueron valorados por personal entrenado en el uso del instrumento de valoraciones se obtuvo en los pacientes quirúrgicos un 49% BN, 30 RD, y un 21% D, en los pacientes de medicina un 26,3% BN, 42% RD y un 31% D, para un global de 38% BN, 35,4% RD y un 26,5% D. (Tabla 1). Adicionalmente se evaluaron 16 de los enfermos al ingreso y egreso, documentándose un cambio negativo en ellos de bien nutrido a RD en un 50% y de bien nutrido a D en un 12,5%

Es conocido desde hace varios años, a través de más de 150 estudios en diferentes hospitales del mundo que la prevalencia de desnutrición de la población internada en los centros hospitalarios de países desarrollados oscila entre el 30 y el 50% (4,14), siendo probablemente mayor en los países pobres. Por otro lado se ha documentado también que el médico no reconoce la desnutrición en más del 12-5% si no recibe entrenamiento para tal propósito (17), y luego de un período de 4 hrs de entrenamiento es capaz de hacerlo en el casi 100% de los casos. La valoración global subjetiva fue aplicada a los primeros grupos de pacientes por dos profesionales en enfermería, sin ningún tipo de instrucción previa. Como puede observarse ellos detectaron que el 41% de los pacientes qxs tenían algún problema de nutrición a su ingreso (debe anotarse que muchos de estos pacientes vienen a operarse de cirugías, ortopédicas electivas, plásticas, etc.) que no tienen necesariamente que tener ningún problema de desnutrición. En el campo médico como es de esperarse los enfermos son admitidos porque tienen un problema serio de su salud y en ellos el porcentaje de problema nutricional al ingreso se incrementó en un 50%. Uniendo estos dos grupos se detectó problemas de riesgo nutricional o desnutrición en un 38,3%. Aplicando el mismo instrumento, pero ahora por profesionales entrenados para dicha tarea, se aumentó el porcentaje como lo reporta la literatura, a pesar de que los pacientes quirúrgicos bajaron a un 41%, los médicos subieron a un 53% y

DISCUSION

globalmente se obtuvo un porcentaje de pacientes a los que se les debe poner atención desde el punto de vista nutricional de un 62%. Y de no hacerlo así, estos pacientes tendrán menor respuesta en sus tratamientos (8), mayores complicaciones (2,6,7,11,12,15), mayor mortalidad (3), mayor estancia hospitalaria (16), mayor costo de internamiento (15) y probablemente mayor desnutrición intrahospitalaria (9). A propósito de la desnutrición intrahospitalaria, adicionalmente se evaluaron 16 enfermos, encontrando una cifra nada despreciable de más del 50% de cambio negativo, lo cuál debe alertar a pensar que no solo no se pequizan los enfermos con riesgo de desnutrición o desnutridos al momento de su ingreso y se toman las medidas nutricionales del caso, sino que además, más de la mitad de nuestros enfermos salen disminuidos en su estado nutricional después de sus internamientos, lo que les generará períodos mayores de convalecencia externa. Al adoptar un instrumento sencillo, útil y que proporciona un resultado bastante semejante a las más sofisticadas valoraciones nutricionales (1) Bioquímica Antropológicas, e Inmunológicas con la valoración global subjetiva podemos tener una idea bastante aproximada de los pacientes que estén en riesgo de desnutrición o desnutridos, y tomar las medidas correctivas nutricionales, desde el inicio del internamiento, de manera que los tratamientos tengan el mejor resultado posible. Así de acuerdo a nuestros resultados proponemos la incorporación de la valoración a la historia clínica (21).

RESUMEN

El tener un instrumento de valoración nutricional al ingreso del paciente al hospital, no ayuda a tomar medidas desde ese punto de vista desde el inicio del ingreso, lo que permite un mayor éxito de los tratamientos. En la literatura se reporta que un 30-50% de los pacientes a su ingreso a un centro hospitalario tiene algún grado de desnutrición. Nuestra estadística que practicándose una valoración global subjetiva por personal entrenado, se puede detectar hasta un 62% de pacientes con problema nutricional en nuestro hospital,

Tabla 1

VALORACION GLOBAL SUBJETIVA EN HOSPITAL A

	VALORACION NO ESPEC			VALORACION ESPEC.		
	Pt. qx	Pt. Mx	Total	Pt. qx	Pt. Mx	Total
Bien Nutridos	64	50	61.6	49	26.3	38
Riesgo D	27	25	22.3	30	42	35.4
Desnutridos	14	25	16	21	31	26.5

Valoración no especializada: por personal no entrenado.

Val Especializada: por personal entrenado.

Pt. qx: paciente quirúrgico.

Pt. Mx: Paciente médico

los cuales se beneficiarían de una atención nutricional primaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Baker. Nutritional assessment comparison of clinical judgment and objective measurements. *N. Engel J. Med.* 1982; 306:969-972.
2. Buzby et al.. *Am. J. Surg.* 1980; 139:160-167
3. Cederholm. *Am. J. Med.* 195; 94: 67-74
4. Coats K.G. et al., Hospital associated malnutrition. *J.Am. Diet Assoc.* 1993; 93:27-33
5. Daley B.J. Nutritional Assessment. Chap. 2 Edit. Interamericana 1993.
6. Detsky M.H. Instant nutritional assessment, *JPEN* 1982; 6:217-221
7. Detsky M.H. Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients. *JPEN* vol 8 N.2, 1983.
8. Dickhaut et al.. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1984; 66-A(1):71-75
9. Garrel et. al. *J. Brun Rehabil.* 1991; 12:85-90
10. Greenfield L.J. *Surgery Ch 2. JP Lippincott. C.* 1993. Pág. 38
11. Hickman et al.. Serum albumine and body weight as predictors of posoperative course in colorectal cancer. *JPEN* 1980; 4(3); 314-316.
12. Klidjian et al.. Detection of dangerous malnutrition. *JPEN* 1982; 6(2): 119-121
13. Moore FD. *Metabolic Care of the Surgical patient.* Philadelphia. W.B. Saunders, 1959.
14. Page CP. Nutritional Agreement and support: a primer. *Williams and Wilkins* 1989. Ch2.
15. Reilly et al.. Economic impact of malnutrition. *JPEN* 1988; 12(4): 371-376.
16. Robinson G. Impact of nutrition status on DRG length of stay. *JPEN* 1987; 11(1):49-51.
17. Roubenoff R. *Arch Intern Med* 1987; 147:1462-1465.
18. Shilds R. Important of nutrition for critically ill patients. Chap 1. *Nutrition in care.* Mosby 1994.
19. *Terapia nutricional total.* Editorial Lemer Ltda. Santa Fe. Bogotá, Colombia 1997. Capítulo 1.
20. Valdés D.M.P. Nuevos enfoques de valoración nutricional. *Lecturas sobre nutrición* Vol 4 N° 2. junio 1997.
21. Villazón A. *Nutrición enteral y parenteral.* Edit. Interamericana 1993. Cap. 8 Dr. Luis Ize.