



Primer paso en el plan de eficiencia nutricional: "Como elegir la mejor herramienta de cribado nutricional"

El proyecto +Nutridos ha publicado el primer **Cuaderno del Plan de Eficiencia Nutricional** bajo el título **"Herramientas de**

cribado nutricional para Hospitales, Residencias y Comunidad" con el objetivo de dotar a las Administraciones Públicas sanitarias y sociales de un instrumento sencillo y testado de control de la desnutrición...

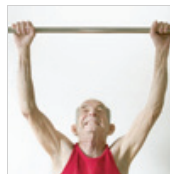
[> leer más](#)



Estudios coste eficacia: cada paciente hospitalario desnutrido cuesta más de 1.500 euros adicionales

Hoy sabemos que los pacientes desnutridos tienen un consumo mayor de recursos porque tienen el doble de necesidades que los no desnutridos. Por ejemplo duplican el número de frecuentaciones a la consulta de su médico de cabecera, a la enfermera, al propio hospital, tanto al servicio de urgencias como a los servicios clínicos...

[> leer más](#)



El Real Decreto 16/2012 y los tratamientos dietoterápicos

Tras la publicación el pasado 20 de abril del Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones se vio con preocupación por parte de numerosas sociedades científicas el que dicho Real Decreto contemplara ajustes económicos que afectan a varios tipos de soporte asistencial, entre ellos el de la prestación de productos y tratamientos dietoterápicos para pacientes cuando abandonan el hospital...

[> leer más](#)



Una acción más en el Plan de Lucha contra la Desnutrición Relacionada con la enfermedad en El Hospital Vall d'Hebron

Los resultados de los diferentes estudios en los que ha participado el hospital Vall d'Hebron desde el año 2000 han dejado patente entre otras cosas, que la prevalencia de la desnutrición relacionada con la enfermedad en los pacientes ingresados es muy elevada...

[> leer más](#)

Primer paso en el plan de eficiencia nutricional: "Como elegir la mejor herramienta de cribado nutricional"



El proyecto +Nutridos ha publicado el primer **Cuaderno del Plan de Eficiencia Nutricional** bajo el título **"Herramientas de cribado nutricional para Hospitales, Residencias y Comunidad"** con el objetivo de dotar a las Administraciones Públicas sanitarias y sociales de un instrumento sencillo y testado de control de la desnutrición.

Según la European Nutrition for Health Alliance (ENHA) en Europa hay 20 millones de personas que sufren desnutrición. Este es un problema universal, como ya reconoció el Consejo de Europa en su resolución ResAP(2003)3 sobre alimentación y cuidados nutricionales en los hospitales.

El primero de los retos para luchar contra la desnutrición es poder detectar qué pacientes están en riesgo de padecerla.

Al ser la SENPE parte activa de ESPEN (*Asociación Europea de de Nutricion Parenteral y Enetreal*) hace suyas las recomendaciones de la **European Nutrition for Health Alliance (ENHA)** sobre Valoración del Riesgo Nutricional en Europa que indican que:

Europa que indican que.

- Se debe estimular a los estados miembros de la Unión Europea (UE) para que incluyan valoraciones nutricionales y de riesgo nutricional rutinarias y sistemáticas así como un seguimiento de los cuidados nutricionales en los servicios públicos de salud, cuidados sanitarios y programas sociales
- Las valoraciones rutinarias y sistemáticas de estado nutricional y de riesgo nutricional deben incluirse en todos los programas relevantes de salud pública de la UE, en el manejo UE de enfermedades crónicas así como en los Programas de la Unión (*Joint Programmes*)
- Todas las sociedades profesionales de salud pública, cuidados sanitarios y cuidados sociales tanto de la UE como a nivel nacional deben mantener y participar activamente en la implementación y monitorización de las siguientes recomendaciones

Por eso uno de los trabajos a nivel europeo ha sido validar e identificar las herramientas de cribaje nutricionales y poder identificar aquellas que deben considerarse como *best practice por hospitales*, residencias o sistemas de atención primaria.

Toda herramienta de cribado nutricional requiere una validación formal y basada en la evidencia. La herramienta ideal de cribaje debe incluir 3 elementos sobre el estado nutricional:

1. Índice de Masa Corporal (IMC) actual,
2. Pérdida de peso reciente
3. Conocimiento sobre la ingesta alimenticia reciente.

En los pacientes hospitalizados se deben también tener en cuenta los aumentos o los alterados requerimientos secundarios a enfermedad.



Tres son las herramientas de cribado científicamente validadas en adultos:

- El *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)* que incluye los 3 elementos del estado nutricional y el aumento de los requerimientos
- El *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)* que incluye los 3 elementos del estado nutricional
- El *Mini Nutritional Assessment (MNA)* que está validado en los mayores (edad +65 años) y que incluye los 3 elementos del estado nutricional junto con unas pocas preguntas específicamente relacionadas con la edad

Estas tres herramientas de cribado tienen un amplio uso en Europa, están basadas en la evidencia científica y han sido validadas en diferentes situaciones clínicas.

Por otra parte, nos interesa asimismo el enfoque dirigido no solo a herramientas de común aplicación si no a **herramientas de cribado específicas para diferentes áreas asistenciales:**

- Hospital
- Residencias de mayores
- Mayores (+ 65 años) ambulatorios

En esta línea hacemos nuestra la propuesta de la **ESPEN** sobre las tres herramientas del **Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)**.

También es importante destacar que algunos centros hospitalarios de nuestro país han desarrollado al menos tres diferentes **Filtros Automatizados de Alerta Nutricional**. Estos filtros han sido validados en diferentes pacientes agudos hospitalizados y están basados en marcadores bioquímicos (albúmina, recuento total de linfocitos, colesterol total ...) que son capturados por los sistemas informáticos y, tras ser procesados con diferentes ecuaciones, generan una alerta.

SNAQ

Cuestionario breve para la evaluación nutricional

Cuestionario breve para la evaluación nutricional

¿Ha perdido peso involuntariamente?

Más de 6 kg en los últimos 6 meses



Más de 3 kg en el último mes



¿Ha sufrido falta de apetito en el último mes?



¿Ha utilizado suplementos nutricionales o ha sido alimentado por sonda en el último mes?



 No es necesario intervenir

- Moderadamente desnutrido; precisa intervención nutritiva
- Gravemente desnutrido; precisa intervención nutricional y asesoramiento/consulta con un dietista

Fuente: www.fightmalnutrition.eu

SNAQ

Cuestionario breve de evaluación nutricional



Reconocimiento temprano y tratamiento de la desnutrición en centros residenciales y de ancianos

Realizar estas preguntas	
¿Ha perdido peso de forma involuntaria?	
▲ Más de 3 kg en el último mes	●
▲ Más de 6 kg en los últimos 6 meses	●
¿Sólo es capaz de comer y beber si le ayudan?	●
¿Ha sufrido una disminución del apetito en el último mes?	●
Medida del IMC	
IMC inferior a 20 es igual a rojo	●
IMC entre 20 y 22 es igual a amarillo	●
IMC entre 22 y 28 es igual a verde	●
IMC superior a 28 es igual a sobrepeso	
Puntuación total de las preguntas + IMC	

	● + ● = ●
	● + ● = ●
	● + ● = ●
	● + ● = ●

Fuente: www.stuurgroepdervoeding.nl

Cribado y plan de tratamiento



Fuente: www.stuurgroepdervoeding.nl

SNAQ

65+

1	Pérdida de peso	Inferior a 4 kg		4 kg o más
2	Contorno de la parte media del brazo	25 cm o más		Menos de 25 cm
3	Apetito y funcionalidad	Buen apetito y/o buena funcionalidad	Mal apetito y mala funcionalidad	
4	Plan de tratamiento	No sufre desnutrición	En riesgo de desnutrición	Desnutrido

1	Pérdida de peso	Inferior a 5%	Entre el 5 y el 10%	10% o más
2	IMC	20 o más	Entre 18,5 y 20	Menos de 18,5
3	Plan de tratamiento	No sufre desnutrición	En riesgo de desnutrición	Desnutrido

Tener en cuenta: 2 x naranja = rojo!

Paso 1 (65+)		Determinar la pérdida de peso	
¿Ha perdido de forma involuntaria 4 kilogramos o más en los últimos 6 meses?	No, menos de 4 kg ➡ ir al paso 2		Sí, 4 kg o más ➡ ir al paso 4
Si el paciente no sabe si ha perdido peso en este periodo, preguntar al paciente:			
▲ Si le queda grande la ropa ▲ Si se ha tenido que ajustar el cinturón recientemente ▲ Si el reloj está más suelto alrededor de la muñeca			
	Si responde que no a todas las preguntas anteriores ➡ ir al paso 2		Si responde que sí a una de las preguntas anteriores ➡ ir al paso 4

Paso 1 (65-)		Determinar la pérdida de peso	
¿Ha perdido peso involuntariamente en los últimos 6 meses?	Inferior a 5% ➡ ir al paso 2	Entre 5 y 10% ➡ ir al paso 2	10% o más ➡ ir al paso 3
Si no es posible calcular el porcentaje de pérdida de peso	Inferior a 3 kg	Entre 3 y 6 kg	6 kg o más
Si el paciente no sabe si ha perdido peso en este periodo, preguntar al paciente:			
▲ Si le queda grande la ropa ▲ Si se ha tenido que ajustar el cinturón recientemente ▲ Si el reloj está más suelto alrededor de la muñeca			
	Si responde que no a todas las preguntas anteriores ➡ ir al paso 2		Si responde que sí a una de las preguntas anteriores ➡ ir al paso 3

Fuente: www.fightmalnutrition.eu



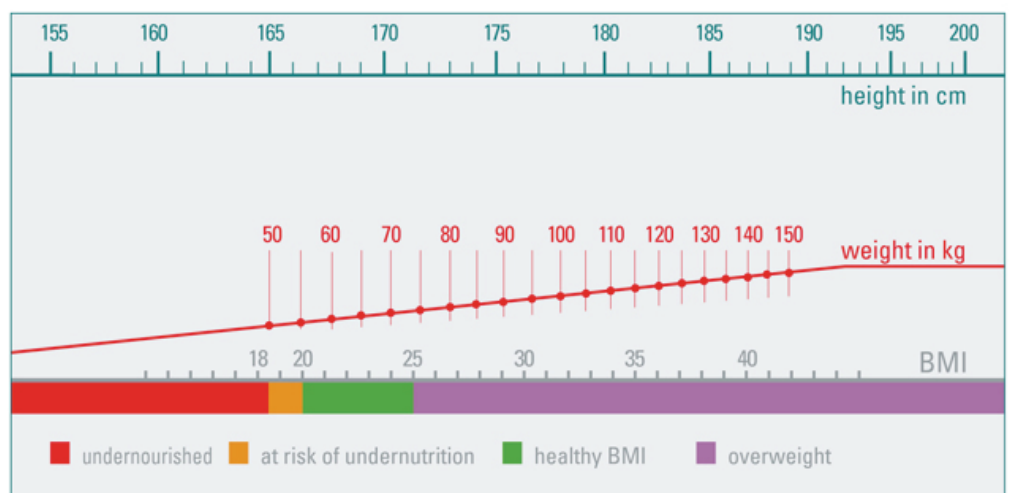
Paso 2 (65+)	Medir la circunferencia de la parte media del brazo izquierdo		
<			

25 cm o más ➡ ir al paso 3	entre 23,5 y 25 cm ➡ ir al paso 3	menor de 23,5 cm ➡ ir al paso 4
-------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Paso 2 (65-) Calcular el IMC

1. Pesar al paciente y preguntarle su altura
2. Dibujar una línea recta en el gráfico desde la altura vía el peso hacia el IMC
3. Si es imposible pesar al paciente, determinar la circunferencia de la parte media del brazo de acuerdo con la metodología descrita en el SNAQ65+

IMC	20 o más ➡ ir al paso 3	Entre 18,5 y 20 ➡ ir al paso 3	inferior a 18,5 ➡ ir al paso 4
Circunferencia de la parte media del brazo	25 cm o más ➡ ir al paso 3	Entre 23,5 y 25 cm ➡ ir al paso 3	inferior a 23,5 cm ➡ ir al paso 4



Fuente: www.fightmalnutrition.eu

SNAQ

Paso 3 (65+) Evaluar el apetito y el estado funcional

¿Ha tenido buen apetito en la última semana?	En caso negativo ➡ ir al paso 4	En caso afirmativo +	
¿Puede bajar y subir una escalera de 15 escalones sin descansar?	En caso afirmativo ➡ ir al paso 4	En caso negativo ➡ ir al paso 4*	

Si el paciente no sube ya escaleras, realizar las siguientes preguntas:

¿Puede caminar 5 minutos en la calle sin descansar?

O si el paciente está en silla de ruedas:

¿Puede mover su propia silla de ruedas durante 5 minutos sin descansar?

*Sólo existe riesgo de desnutrición, si la respuesta a ambas preguntas es naranja

Paso 4 (65+) Determinar el plan de tratamiento

Paso 3 (65-)

No sufre desnutrición	En riesgo de desnutrición	Desnutrido
No es necesario actuar	- Proporcionar información sobre las consecuencias de la desnutrición y destacar la importancia de una buena nutrición - Recomendar el uso de productos con grasa así como la importancia de comidas más frecuentes al día (6 veces al día) - Proporcionar un folleto al paciente - Consultar al médico general o al dietista si es necesario	- Proporcionar información y realizar la misma recomendación que con el riesgo de desnutrición - Consultar al médico general - Derivar al paciente a un dietista ese mismo día

Seguimiento del plan de tratamiento

Repetir la evaluación dependiendo de la situación: - al menos una vez al año - como parte de una evaluación del plan de tratamiento médico - como parte de la evaluación de la residencia	⇒ De SNAQ65+: ha sido desarrollado por el instituto EMGO+ de la VU University en estrecha colaboración con Dutch Malnutrition Steering Group, con becas del Ministerio Holandés de Salud y Bienestar y Deportes y de la Organización Holandesa de Investigación y Desarrollo Sanitario ⇒ De SNAQ65+: puede ser utilizado previa petición de permiso dirigiéndose a www.fightmalnutrition.eu. Ninguna parte de esta publicación puede copiarse o duplicarse sin el consentimiento previo del Dutch Malnutrition Steering Group.
---	--

Fuente: www.fightmalnutrition.eu



Fundación Abbott



[> ver todas las noticias](#)

más nutridos
mayores y enfermos

noticias

julio 2012

Nº 3

Invertir en un cuidado nutricional precoz permite ahorrar costes

Estudios coste eficacia: cada paciente hospitalario desnutrido cuesta más de 1.500 euros adicionales



Hoy sabemos que los pacientes desnutridos tienen un consumo mayor de recursos porque tienen el doble de necesidades que los no desnutridos. Por ejemplo duplican el número de frecuentaciones a la consulta de su médico de cabecera, a la enfermera, al propio hospital, tanto al servicio de urgencias como a los servicios clínicos. etc. Guest J y colaboradores (2011), recientemente, han dimensionado este consumo cuantificando un incremento del coste del 34% cuando se refiere a las consultas del médico de cabecera o las admisiones hospitalarias o a las prescripciones farmacológicas.

Según el Estudio PREDYCES (**P**revalencia de **D**esnutrición **H**ospitalaria y **C**ostes asociados en **E**spaña), realizado por la SENPE, la prevalencia de desnutrición en ancianos hospitalizados a partir de 70 años es del 37% con lo que habría aproximadamente 693.562 pacientes ancianos afectados. Se compromete el retraso en la recuperación, las

estancias son más prolongadas e incrementa el coste (hasta un 50%), aumenta la tasa de reingresos prematuros, facilita una mayor susceptibilidad a la infección y contribuye a aumentar la morbilidad. Sólo en hospitales la estancia media de un paciente anciano desnutrido es de 11 días con un coste medio de 4.682 € por estancia, lo que supone un total de 3.247.257.284 €.

Son muchas las evidencias en la literatura científica que muestran los beneficios en salud que suponen una adecuada nutrición de los pacientes hospitalizados. Los estudios de coste efectividad que se vienen publicando desde hace 20 años muestran que los equipos de soporte nutricional son coste- efectivos.

- **La repleción nutricional ha demostrado reducir el número de complicaciones** (metabólicas, infecciosas, cicatrización de suturas, etc), el riesgo de úlceras por presión, cargas de enfermedad, tasas de reingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida y reducción de muertes.
- Metaanálisis como los de Cadwood (2010) y Russell (2007) **demuestra que el uso de suplementos calórico-proteicos** condicionan beneficios en salud de los pacientes desnutridos o en riesgo y **ahorros medios cifrados entre 1686 euros/paciente** o 700 libras por paciente basado en coste cama /día y unos 200 libras más por costes de las complicaciones, respectivamente. Una muestra más de que tratar adecuadamente la desnutrición es invertir en salud y permite ahorrar costes.
- Hace ya 15 años, **Smith PE y colaboradores** publicaron en el Health Financial Mangement los resultados de la atención nutricional de 2337 pacientes, ingresados en 19 hospitales americanos, con una estancia media de 7 días.





En su evaluación clasificaron la atención nutricional de los pacientes en:

Baja calidad nutricional (intervención nutricional tardía o no intervención, infrecuente presencia de servicio de nutrición clínica, uno o combinación de varios factores);

Calidad Media Nutricional (precoz intervención nutricional o frecuentes servicios de cuidados alimentario, uno u otro pero no ambos) y

Alta calidad nutricional (intervención precoz, aumento de aportes, suplementación, NA si necesario, monitorización).

El análisis de costes evidenció que el coste ahorrado, si se hubiese aplicado una alta calidad de cuidado nutricional a pacientes con uno o más factores de riesgo, restando el coste adicional de la propia intervención nutricional, ascendía a 1,778,143 \$.

- En esta línea **Kruzenga (2005)**, líder en Holanda de la Lucha contra la Desnutrición, ***ha demostrado que la inversión de 75 euros en la realización de un cribado nutricional que identifique los pacientes en riesgo, con una herramienta sencilla, reduce la estancia hospitalaria en 1 día, reduciendo claramente el coste.***
- Recientemente, el **Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica (NICE)** ha publicado ***una lista de ahorros de costes para apoyar al SNS del Reino Unido***, y extensible a los estados que puedan compartir esta reflexión, en la toma de decisiones con determinadas medidas terapéuticas en situaciones de incertidumbre financiera.

El documento del NICE analiza que si se mejorara la atención nutricional de los pacientes (cribado universal, evaluación y tratamiento) y se aplicara se conseguiría tener pacientes mejor nutridos con una clara reducción de las complicaciones tales como infecciones respiratorias secundarias, úlceras por presión, abscesos de la herida y la insuficiencia cardíaca.

Las estimaciones más conservadoras de la menor cantidad de ingresos y reducción de la permanencia de los pacientes ingresados, la reducción de la demanda de atención por el médico de cabecera y otras consultas externas indican un importante ahorro que podría ascender 28.472 libras por cada 100.000 habitantes.

Estas son algunas de las posibles razones que nos permiten emitir un mensaje claro, **“INVERTIR EN EL CUIDADO NUTRICIONAL PRECOZ ES INVERTIR EN LA SALUD DE LOS CIUDADANOS Y PERMITE AHORRAR COSTES”**.

El Real Decreto 16/2012 y los tratamientos dietoterápicos



Tras la publicación el pasado 20 de abril del Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones se vio con preocupación por parte de numerosas sociedades científicas el que dicho Real Decreto contemplara ajustes económicos que afectan a varios tipos de soporte asistencial, entre ellos el de la prestación de productos y tratamientos dietoterápicos para pacientes cuando abandonan el hospital.

En este sentido, hay que resaltar que la implantación indiscriminada de esta medida podía tener consecuencias contrarias a los objetivos perseguidos por la norma ya que:

- La nutrición es clave, sobre todo en determinados pacientes y, si no se cuenta con el apoyo nutricional necesario, se puede llegar a la desnutrición por enfermedad, un problema urgente de salud pública.

enfermedad, un problema urgente de salud pública, según se estableció en la declaración de Praga en junio de 2009.

- Un tratamiento nutricional insuficiente agrava las patologías de base, disminuye el efecto de los tratamientos y aumenta los reingresos por complicaciones, lo que supone además un aumento de coste y por tanto el efecto contrario al que se persigue, como muestra la evidencia científica.
- Un copago elevado en las situaciones de dietas especialmente costosas y/o en los tratamientos crónicos puede suponer un coste no asumible por el paciente.



En Europa, la desnutrición afecta al 60% de las personas ingresadas en instituciones/residencias, al 40% de los pacientes hospitalizados y alrededor del 5% de la población general.

Las condiciones que se asocian significativamente con una mayor prevalencia de desnutrición son la disfagia, enfermedades neurológicas, oncológicas, diabetes y enfermedad cardiovascular. Además, los pacientes polimedicados presentaron una prevalencia de desnutrición del doble respecto al de los pacientes no polimedicados.

El Ministerio finalmente ha tenido en cuenta todos estos factores por lo que ya se está trabajando con las sociedades medicas en un proyecto de Orden ministerial por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y sus importes máximos de financiación. De esta manera, se reconoce la importancia de estos suplementos en la calidad de los tratamientos.

Una acción más en el Plan de Lucha contra la Desnutrición Relacionada con la enfermedad en El Hospital Vall d'Hebron



Los resultados de los diferentes estudios en los que ha participado el hospital Vall d'Hebron desde el año 2000 han dejado patente entre otras cosas, que la prevalencia de la desnutrición relacionada con la enfermedad en los pacientes ingresados es muy elevada.

En el estudio PREDYCES (estudio multicéntrico a nivel estatal) se pudo observar que el **23 % de los pacientes está desnutrido** en el momento del ingreso hospitalario, cifra que se eleva al 37 % en los pacientes ancianos. Esta cifra, extrapolada al total de altas hospitalarias en todo el Sistema Nacional de Salud del año 2009, **revela que el problema afectaría a más de 750.000 pacientes.**

Los pacientes desnutridos están ingresados 3 días más que los normonutridos. Se detecta un grupo de especial riesgo,

que está constituido por pacientes que se desnutren durante el ingreso hospitalario.

En el análisis de costes asociados a la hospitalización se pudo comprobar que la desnutrición añade un coste por paciente nada desdeñable. **Así, los pacientes normonutridos tuvieron un coste de 6.400 euros, mientras que los pacientes desnutridos contabilizaron más de 8.000 euros.** (según estudio PREDYCES)

De nuevo, el grupo que supuso un coste por hospitalización mayor lo constituyó el grupo de pacientes que se desnutrieron en el hospital, que supusieron un gasto de casi el doble que el de los pacientes bien nutridos.

En el año 2006, desde el Hospital Vall d'Hebron se lideró un estudio multicéntrico para evaluar la prevalencia de la desnutrición relacionada con la enfermedad en los hospitales catalanes (estudio Desnutri.cat). Se incluyeron casi 800 pacientes ingresados en 11 hospitales (7 Hospitales de tercer nivel, y 4 de segundo nivel, con una población de referencia de 5 millones de habitantes) Los resultados de este estudio mostraron que un 30 % de los pacientes ingresados en nuestros hospitales presentan desnutrición al ingreso, y que ello comporta una mayor estancia hospitalaria, mayor mortalidad, y mayor necesidad de centros de convalecencia. La DRE fue mayor en pacientes ancianos, ingresados de forma urgente, y superior en servicios médicos frente a los servicios quirúrgicos.

Ya desde hace 10 años, la Unidad de Soporte Nutricional del hospital tiene implementado un método de cribado del estado nutricional de los pacientes ingresados en las plantas de Oncología y Hematología, dado que son pacientes de un elevado riesgo nutricional. El cribado lo realizan dietistas adscritos a la USN, que cada día evalúan a los pacientes ingresados el día anterior y actúan en consecuencia.

En el resto de Unidades de Hospitalización la USN atiende a los pacientes según interconsulta del equipo médico responsable del paciente, o bien en respuesta a enfermería, que detecta el riesgo nutricional. Sin embargo, la interconsulta a demanda hace que los pacientes que son consultados dependan de la mayor o menor sensibilidad del equipo médico / enfermería hacia la importancia de la nutrición en el tratamiento del paciente.

Por esta razón el Hospital se planteó implementar algún método sistemático para poder detectar de forma precoz la desnutrición, de cara a poder intervenir con un plan dietético-nutricional adecuado.





Mayo 2012: Implantación de un Protocolo de cribado nutricional al ingreso hospitalario en Valld'Hebron

Seguendo las directrices europeas, se ha escogido el NutritionalRiskScreening 2002 (NRS-2002) como método de cribado a utilizar en los pacientes ingresados.

Paso obligatorio en el programa de dietas y es responsabilidad de enfermería

El NRS-2002 se ha incluido como un paso obligatorio dentro del programa de dietas hospitalarias, de manera que la enfermería responsable del paciente debe responder a las 4 preguntas del cribado inicial para poder adjudicar la dieta al paciente. Para facilitar la tarea, desde el servicio de Informática se ha facilitado el cálculo automático del IMC al introducir el peso y la talla. De la misma manera, se ha facilitado que los datos de peso y talla puedan ser referidos cuando el paciente no pueda ser pesado porque necesite estar encamado. Este dato quedará registrado en el sistema.

De acuerdo con enfermería, se han contemplado excepciones al protocolo a la hora de hacer el cribado a los pacientes en el momento del ingreso, y de momento no se realizará en las Unidades de Urgencias, ni en las Unidades de Críticos (todos los pacientes son considerados de riesgo nutricional) ni en los ingresos programados de menos de 48 horas.

Asimismo, en los pacientes cuyo cribado inicial es negativo, el sistema informático realizará una alerta para volver a reevaluar el riesgo nutricional en caso de que el paciente siga ingresado al cabo de 7 días.

Los cribados positivos quedan reflejados en el listado de la Unidad de Hospitalización con un R de riesgo. El riesgo nutricional es visualizado por el dietista responsable de la Unidad de Soporte Nutricional, quien realiza la segunda parte del cribado. En caso de confirmarse que el paciente tiene riesgo nutricional, se pone en marcha el protocolo de valoración nutricional, evaluación de la ingesta, y plan dietético-nutricional.

Fases de implementación del protocolo

Una **primera fase** ya completada, que ha durado un mes en la que se dio a conocer el protocolo a enfermería, se formó en el programa de dietas cuando se adjudica una dieta al ingreso hospitalario, pero en la que el cribado no era obligatorio.

Una **segunda fase**, en la se encuentran actualmente, en la que el cribado nutricional es obligatorio. Si el paciente cumple criterios de exclusión, se debe registrar el motivo por el que no procede, y queda registrada la persona que ha informado.

EVALUACIÓN

En un mes se va a proceder a evaluar los resultados, tanto de implementación como de adecuación de las excepciones al protocolo.