

PLAN DE EFICIENCIA NUTRICIONAL

Cuaderno n°1. Herramientas de cribado nutricional para Hospitales, Residencias y Comunidad



Fundación Abbott



© 2018 Alianza Masnutridos

ISBN: 978-84-09-04019-3

Reservados todos los derechos. No está permitida la reproducción parcial o total de este libro, su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, registro y/o métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. Aunque los autores y miembros de Alianza Malnutridos han hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de las dosis publicadas de los fármacos y de otra información médica, no asumen ninguna responsabilidad por errores, omisiones o cualquier consecuencia en relación con el contenido del libro, ni por el uso de los productos descritos en el texto. Cualquier producto mencionado en el libro debe utilizarse de conformidad con la ficha técnica elaborada por los fabricantes, y la responsabilidad final recae en el médico que prescribe el tratamiento.

AUTORES: Julia Álvarez, Juan Carlos Montejo, Abelardo García de Lorenzo

INTRODUCCIÓN

Según la European Nutrition 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.

La malnutrición es una enfermedad *per se* que resulta de una nutrición inadecuada y varía de la obesidad a la desnutrición. Mientras que la obesidad está recibiendo una importante atención por parte de los profesionales sanitarios, medios y entornos políticos, la desnutrición es frecuentemente pasada por alto. Sin embargo, frecuentemente complica la evolución clínica en diferentes situaciones de enfermedades agudas y crónicas (ex: trauma, cáncer, ictus, infecciones...) que afectan a múltiples órganos (ex: tracto gastrointestinal, riñón, pulmón...) en niños, adultos y mayores. La desnutrición puede condicionar también efectos secundarios en los tratamientos establecidos, incluyendo la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

La desnutrición aumenta las cifras de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y duración de la estancia. Estas cifras más elevadas suponen lógicamente un aumento del uso de recursos sanitarios.

Esta desnutrición relacionada con la enfermedad se produce, entre otras cosas, por déficit de nutrientes, por ingesta inadecuada, por aumento de las pérdidas o por aumento de los requerimientos de nutrientes.

Prevalencia y consecuencias de la desnutrición:

- ▲ Afecta al 60% de las personas ingresadas en instituciones/residencias y al 40% de los pacientes hospitalizados y alrededor del 5% de la población general
- ▲ Es un problema de salud pública y de coste económico prevenible. Se estima en un gasto de aproximadamente $171 \times 10^9 \text{ €}$ por año (www.european-nutrition.org)
- ▲ Es frecuente, no reconocida ni tratada, pero puede ser prevenida/limitada
- ▲ Afecta a la recuperación de la enfermedad e incrementa la morbi-mortalidad

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Su incidencia en los hospitales es del 40% y en las residencias de mayores supera el 60%.

De gran importancia y con una alta relación con el progresivo envejecimiento de la población europea, es el hecho de que la desnutrición es la mayor y más frecuente causa de discapacidad en la población anciana que vive en su domicilio o en instituciones. También en este tema deben de ser tenidos en cuenta los aspectos sociales y financieros. La desnutrición es con mucha frecuencia deficientemente reconocida y tratada. Ello tiene un impacto negativo sobre los pacientes individuales en términos de morbilidad, mortalidad, independencia y calidad de vida, y sobre los sistemas de cuidado sanitario en términos de uso de recursos y costes.

En el específico caso de los mayores de nuestro país, la prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad varía mucho según el nivel asistencial: 2% en ancianos sanos en residencia pública, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica.

- ▲ Uno de cada cuatro pacientes hospitalizados padecen desnutrición. Principalmente son pacientes mayores, con patologías neoplásicas, respiratorias o cardiovasculares.
- ▲ Según el Informe de Morbilidad Hospitalaria presentado por el INE, los mayores de 65 años representan un 39,2% de los ingresos hospitalarios: 1.874.492 pacientes.
- ▲ Según el Estudio PREDYCES 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 morbimortalidad.
- ▲ 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 €.
- ▲ Un porcentaje destacado de pacientes se desnutren durante su estancia hospitalaria y este subgrupo representa los costes más elevados.
- ▲ Hay unos 113.000 ancianos desnutridos en residencias (7.500.000 ancianos en España, un 3% de ellos institucionalizados y con una prevalencia de desnutrición del 50%).

Proyecto +Nutridos: Plan Estratégico Integral

Países como Holanda, Dinamarca o el Reino Unido han desarrollado **Planes Estratégicos Integrales** para luchar contra la desnutrición desarrollando e implantando guías, estableciendo cribados obligatorios en los ingresos y altas hospitalarias, en las residencias en ancianos, etc. En nuestro país, en una acción conjunta de SENPE y la Fundación Abbott estamos desarrollando un **Plan Estratégico Integral (Proyecto +Nutridos)** que contempla los siguientes puntos:

1. Proporcionar, a los equipos sanitarios, la **Formación** en nutrición necesaria para detectar pacientes en riesgo de desnutrición y establecer las medidas pertinentes para su resolución.
2. Implementar los métodos de **Evaluación** de la desnutrición relacionada con la enfermedad haciendo obligatorio, en todos los centros sanitarios, el desarrollo de una herramienta de cribado nutricional, que conlleve un procedimiento estandarizado complementario de valoración nutricional y de su tratamiento.
3. Desarrollar protocolos de **Tratamiento** nutricional en centros de Atención Primaria, Hospitales y Residencias de ancianos definiendo grados de intervención (alimentación natural y artificial), así como interrelación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
4. Estandarizar un plan de **Monitorización** de los cuidados y tratamientos nutricionales imprescindible en la evolución del paciente desnutrido.
5. Realizar un **Registro** de los diagnósticos de los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad, así como de las intervenciones realizadas para revertirla, en todos los centros asistenciales (atención primaria, hospitales y residencias) que permita su correcta codificación.
6. Sistematizar un procedimiento de **Evaluación de Resultados** en salud, considerando la calidad y los costes de las medidas establecidas.



Propuestas de Evaluación

1. Al ser la SENPE parte activa de ESPEN hacemos nuestras las recomendaciones de la **European Nutrition for Health Alliance (ENHA)** sobre Valoración del Riesgo Nutricional en 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.
 - a. **Identificación de pacientes en riesgo (cribado), valoración nutricional y cuidados nutricionales rutinarios y sistemáticos.**

En consecuencia, el cribado, la valoración nutricional y los cuidados nutricionales deben implementarse y desarrollarse en todos los hospitales, residencias/instituciones y en la comunidad (hogar, atención primaria, cuidados domiciliarios y sociales) en los pacientes desnutridos o con riesgo individual de desnutrición porque:

- ▲ Existen documentos con evidencia científica que demuestran que un adecuado cuidado nutricional condiciona la reducción en las infecciones, más rápida recuperación, reducción en la duración de la hospitalización y disminución de los costes sanitarios y de cuidados sociales.
- ▲ Los derechos humanos incluyen: "Toda persona tiene el derecho a un estándar de vida adecuado para su salud ... incluyendo la alimentación ...".
- ▲ Es necesario mejorar el aporte de alimentos en los hospitales e instituciones sanitarias e incluir personas entrenadas en identificar las desviaciones alimentarias de los pacientes y clientes posibilitando estrategias nutricionales que cubran necesidades específicas.
- ▲ Algunos hospitales e instituciones tienen sistemas de calidad o acreditación que incluyen estándares que identifican a los pacientes desnutridos o con riesgo de malnutrición; los que no disponen de ellos deben adoptar e implementar esos estándares.

b. 4 Pasos Críticos

ENHA y sus organizaciones colaboradores recomiendan 4 pasos críticos para implementar un proceso estructurado de cuidado nutricional en los hospitales, instituciones y comunidad:

1. Cribado rutinario para identificar a los individuos con riesgo de malnutrición que se pueden beneficiar de un apropiado cuidado nutricional.
2. En los que se objetiva desnutrición o situación de riesgo se debe de establecer un plan de cuidado nutricional, que incluya al paciente y a sus cuidadores, y que contemple:
 - ▲ Entorno económico y social.
 - ▲ Requerimientos nutricionales estimados.
 - ▲ Sistema de alimentación que pueda asegurar una ingesta adecuada.
 - ▲ Un plan para monitorizar el efecto de la intervención.
3. Monitorización seguida de un ajuste del plan si este se demuestra inefectivo o inadecuado.
4. Finalmente, el proceso de cuidado nutricional debe de ser implementado de forma que pueda ser adecuadamente monitorizado, en un contexto de calidad y acreditación.

Una terapia efectiva se inicia con la valoración. Por ello, el cribaje es el necesario punto de inicio para asegurar que todos los individuos que pueden beneficiarse del soporte nutricional son fácilmente identificados y que todos los que no pueden beneficiarse no son innecesariamente tratados. Formación y entrenamiento de los profesionales de la salud y de los cuidadores sociales son puntos clave para buena implementación de un cribaje de estado y riesgo nutricional.

c. Herramientas de Cribado

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: Índice de Masa Corporal (IMC) actual, pérdida de peso reciente y, 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:

- C1.NRS 2002
- C2.MUST
- C3.MNA

C1. El Nutritional Risk Screening 2002 (**NRS 2002**) que incluye los 3 elementos del estado nutricional y el aumento de los requerimientos

	Sí	No
IMC < 20,5		
¿El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
¿El paciente ha reducido su ingesta en la dieta en la última semana?		
¿Es un paciente grave?		

Estado nutricional		Severidad de la enfermedad	
Normal 0 puntos	Estado nutricional normal	Normal 0 puntos	Requerimientos nutricionales normales
Leve 1 punto	Pérdida de peso mayor al 5% en 3 meses o ingesta energética del 50-75% en la última semana.	Leve 1 punto	Pacientes con fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas, pacientes en hemodiálisis, pacientes oncológicos, diabéticos, etc.
Moderado 2 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 2 meses o IMC entre 18,5 y 20,5, más deterioro del estado general o una ingesta energética del 25-60% en la última semana.	Moderado 2 puntos	Cirugía mayor abdominal, pacientes con neumonía severa, neoplasias hematológicas.
Severo 3 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 1 mes (más del 15% en 3 meses) o IMC menor de 18,5, más deterioro del estado general o una ingesta energética del 0-25% en la última semana.	Severo 3 puntos	Pacientes con traumatismo de cabeza, pacientes críticos en UCI, pacientes trasplantados, etc.
Score: +		Score: = Total Score	

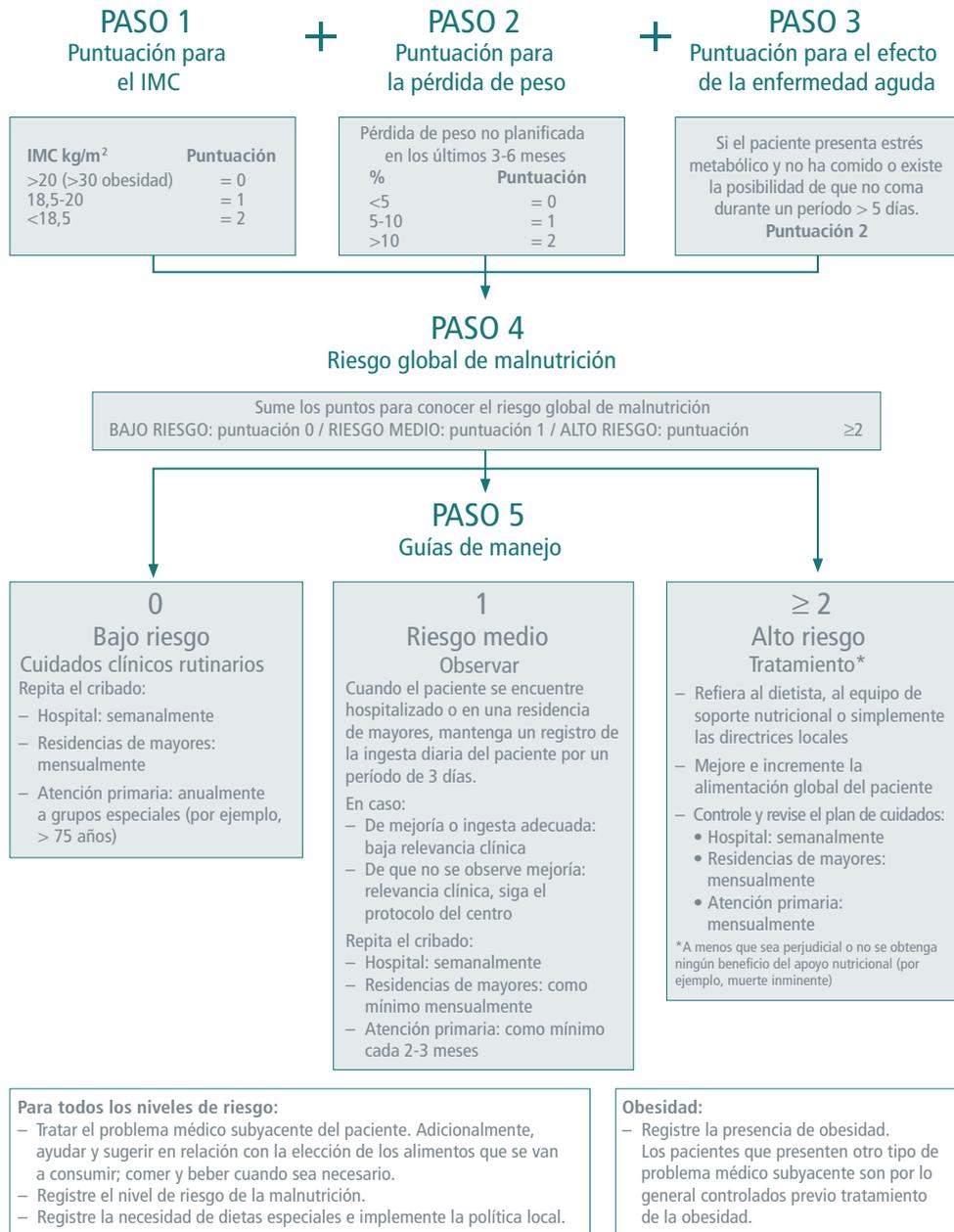
EDAD: si el paciente es mayor de 70 años, debe agregarse 1 punto al score total.

SCORE: mayor o igual a 3, el paciente se encuentra bajo riesgo nutricional, por lo que debe iniciarse lo antes posible la terapia nutricional.

SCORE: menor de 3, el paciente debe ser evaluado semanalmente; si se sabe que el paciente debe someterse a una situación de riesgo, la terapia nutricional debe ser considerada lo antes posible.

Fuente: Consenso SENPE. Screening de riesgo nutricional NRS-200293.

C2.El Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) que incluye los 3 elementos del estado nutricional



Fuente: Consenso SENPE. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

C3. 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



Mini Nutritional Assessment MNA®

Nombre:	Apellidos:	Sexo:	
Fecha:	Edad:	Peso en kg:	Talla en cm:

Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

Cribaje	
A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2. NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.	
F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	

Para una evaluación más en profundidad, puede utilizar la versión completa del MNA® disponible en www.mna-elderly.com

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J Geront 2001;56A: M366-377.

Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para más información: www.mna-elderly.com

Fuente: Consenso SENPE. Mini Nutritional Assessment.



Mini Nutritional Assessment MNA®

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje		
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltado apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>	
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>	
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	
F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)		
12-14 puntos:	estado nutricional normal	
8-11 puntos:	riesgo de malnutrición	
0-7 puntos:	malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		
Evaluación		
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>	
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>	
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>	
J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>	
K Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>	
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>	
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>	
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>	
Evaluación (máx. 16 puntos)		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Cribaje		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Evaluación global (máx. 30 puntos)		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Evaluación del estado nutricional		
De 24 a 30 puntos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos	<input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	<input type="checkbox"/>	malnutrición

1ef Velaz B, Vilars H, Abellan O, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2005 ; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001 ; 56A : M306-317.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2005 ; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994. Revision 2005. N67200 12/99 10M
 Para más información: www.mna-elderly.com

Fuente: Consenso SENPE. Mini Nutritional Assessment Full-version.

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.

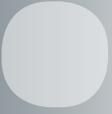
2. Por otra parte, nos interesa asimismo el enfoque dirigido no solo a herramientas de común aplicación (epígrafe anterior) si no a **herramientas de cribado específicas para diferentes áreas asistenciales**:

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

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

3. 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 y hasta llegan a establecer (en algunos casos) una recomendación.

- ▲ Tienen la ventaja que pueden monitorizar al paciente no solo al ingreso si no también durante la evolución hospitalaria, quedando registrados en las bases de datos de los servicios de bioquímica y permitiendo auditorías para evaluar resultados.
- ▲ Son eficientes, objetivos y fiables y no generan mayor gasto hospitalario al emplear parámetros de rutina.
- ▲ Finalmente, se considera que podrían ser aplicables a otras colectividades como residencias, centros de convalecencia...



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

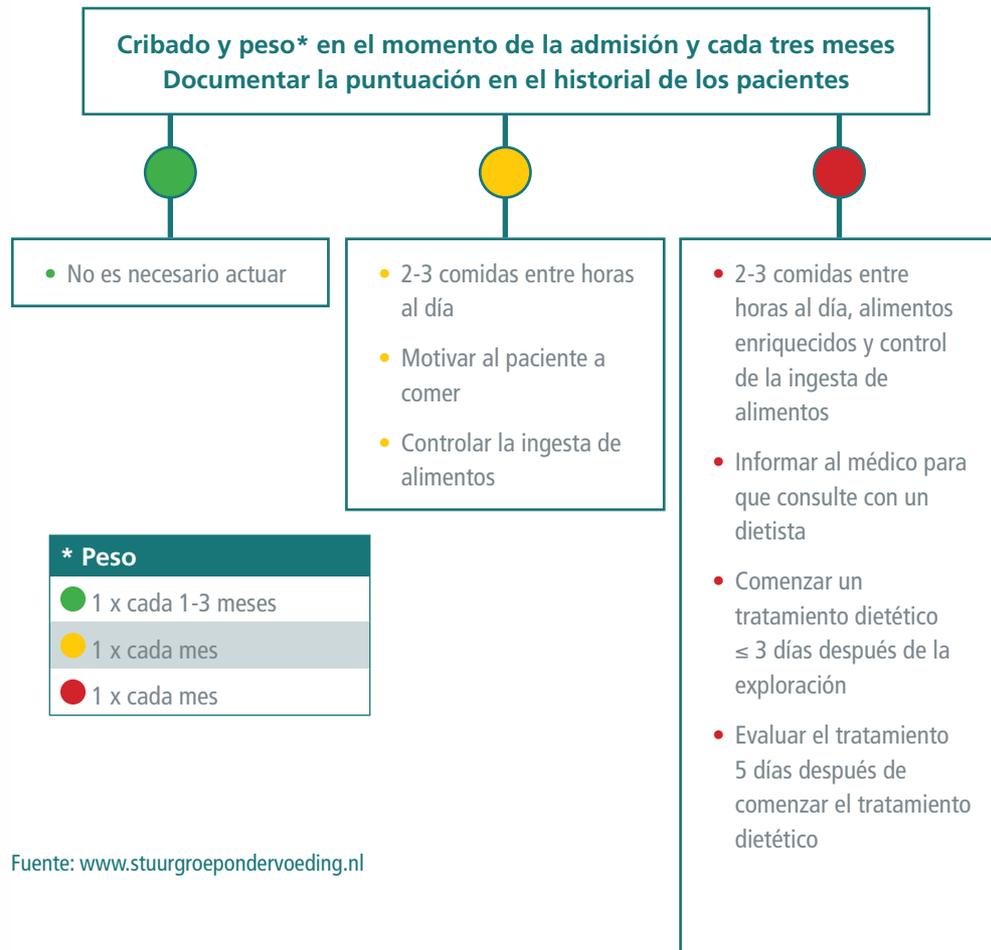
Cuestionario breve de evaluación nutricional



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 33 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	
● + ● = ●	
● + ● = ●	
● + ● = ●	
● + ● = ●	

Cribado y plan de tratamiento



Fuente: www.stuurgroepondvoeding.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

65-

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:			
<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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-)

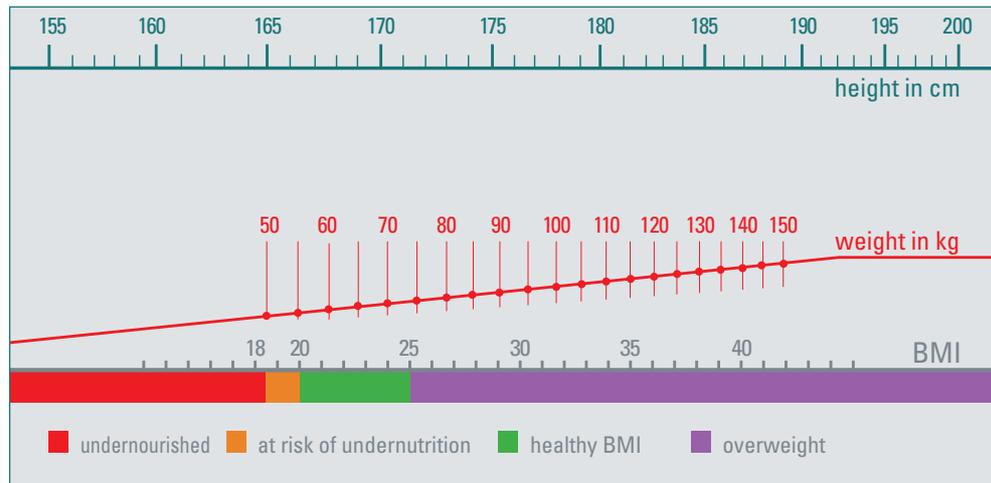
Determinar la pérdida de peso

¿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:			
<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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

SNAQ

Paso 2 (65+)		Medir la circunferencia de la parte media del brazo izquierdo	
<ol style="list-style-type: none"> Mantener el brazo izquierdo a 90° con la palma de la mano mirando hacia el cuerpo Determinar cuál es el punto central entre el hueso lateral del hombro (acromio) y la punta del codo (olecranon) Medir la circunferencia de la parte media del brazo izquierdo en el punto central con el brazo suelto 			
	25 cm o más ➔ ir al paso 3		Menos de 25 cm ➔ ir al paso 4

Paso 2 (65-)		Calcular el IMC	
<ol style="list-style-type: none"> Pesar al paciente y preguntarle su altura Dibujar una línea recta en el gráfico desde la altura vía el peso hacia el IMC 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	Entre 18,5 y 20	inferior a 18,5
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 3



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*	
<p>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?</p> <p>*Sólo existe riesgo de desnutrición, si la respuesta a ambas preguntas es naranja</p>			

Paso 4 (65+)		Determinar el plan de tratamiento	
Paso 3 (65-)			
No sufre desnutrición	En riesgo de desnutrición	Desnutrido	
<ul style="list-style-type: none"> No es necesario actuar 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> al menos una vez al año como parte de una evaluación del plan de tratamiento médico como parte de la evaluación de la residencia 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ 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.



INVERTIR EN EL CUIDADO NUTRICIONAL PRECOZ ES INVERTIR EN SALUD Y PERMITE AHORRAR COSTES.

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 visitas 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, las admisiones hospitalarias o a las prescripciones farmacológicas.

La eficacia de la intervención nutricional

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, dehiscencias 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, así como **ahorros medios cifrados entre 1.686 euros/paciente** o 700 libras por paciente basado en coste cama/día y unas 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 Finacial Mangement los resultados de la atención nutricional de 2.337 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 alimentarios, uno u otro pero no ambos) y
- **Alta calidad nutricional** (intervención precoz, aumento de aportes, suplementación, nutrición artificial, si necesario, monitorización).

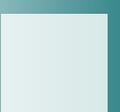
Los resultados mostraron que el 65,1% de los pacientes presentaban un cuidado de baja calidad y éstos tenían peor estancia hospitalaria que estaba aumentada en más de dos días.

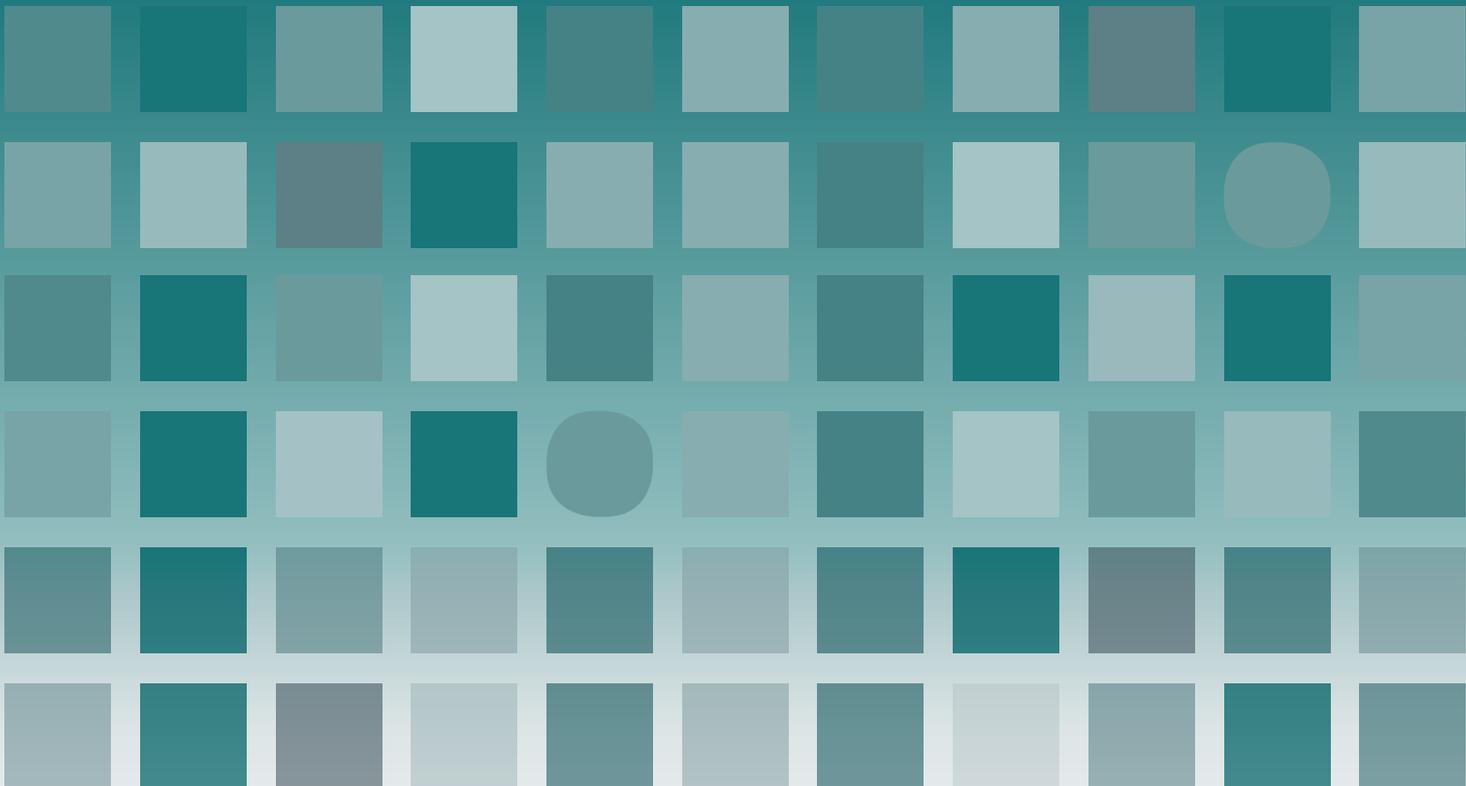
El análisis de costes evidenció que el coste ahorrado, si se hubiese aplicado una alta calidad de cuidado nutricional a pacientes con uno o más factores de riesgo, restando el coste adicional de la propia intervención nutricional, ascendía a 1,778,143 \$.

- ▲ 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 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".





más nutridos
mayores y enfermos



Fundación Abbott

