

INTRODUCCION

El proyecto NutritionDay, es un estudio transversal multicéntrico, que tiene como objetivo, en un solo día, describir algunos factores de riesgo nutricional de los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna y cirugía y detallar aspectos importantes en el manejo del proceso de cuidado nutricional de los pacientes.

La información recolectada ayudará a las instituciones a mejorar la atención nutricional de los pacientes y será la base para realizar proyectos de control, mejoramiento y optimización del recurso en el marco de la calidad del servicio.

Para 2013 se contó con la participación de 23 instituciones en 7 ciudades (Bogotá, Barranquilla, Medellín, Cali, Cúcuta, Yopal y Neiva), 69% de carácter privado y 35% público. El 60% de las instituciones son de carácter universitario a nivel de pre y pos grado. Una institución en la ciudad de Bogotá no entregó los datos a la ACNC por lo que se excluyó del estudio.

La primera fase de recolección se llevó a cabo en los meses de noviembre y diciembre y la segunda parte en enero y febrero de 2014, se digitó la información y se envió a la oficina central del NutritionDay en Viena. Posterior al recibo de informes globales se construyó una base de datos nacional, diferenciando servicios de medicina interna y cirugía a partir de la cual se presentan los siguientes datos que muestran la situación de cada uno de sus servicios comparados con las demás instituciones participantes en el país y en algunos casos con la referencia mundial.

Es de tener en cuenta que la inclusión de la mayor cantidad posible de pacientes en el estudio asegura la capacidad de extrapolación de resultados a nivel nacional y una comparación más realista a nivel internacional; por lo anterior, se ha planteado que la participación de mínimo el 80% de los pacientes de cada servicio (basado en el número de camas actuales reportadas) aseguraría una cantidad aceptable de información y esta sería un reflejo de la situación real actual de cada servicio de la institución.

El análisis de datos se hizo sobre 22 servicios de medicina interna y 20 de cirugía quienes completaron el número mínimo de pacientes requeridos (10).

Personal Vinculado al cuidado del paciente

El siguiente cuadro muestra el personal reportado a cargo del cuidado integral de los pacientes, la relación especialista/paciente se obtuvo según el número total de camas disponibles

Tabla No 1: Personal de los Servicios				
	Medicina Interna		Cirugía	
Especialidad	# Total en el Servicio	# por paciente	# Total en el Servicio	# por paciente
Médicos Generales	1	0,01	1	0,01
Médicos Especialistas	9	0,08	5	0,04
Residentes	3	0,03	3	0,03
Enfermeros Jefes	3	0,03	3	0,03
Auxiliares de Enfermería	14	0,12	14	0,12
Nutricionistas Dietistas	2	0,02	2	0,02

Servicio: Medicina Interna

Especialidad principal: Enfermedades Infecciosas

Participación del servicio en el estudio

A nivel nacional se incluyó el 60.9% (714) de los potenciales pacientes según el número de camas (1172). Este servicio incluyó el 55% (55) de los 100 pacientes reportados hospitalizados el día de la encuesta

A nivel nacional, sólo 8 de los 22 servicios de medicina interna participantes cumplieron con la inclusión de mínimo el 80% de los pacientes potenciales.

El servicio reporta contar con un equipo conformado de cuidado nutricional (grupo de soporte metabólico y nutricional).

Los pacientes no son pesados al ingreso al servicio, esta medida solo se obtiene cuando el dato es solicitado por un tercero.

A nivel nacional los pacientes son pesados al ingreso en 10 de los 22 servicios de medicina interna participantes y a nivel internacional en 136 de los 157 totales (87%).

En el servicio se encontró peso reportado en la historia clínica en el 43,6% de los pacientes.

Descripción Demográfica

El 34,5% de los participantes fueron hombres (19 pacientes). El promedio de edad del servicio es de 68 años con un mínimo de 23 y un máximo de 89. A nivel nacional el límite inferior fue 17 y el superior 102 años.

El promedio de IMC fue de 25,9 kg/m² (DS: 6,4). Es de resaltar que dicho valor proviene de los datos de peso y talla del 34,5% de los participantes (19 pacientes), por lo cual no es considerado un valor representativo del servicio.

En cuanto a días de hospitalización, el promedio en el servicio es de 12 días (intervalo de 1 a 60 días), se observó la estancia en UCI de 2 pacientes, 2 en preoperatorio y 3 en posoperatorio.

En el seguimiento a los 30 días el 81,8% de los pacientes fue dado de alta al domicilio, se reportaron 2 defunciones y 3 readmisiones.

La evolución de los pacientes, su permanencia en la institución, el traslado a unidades de cuidado crónico y los reingresos pueden estar influenciados por el estado nutricional, sin embargo el tipo de estudio no permite establecer dicha relación.

Morbilidad y terapia nutricional

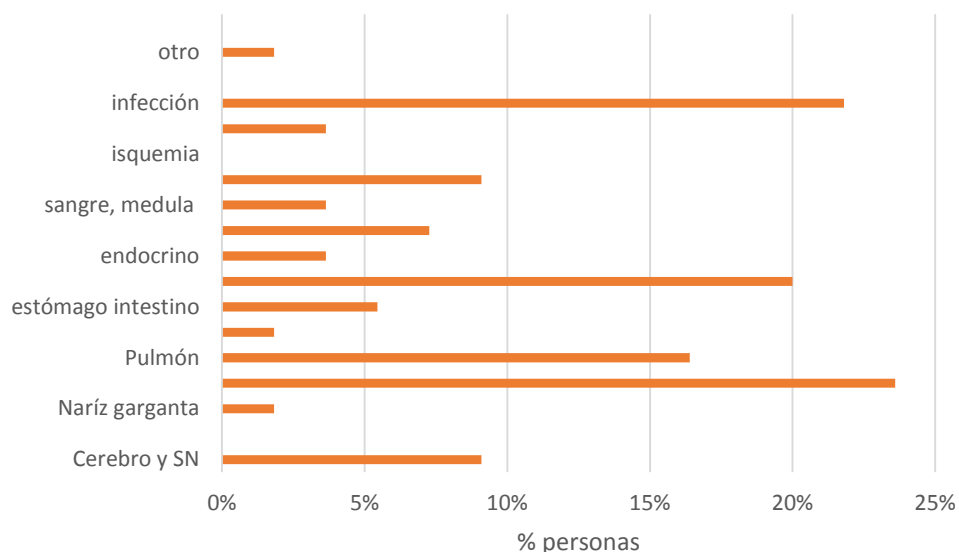
Se observan múltiples causas de hospitalización, siendo las enfermedades del sistema circulatorio 23,6% y los procesos infecciosos 21,8% las de mayor prevalencia. Ver gráfica No 1.

La diabetes mellitus y EPOC con 25,5% y 23,6% respectivamente, son dos comorbilidades frecuentes, sin embargo en la categoría otros se encuentra el 92,7% de los pacientes.

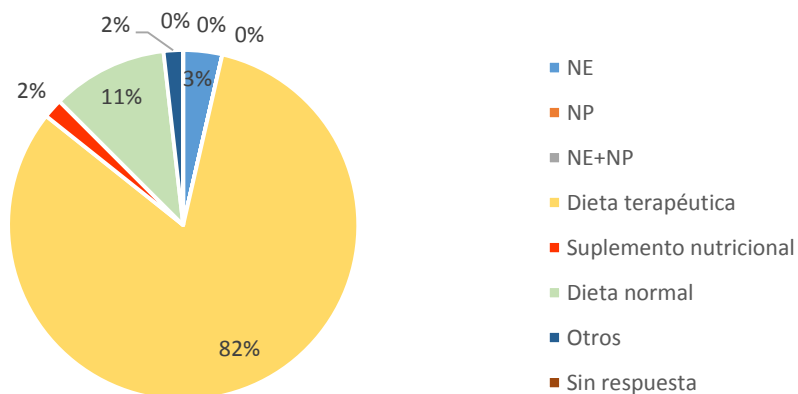
En cuanto a las modalidades de terapia nutricional se encontró que la mayor proporción corresponde a la dieta terapéutica en un 82,1%. Se reportó 1 paciente recibiendo suplementación nutricional, dos pacientes recibían soporte nutricional enteral, 1 por sonda nasogástrica y 1 del que no se reporta la vía.

En la categoría otros se encuentran los pacientes con indicación de no recibir nada por vía oral, con dieta líquida o sin formulación, que corresponden a 1 paciente. Es de aclarar que un mismo paciente puede tener dieta + suplemento y/o soporte nutricional. Ver gráfica No 2.

Gráfica 1. Organos afectados en el servicio de medicina interna.



Gráfica 2 Tipo de terapia nutricional en el servicio de medicina interna.



La tabla No 2 muestra el comportamiento de los servicios de medicina interna a nivel nacional y mundial, resaltando como en las instituciones colombianas la relación dieta terapéutica/dieta normal es 56,6/24,7 comparativamente con la tendencia mundial que muestra 32,5/51,1. El estudio no permite saber si los aportes nutricionales de las dietas terapéuticas se mantienen aún con la modificación de nutrientes o consistencia

Tabla No 2. Tratamiento dietario en el servicio de Medicina Interna			
	Institución	Nacional	Mundial
NE	3,6%	6,3%	9,5%
NP	0%	0,6%	2,6%
NE+NP	0%	0,1%	0,7%
Dieta terapéutica	82,1%	56,6%	32,5%
Suplemento nutricional	1,8%	8,7%	9,4%
Dieta normal	10,7%	24,7%	51,1%
Otros	1,8%	1,7%	5,4%
Sin respuesta	0%	1,3%	2,9%

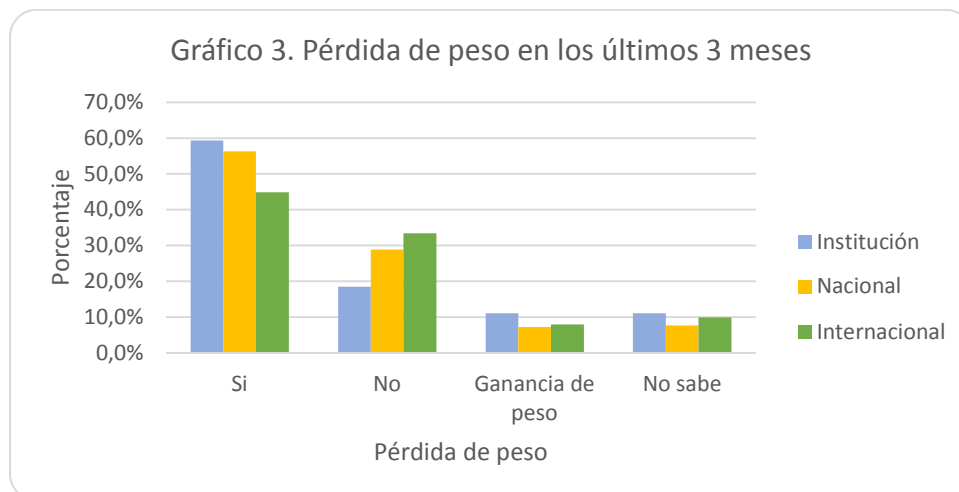
Riesgo nutricional

Para evaluar el riesgo nutricional de los pacientes, se tienen en cuenta dos variables: pérdida de peso y disminución de la ingesta. Estos aspectos son comunes en la mayor parte de las herramientas de tamizaje nutricional.

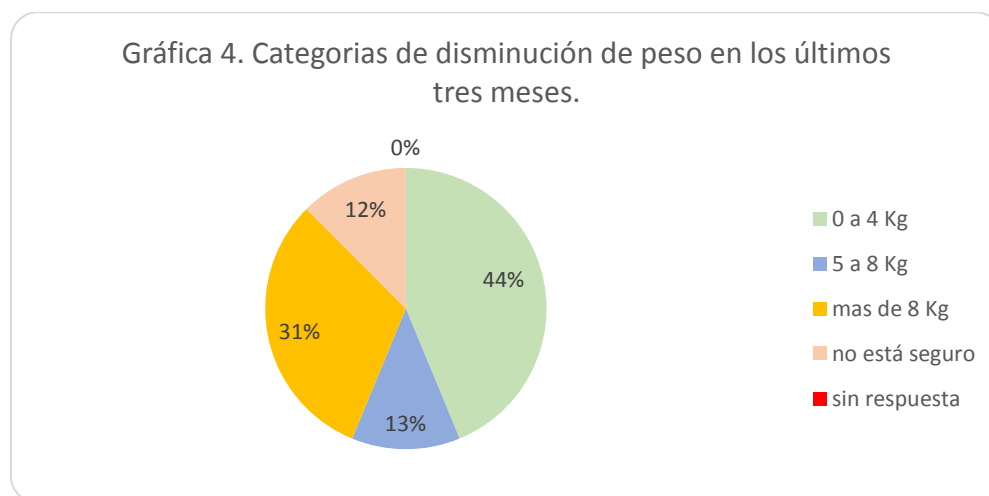
NutritionDay describe cuatro momentos del riesgo: pérdida de peso en los últimos tres meses, magnitud de la pérdida, disminución de la ingesta en la última semana y cuantificación del consumo el día de la encuesta.

A continuación se describen los hallazgos del servicio en estos aspectos

- El 59,3% de los participantes reportaron pérdida de peso en los últimos 3 meses vs 29,6% que no la han sufrido. La gráfica No 3 muestra la situación del servicio en comparación con los demás servicios de medicina interna a nivel nacional y mundial.

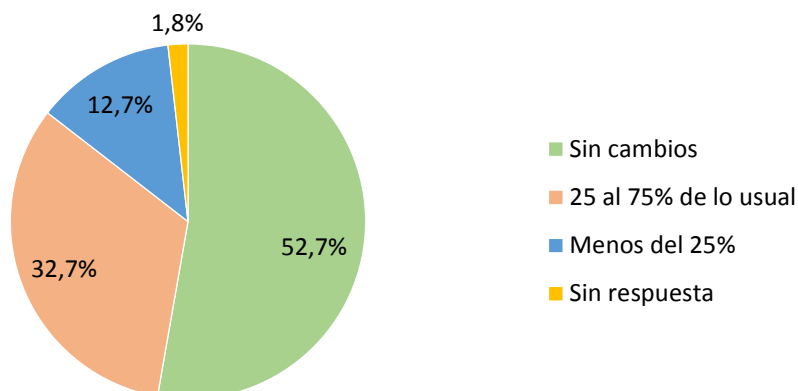


- La magnitud del peso perdido marca de alguna manera el pronóstico de la enfermedad y las complicaciones derivadas de la misma. El 31,3% de los pacientes del servicio perdió más de 8 kilogramos y el 43,8% menos de 4 kilos. Ver gráfica No 4



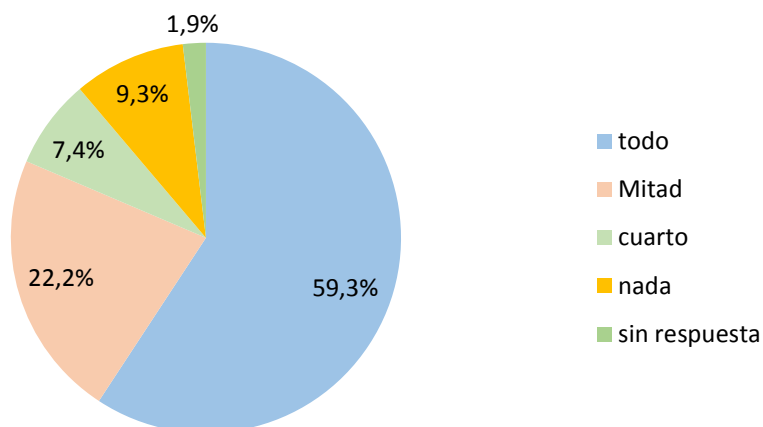
- Durante la última semana el 52,7% de los pacientes no refirió cambios ni disminución en la ingesta, el 32,7% sólo ha consumido entre el 25 y 75% de lo usual y el 12,7% menos del 25%. Ver gráfica No 5.
De los 25 pacientes que refieren disminución de la ingesta, el 56% refiere que esta es secundaria a pérdida del apetito, el 4% a problemas para masticar o tragar y el 40% sin causa específica.

Gráfico No 5. Consumo de alimentos en la última semana



- El día de la encuesta se evaluó por observación directa el consumo de alimentos sólidos recibidos por los pacientes. El 50% de los pacientes refirió no tener hambre. El 50% de los pacientes consumió la totalidad de lo ofrecido y el 14,8% nada. En un paciente no se registró la ingesta. Ver gráfico No 6

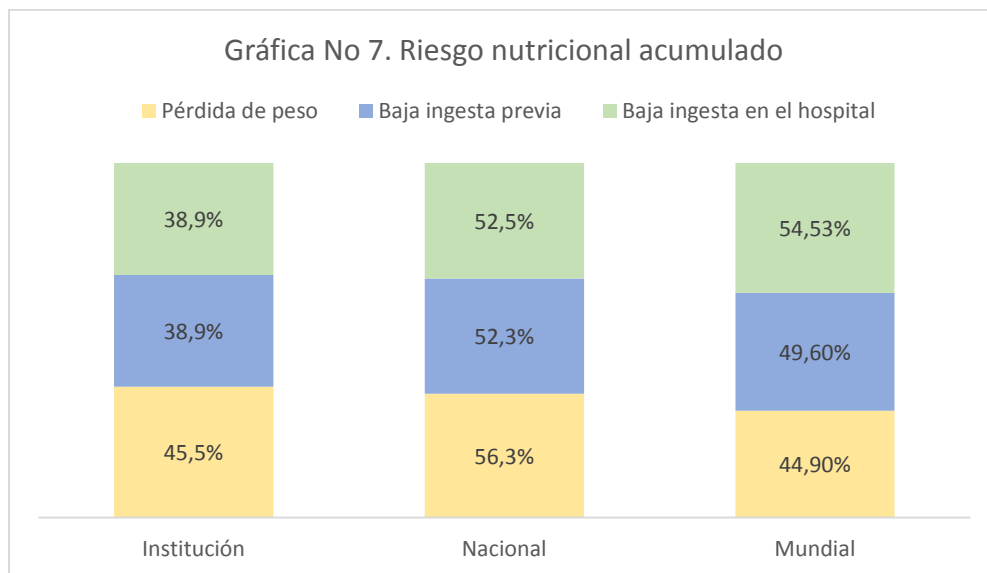
Gráfico No 6. Consumo del almuerzo



Al indagar las razones de no consumo 4 pacientes manifestaron disgusto por la comida ofrecida. Adicionalmente el 55,6% de los pacientes evaluados mencionaron consumir alimentos aparte de los ofrecidos en el hospital, pero el

estudio no permite obtener información para relacionar si los mismos que no comen la totalidad de lo ofrecido son aquellos que consumen otros alimentos.

La gráfica No 7 muestra un comparativo de las condiciones de riesgo del servicio, comparativamente con los demás servicios participantes a nivel nacional y mundial.



Servicio: Cirugía

Especialidad principal: Cirugía General

Participación del servicio en el estudio

A nivel nacional se incluyó el 65% (667) de los potenciales pacientes según el número de camas (1026). Este servicio incluyó el 56% (56) de los 100 pacientes reportados hospitalizados el día de la encuesta

A nivel nacional, sólo 4 de los 20 servicios de cirugía participantes cumplieron con la inclusión de mínimo el 80% de los pacientes potenciales.

El servicio reporta contar con un equipo conformado de cuidado nutricional (grupo de soporte metabólico y nutricional).

Los pacientes no son pesados al ingreso al servicio, esta medida solo se obtiene ocasionalmente.

A nivel nacional los pacientes son pesados al ingreso en 8 de los 20 (40%) servicios de cirugía participantes y a nivel internacional en 141 de los 174 totales (81%).

En el servicio se encontró peso reportado en la historia clínica en el 41,1% de los pacientes.

Descripción Demográfica

El 53,6% de los participantes fueron hombres (30 pacientes). El promedio de edad del servicio es de 54 años con un mínimo de 16 y un máximo de 86. A nivel nacional el límite inferior fue 14 y el superior 102 años.

El promedio de IMC fue de 21,9 kg/m² (DS: 3,1). Es de resaltar que dicho valor proviene de los datos de peso y talla del 32,1% de los participantes (18 pacientes), por lo cual no es considerado un valor representativo del servicio.

En cuanto a días de hospitalización, el promedio en el servicio es de 17 días (intervalo de 2 a 93 días), se observó la estancia en UCI de 5 pacientes, 12 en preoperatorio y 20 en posoperatorio.

En el seguimiento a los 30 días el 78,6% de los pacientes fue dado de alta al domicilio, se reportaron 4 defunciones y 7 readmisiones.

La evolución de los pacientes, su permanencia en la institución, el traslado a unidades de cuidado crónico y los reingresos pueden estar influenciados por el estado nutricional, sin embargo el tipo de estudio no permite establecer dicha relación.

Morbilidad y terapia nutricional

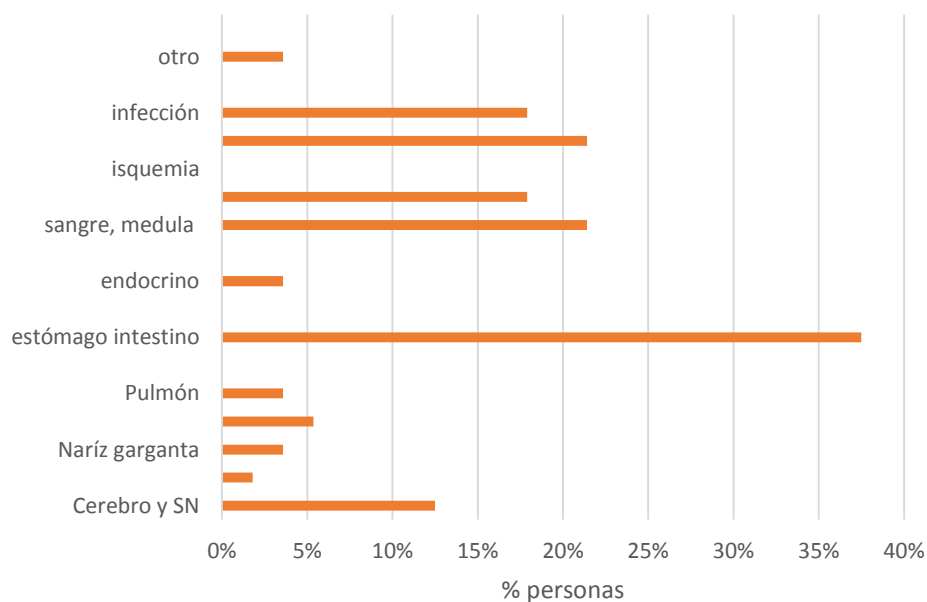
Se observan múltiples causas de hospitalización, siendo las enfermedades de estómago e intestino las más prevalentes con un 37,5% Ver gráfica No 8.

El 64,3% de los pacientes no reportaron ninguna comorbilidad.

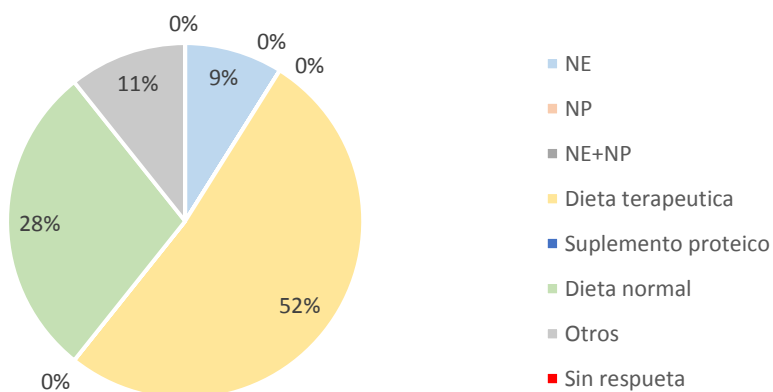
En cuanto a las modalidades de terapia nutricional se encontró que la mayor proporción corresponde a la dieta terapéutica en un 58% de los pacientes. No se reportaron pacientes recibiendo suplementación nutricional, 5 pacientes recibían soporte nutricional enteral 2 por sonda nasogástrica y 4 por gastrostomía (se reportó una vía de acceso que no corresponde a ningún paciente).

En la categoría otros se encuentran los pacientes con indicación de no recibir nada por vía oral, con dieta líquida o sin formulación, que corresponden a 6 pacientes. Es de aclarar que un mismo paciente puede tener dieta + suplemento y/o soporte nutricional y esto altera los porcentajes presentados en la gráfica. Ver gráfica No 9.

Gráfica 8. Organos afectados en el servicio de cirugía



Gráfica 9 Tipo de terapia nutricional en el servicio de cirugía.



La tabla No 3 muestra el comportamiento de los servicios de cirugía a nivel nacional y mundial, resaltando como en las instituciones colombianas la relación dieta terapéutica/dieta normal es 46,8/44 comparativamente con la tendencia mundial que muestra 15,9/64,7. El estudio no permite saber si los aportes nutricionales de las dietas terapéuticas se mantienen aún con la modificación de nutrientes o consistencia

Tabla No 3. Tratamiento dietario en el servicio de Cirugía			
	Institución	Nacional	Mundial
NE	10%	6,4%	8,7%
NP	0%	4,0%	5,2%
NE+NP	0%	0,5%	0,8%
Dieta terapéutica	58%	46,8%	15,9%
Suplemento nutricional	0%	5,3%	16,4%
Dieta normal	32%	44%	64,7%
Otros	12%	9,1%	4,4%
Sin respuesta	0%	1,5%	5,9%

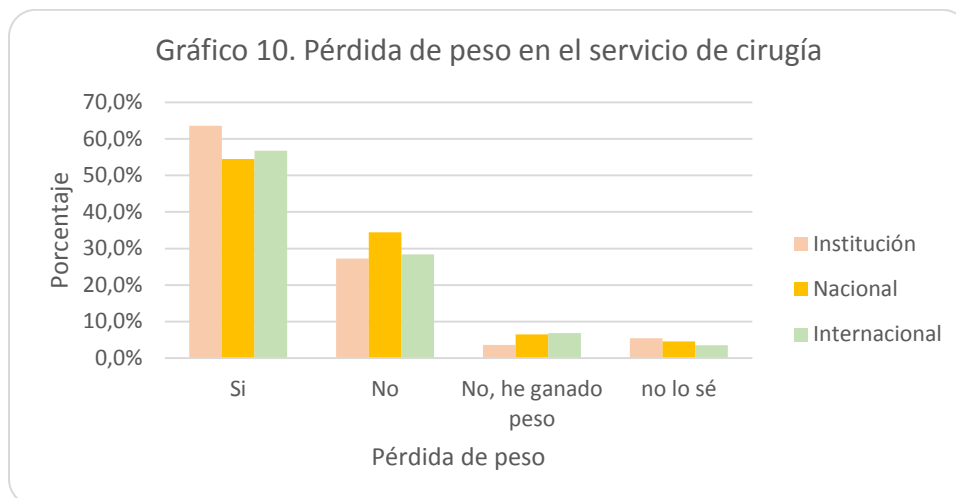
Riesgo nutricional

Para evaluar el riesgo nutricional de los pacientes, se tienen en cuenta dos variables: pérdida de peso y disminución de la ingesta. Estos aspectos son comunes en la mayor parte de las herramientas de tamizaje nutricional.

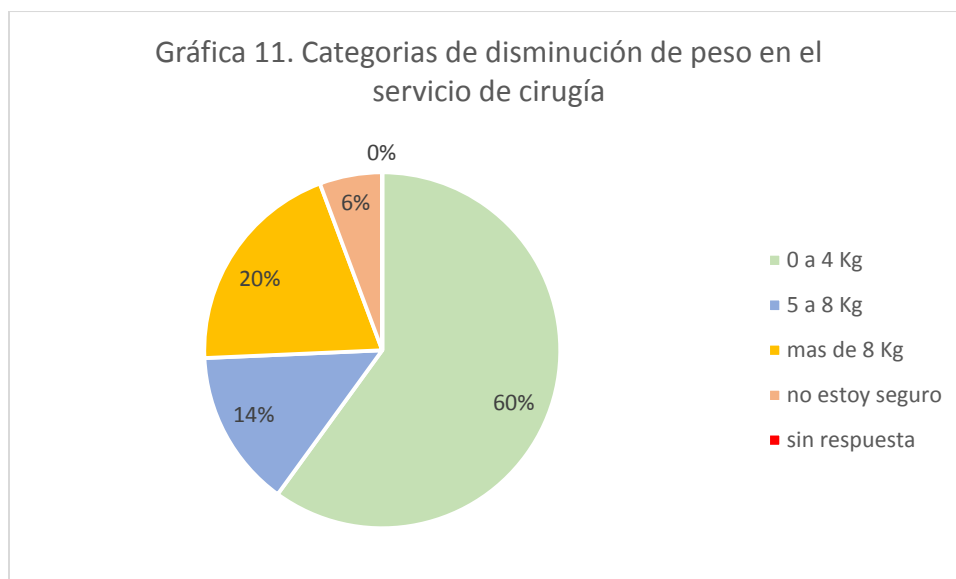
NutritionDay describe cuatro momentos del riesgo: pérdida de peso en los últimos tres meses, magnitud de la pérdida, disminución de la ingesta en la última semana y cuantificación del consumo el día de la encuesta.

A continuación se describen los hallazgos del servicio en estos aspectos

- El 63,6% de los participantes reportaron pérdida de peso en los últimos 3 meses vs 30,9% que no la han sufrido. La gráfica No 10 muestra la situación del servicio en comparación con los demás servicios de cirugía a nivel nacional y mundial.



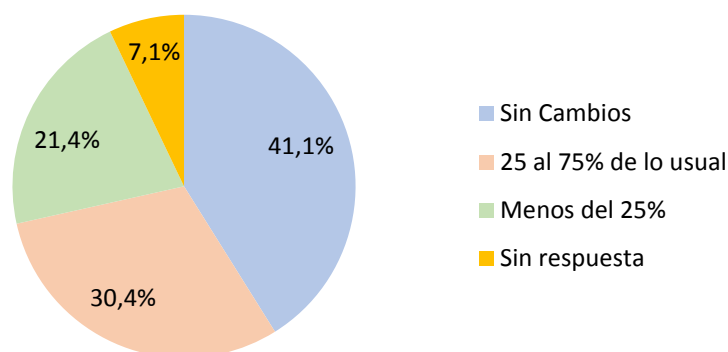
- La magnitud del peso perdido marca de alguna manera el pronóstico de la enfermedad y las complicaciones derivadas de la misma. El 20% de los pacientes del servicio perdió más de 8 kilogramos y el 60% menos de 4 kilos. Ver gráfica No 11



- Durante la última semana el 41,1% de los pacientes no refirió cambios ni disminución en la ingesta, el 30,4% sólo ha consumido entre el 25 y 75% de lo usual y el 21,4% menos del 25%. 4 pacientes no respondieron la pregunta. Ver gráfica No 12.

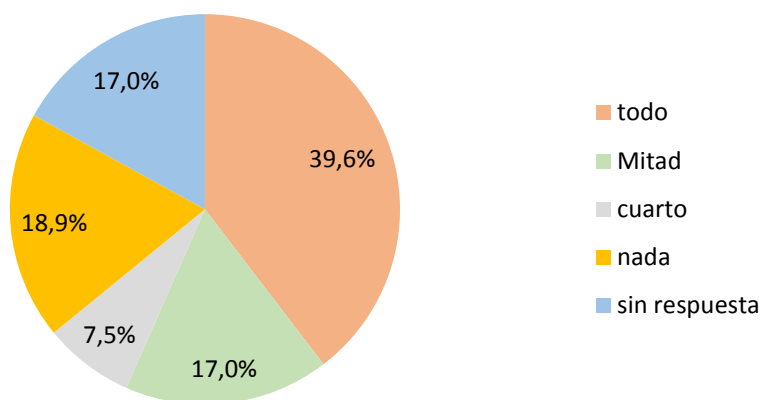
De los 29 pacientes que refieren disminución de la ingesta, el 44,8% refiere que esta es secundaria a pérdida del apetito, el 17,2% a problemas para masticar o tragar y el 37,9% sin causa específica.

Gráfico 12. Consumo de alimentos en la última semana



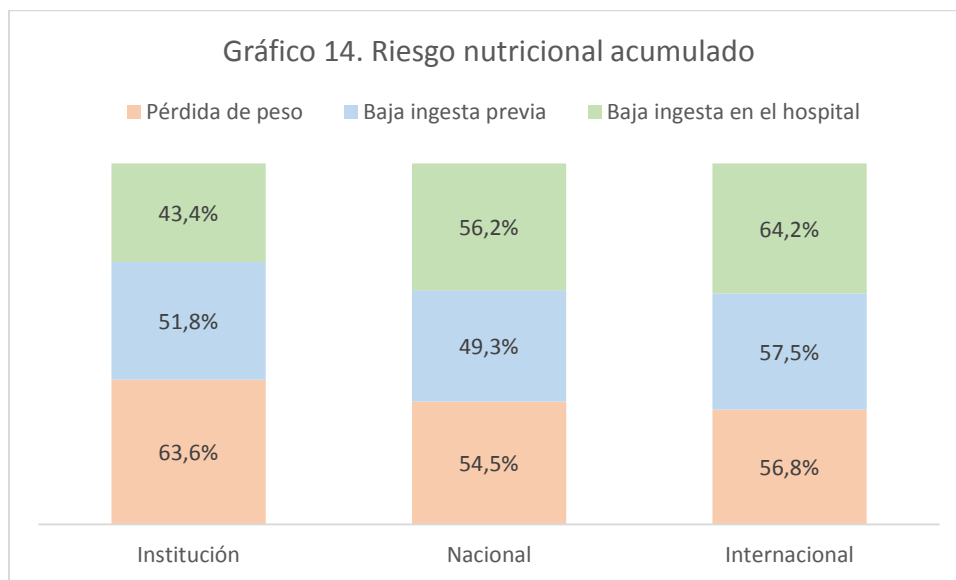
- El día de la encuesta se evaluó por observación directa el consumo de alimentos sólidos recibidos por los pacientes. El 53,8% de los pacientes refirió no tener hambre. El 39,6% de los pacientes consumió la totalidad de lo ofrecido y el 18,9% nada. Ver gráfico No 13

Gráfico 13. Consumo del almuerzo



Al indagar las razones de no consumo un paciente manifestó disgusto por la comida ofrecida. Adicionalmente el 50,9% de los pacientes evaluados mencionaron consumir alimentos aparte de los ofrecidos en el hospital, pero el estudio no permite obtener información para relacionar si los mismos que no comen la totalidad de lo ofrecido son aquellos que consumen otros alimentos.

La gráfica No 14 muestra un comparativo de las condiciones de riesgo del servicio, comparativamente con los demás servicios participantes a nivel nacional y mundial.



Recomendaciones:

Los resultados obtenidos en el NutritionDay deben significar para las instituciones participantes una oportunidad de reconocer los aspectos que podrían estar afectando el proceso de cuidado nutricional de sus pacientes y de implementar estrategias de mejora, que redunden en un proceso de calidad. Cada institución al identificar sus fortalezas y debilidades puede generar sus propias estrategias de mejora.

Algunas estrategias de mejora podrían ser:

1. **Establecer una política institucional de detección de riesgo nutricional.** Cada institución de acuerdo con sus características y disponibilidad de personal y tiempo debe elegir su propia herramienta de tamizaje, socializarla con todo el personal y vincular los administradores en el proceso.
Los pacientes sin riesgo al ingreso deben ser reevaluados secuencialmente buscando siempre la oportunidad de intervención si así fuera necesario.

- 2. Generar un programa de educación nutricional institucional.** Cuando se entiende el impacto negativo de la malnutrición no solo en la evolución de los pacientes sino en la optimización del recurso, todos los esfuerzos terapéuticos y administrativos estarán enfocados a prevenirla y tratar de revertirla si fuera posible, por lo que programas de socialización de la situación nutricional institucional y las estrategias para combatir la desnutrición deben ser de conocimiento de todo el personal de la institución.
- 3. Reconocer el manejo nutricional como parte de la terapia médica.** Cada institución debe desarrollar protocolos de intervención nutricional, donde se definan los niveles de atención (modificación dieta terapéutica, suplementación nutricional, soporte especializado), así como las responsabilidades y la interrelación de todo el equipo que interviene al paciente. Igualmente se debe vincular al personal asistencial no profesional (auxiliares de enfermería, camareras) al proceso de vigilancia nutricional. En caso de tenerlos se recomienda actualizarlos y socializarlos con todo el personal asistencial y administrativo.
- 4. Diseñar un programa de monitoreo nutricional.** El seguimiento a las actividades del proceso de cuidado nutricional debe ser estandarizado y asignado a una persona o grupo de personas. El monitoreo permanente permitirá la realización de ajustes y cumplimiento de objetivos, así como la divulgación de resultados.
- 5. Optimizar el cubrimiento de requerimientos nutricionales.** Evaluar la situación individual de cada paciente, determinar los requerimientos nutricionales e implementar el tratamiento requerido. En cuanto al consumo de alimentos ajustar lo ofrecido a gustos, preferencias, hábitos y horarios de alimentación. Considerar disminuir el uso de dietas terapéuticas, incrementar el suministro de entremeses nutricionalmente adaptados o el ingreso de alimentos adicionales a la dieta hospitalaria. Cuantificar los desperdicios como indicador indirecto del consumo de alimentos.
- 6. Implementar un programa de suplementación nutricional.** La prescripción de suplementos nutricionales como estrategia de cubrimiento de necesidades nutricionales y efectos preventivos de complicaciones derivadas del deterioro del

estado nutricional, de forma sistematizada y seguimiento a su consumo es una estrategia efectiva para prevenir y revertir la malnutrición hospitalaria.

7. Brindar educación alimentaria y nutricional. Establecer un programa de actividades educativas grupales e individuales donde se concientice a familiares, cuidadores y pacientes del papel de la nutrición en la recuperación del paciente. Todos los pacientes deberían egresar con un plan de alimentación y/o recomendaciones que den continuidad al tratamiento instaurado durante la hospitalización.

El alcance de estos programas debe trascender la misma institución al reconocer el estado nutricional al ingreso de sus pacientes atendidos, lo que les pasa dentro de la institución y a la salida, para poder ofrecer mejores oportunidades en salud.

Informe elaborado por:

CLAUDIA PATRICIA CONTRERAS L

Coordinadora NutritionDay 2011-2013

Con la asesoría estadística de:

GUSTAVO ALFONSO DIAZ M

Nutricionista Epidemiólogo