ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VII CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE ALIMENTACIÓN FUERA DEL HOGAR

MÁLAGA, OCTUBRE 2008

RAFAEL AGUSTÍN ZAYAS CASTRO

Enfermero UNCYD

"Es principio bien sabido y por lo común olvidado, que la mejor manera de empezar es comenzar por el principio."

Historia de los Heterodoxos españoles.
Marcelino Menéndez y Pelayo

DETECCIÓN TEMPRANA DE LA MALNUTRICIÓN

La malnutrición en nuestros Hospitales ronda en torno al 50% del total de los pacientes ingresados; cifra que es equivalente a la de los países de nuestro entorno.

Detectar a tiempo los casos de malnutrición ahorra sacrificios a nuestros pacientes y mejora la calidad y la optimización de recursos de los sistemas de salud.

COMO SE DETECTA:

Mediante la aplicación del cribado nutricional MUST.

Mediante la correcta interpretación de determinados parámetros analíticos.

MÉTODO DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS (MUST)

Nombre y apellidos:

Paso 1

Puntuación por el IMC

IMC Kg/m^2	Puntos
≥ 20	= 0
18,5 – 20	= 1
≤ 18,5	= 2

IMC= peso (Kg) / (talla)^2 (m)*

Puntuación IMC:

Paso 2

Puntuación por pérdida de peso

Pérdida de peso** (PP) involuntaria los últimos 3-6 meses

%	Puntos
≤ 5	= 0
5 – 10	= 1
≥ 10	= 2

$$(\%PP) = \frac{\text{peso inicial} - \text{peso actual}}{\text{peso inicial}} \times 100$$

Puntuación % PP:

Paso 3

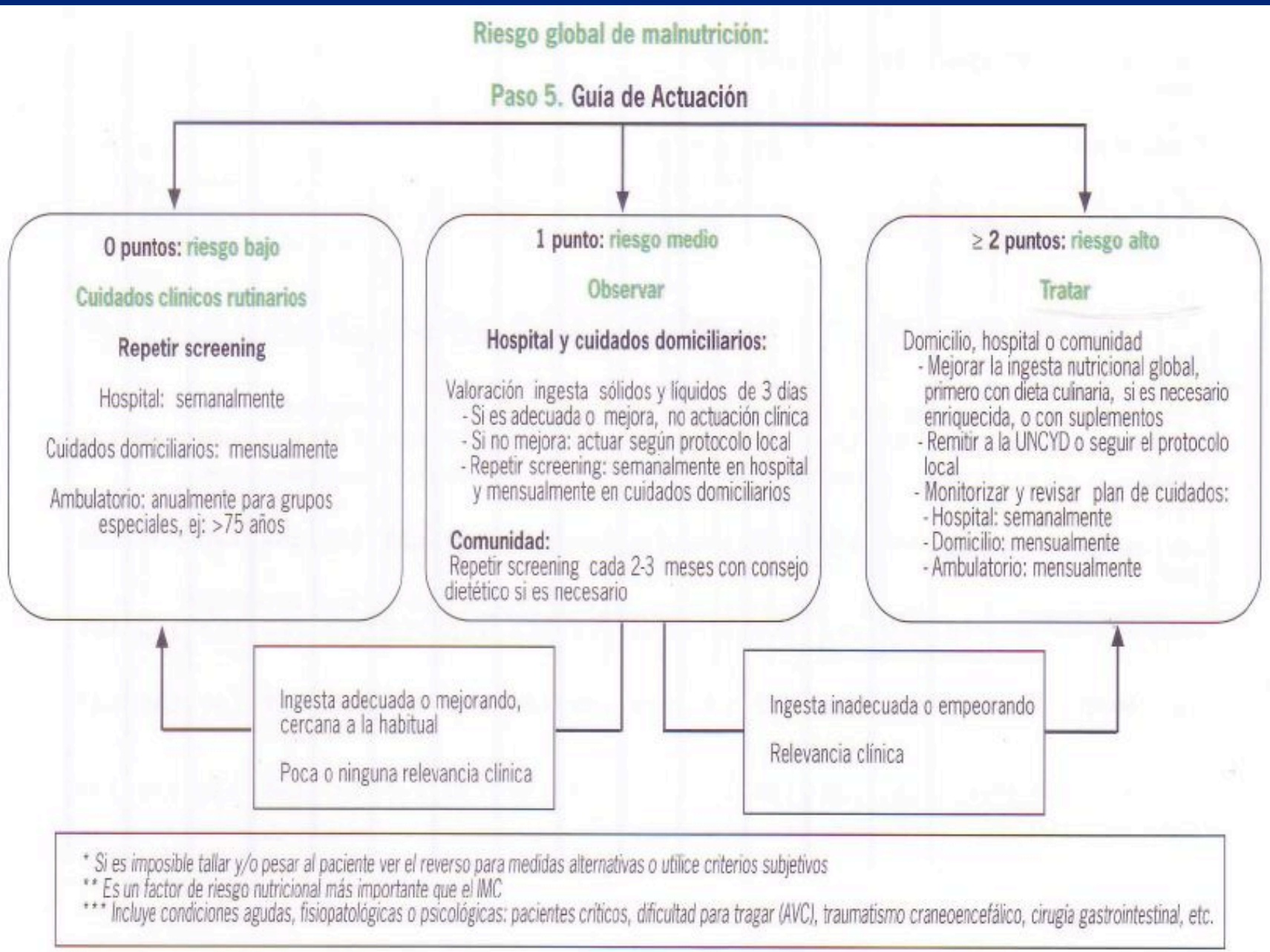
Efecto de la enfermedad aguda

Paciente con enfermedad aguda*** y que ha estado o es probable que esté sin aporte nutricional por más de 5 días.

2 puntos

Puntuación:

Paso 4. Sume los puntos para calcular el riesgo global de malnutrición


Riesgo global de malnutrición:
Paso 5. Guía de Actuación
0 puntos: riesgo bajo
Cuidados clínicos rutinarios
Repetir screening
Hospital: semanalmente
Cuidados domiciliarios: mensualmente
Ambulatorio: anualmente para grupos especiales, ej: >75 años
1 punto: riesgo medio
Observar
Hospital y cuidados domiciliarios:
Valoración ingesta sólidos y líquidos de 3 días
- Si es adecuada o mejora, no actuación clínica
- Si no mejora: actuar según protocolo local
- Repetir screening: semanalmente en hospital y mensualmente en cuidados domiciliarios
Comunidad:
Repetir screening cada 2-3 meses con consejo dietético si es necesario
≥ 2 puntos: riesgo alto
Tratar
Domicilio, hospital o comunidad
- Mejorar la ingesta nutricional global, primero con dieta culinaria, si es necesario enriquecida, o con suplementos
- Remitir a la UNCYD o seguir el protocolo local
- Monitorizar y revisar plan de cuidados:
- Hospital: semanalmente
- Domicilio: mensualmente
- Ambulatorio: mensualmente
Ingesta adecuada o mejorando, cercana a la habitual
Poca o ninguna relevancia clínica
Ingesta inadecuada o empeorando
Relevancia clínica
* Si es imposible tallar y/o pesar al paciente ver el reverso para medidas alternativas o utilice criterios subjetivos
** Es un factor de riesgo nutricional más importante que el IMC
*** Incluye condiciones agudas, fisiopatológicas o psicológicas: pacientes críticos, dificultad para tragar (AVC), traumatismo craneoencefálico, cirugía gastrointestinal, etc.

CONSEJO BÁSICO DIETÉTICO

- Consiste en una serie de recomendaciones inteligibles para el paciente que enfatizan en los aspectos saludables DE LA DIETA según su estado y patología.

- Imprescindible en todos aquellos pacientes en los que se detecta una falta de conocimientos en relación a la dieta a seguir al alta hospitalaria.

- A incluir en el ICC.

DIGESTIVO

- Reflujo gastro-esofágico
- Estreñimiento
- Síndrome de intestino irritable
- Intolerancia a la lactosa y otros disacáridos
- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- Enfermedad celíaca
- Pancreatitis crónica con diabetes asociada

CIRUGÍA

- Postoperatorio en esofagogastrectomía
- Postoperatorio de ileostomía, colectomía y gastrectomía
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía ORL
- Traumatología
- Preoperatorio en Cirugía Mayor

ENDOCRINOLOGÍA

- Obesidad
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad
- Diabetes
- Dislipemias

GINECOLOGÍA

- Embarazo
- Lactancia
- Menopausia
- Diabetes gestacional

GERIATRÍA

- Anorexia
- Disfagia
- Toma de medicamentos
- HTA

HEPATOLOGÍA Y VÍAS BILIARES

- Cirrosis
- Cirrosis con encefalopatía
- Colelitiasis asintomática
- Colostasis crónica

V.I.H-SIDA

- Anorexia
- Interacciones farmacológicas

NEFROLOGÍA

- Insuficiencia renal pre-diálisis
- Insuficiencia renal en diálisis

NEUMOLOGÍA

- EPOC
- Fibrosis quística
- Tuberculosis pulmonar

NEUROLOGÍA

- Disfagia neuromotora
- Enfermedad de Alzheimer
- Lesionados medulares
- Enfermedad de Parkinson
- Epilepsia

ONCOLOGÍA

- Pluri-patologías oncológicas
- Anorexia y alteración del gusto
- Nauseas y vómitos
- Disfagia y/o mucositis
- Diarrea y dolor abdominal
- Estreñimiento

PSIQUIATRÍA

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Depresión
- Control de la tiramina
- Esquizofrenia

TAXONOMÍAS ENFERMERAS

Diagnósticos sugeridos en relación a los cuidados en alimentación.

Diagnósticos:

00001 Deseq. nutricional por exceso
00002 Deseq. nutricional por defecto
00011 Estreñimiento
00015 Riesgos de estreñimiento
00025 Riesgo desequilibrios v. líquidos

.../...

00039 Riesgo de aspiración
00046 Deterioro de la integridad cutánea
00047 Riesgo de deterioro integridad tisular
00108 Def. de autocuidado baño/higiene
00102 Def. de autocuidado: alimentación
00126 Conocimiento def. nutrición
00149 Temor al cambio en la situación de salud.

.../...

Problemas de colaboración:

Diarrea
Dolor
Fatiga-anemia
Fiebre
Náuseas-vómitos
Infección
Depresión
Desequilibrio hidroelectrolítico
Riesgo de asfixia

Bibliografía.

- Nutrición Clínica y Dietética. Proceso de soporte. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

- Manual de Nutrición Clínica y Dietética. Dr. Olvéira Fuster, Gabriel.

- Manual de Recomendaciones Nutricionales al alta hospitalaria. Drs. León y Celaya. Novartis.

Y ahora, con su permiso ....

MUCHAS GRACIAS