ASPECTOS BÁSICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÒN.

DRA. NINOSKA DELGADO O

11 DE FEBRERO 2022

ÍNDICE CONTENIDOS

- Desnutrición relacionada con la enfermedad.
- Calculo de las necesidades energéticas e hídricas.
- Impacto económico de la desnutrición en la salud. Predyces.
- Evaluación del estado nutricional del paciente.

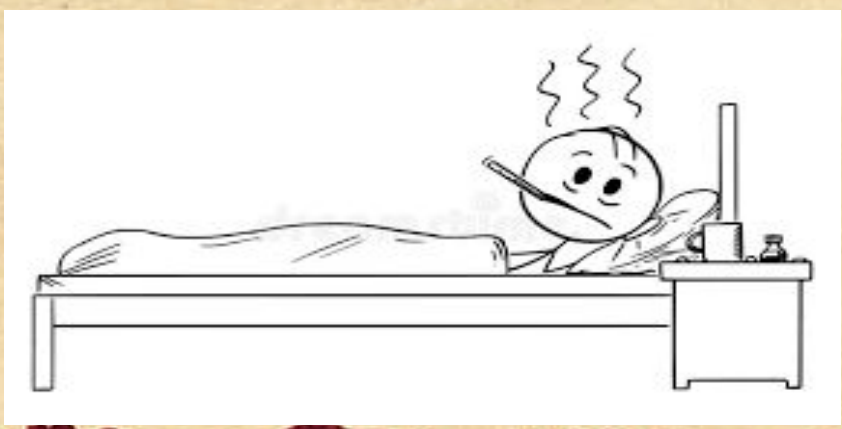
✔ cribado nutricional

✔ Consenso GLIM. Grado de desnutrición y criterios de gravedad.

- Acciones nutricionales propuestas.

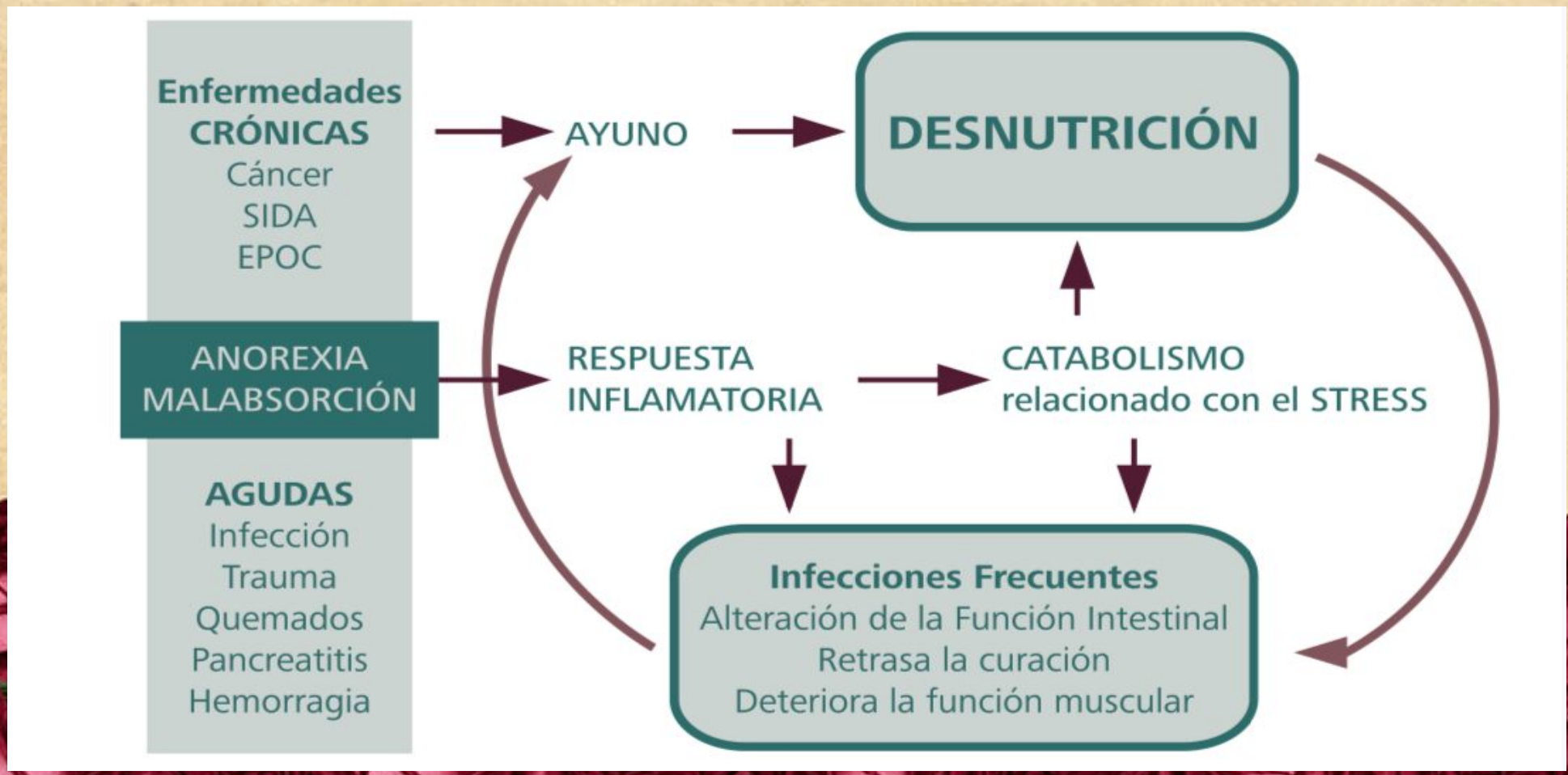
DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

- **Alteración** de la **composición corporal** producida por un **déficit de nutrientes** (por disminución de la ingesta o aumento de las pérdidas o de los requerimientos) como consecuencia de una **enfermedad aguda** o **crónica**, que disminuye las funciones vitales y repercute de forma negativa en la evolución clínica.



DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

Alteración de la **composición corporal** producida por un **déficit de nutrientes** (por disminución de la ingesta o aumento de las pérdidas o de los requerimientos) como consecuencia de una **enfermedad aguda** o **crónica**, que disminuye las funciones vitales y repercute de forma negativa en la evolución clínica.



Alianza Masnutridos- Cuaderno 0 Coste - Efectividad de la intervención nutricional

Cálculo necesidades nutricionales

MEDCALX.

- Las necesidades calóricas de los pacientes son muy diferentes y su cálculo se ve dificultado por los efectos de la enfermedad, agresión y medicación.

NCE = GEB x FA

- Harris benedict.

Mujeres (GEB) (kcal) = 655.10 + 9.56P + 1.85A – 4.68E

Hombres (GEB) (kcal) = 66.47 + 13.75P+ 5.0A - 6.76E

FACTOR DE AGRESIÓN

- Sepsis: 1.4-1.3
- Trauma: 1.4-1.3
- Quemado
  - 40% SC = 1.5
  - 100% SC= 1.95

NCE: Necesidades calóricas estimadas, GEB: Gasto energético basal, FA: Factor de agresión

ESTIMACIÓN DE NECESIDADES ENERGÉTICAS

Cálculo kcal por kg de peso

SITUACIÓN CLÍNICA	Kcal/kg peso/día
Pacientes muy poco estresados (desnutrición, en coma)	25
Pacientes moderadamente estresados (cirugía y trasplante no complicados, pancreatitis, hepatopatías, cáncer, sepsis)	30
Pacientes muy estresados (cirugía y pancreatitis complicada, respuesta inflamatoria sistémica…)	35
Pacientes severamente estresados con requerimientos extra muy elevados (grandes quemados)	40

ESTIMACIÓN DE LAS NECESIDADES HÍDRICAS

Una estimación precisa puede realizarse mediante el balance hídrico (BH) diario:

BH = [volumen total soluciones IV (ml) + aditivos IV (ml) + agua de oxidación] - [volumen orina (ml) + pérdidas por fístulas, vómitos, diarreas, drenajes + pérdidas insensibles (10-15ml/kg/día)]

Recomendación National Research Council	1-1.5ml/kcal ingerida
Holliday y Segar	1500+20mlx(peso corporal-20) < 50 años 1500+15ml x (peso corporal-20) > 50 años
Recomendaciones ASPEN	30-40ml/kg peso/día
Según la superficie corporal	1500-1700ml/m2/día

Farm Hosp.2009;33(Supl 1):23-35

- Calculo de necesidades de agua
  - Perdidas 50 – 100 ml/día heces
  - 500 – 1000 ml/día sudor
  - 0,5 – 1 ml/kg/ día orina.
  - Fiebre aumenta 200ml/dia/ºC

- LA ENFERMEDAD aumenta las deficiencias nutricionales y los requerimientos calóricos.

Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia CC BY-SA-NC

Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study

J. Álvarez-Hernández[1], M. Planas Vila[2], M. León-Sanz[3], A. García de Lorenzo[4], S. Celaya-Pérez[5], P. García-Lorda[6], K. Araujo[6], B. Sarto Guerri[7]; on behalf of the PREDyCES® researchers

- Prevalencia de la desnutrición hospitalaria y costes asociados en España (2009)
- 1597 pacientes de 31 hospitales del Estado
- Prevalencia de DRE (NRS 2002): **23.7% (37% en > 70 años)**

		Desnutrición al alta	Buen estado nutricional al alta
Desnutrición al ingreso	%	71,8%	28,2%
	Estancia media (días)	11,8	11,1
	Coste (€ 2009)	8.196€	8.351€
Buen estado nutricional al ingreso	%	9,6%	90,4%
	Estancia media (días)	15,2	8
	Coste (€ 2009)	12.237€	6.408€

December 2007 · Clinical Nutrition Supplements 2(1):25-32

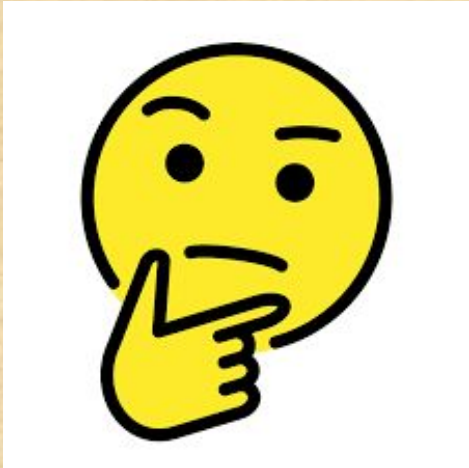
The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements

- El 72% del coste estimado fue atribuido a la desnutrición
- Los costes hospitalarios supusieron un 51% del coste total
- La mayor parte del coste derivó de la atención a personas mayores
- Los costes de la Nutrición Artificial supusieron solo el 2% del coste total

	COSTE ANUAL DE 2007
Desnutrición relacionada con enfermedades	15.000 millones € (13.000 millones £)
Obesidad	Entre 3.800 y 4.300 millones € (Entre 3.300 y 3.700 millones £)
Sobrepeso y obesidad	Entre 7.700 y 8.700 millones € (Entre 6.000 y 7.400 millones £)

Playa La Caracola

Como evaluó el estado nutricional del paciente?



FELANPE
FEDERACIÓN
LATINOAMERICANA
DE TERAPIA
NUTRICIONAL
NUTRICIÓN CLÍNICA
Y METABOLISMO

Y METABOLISMO
PE
Metabolism

ition

EL CRIBADO NUTRICIONAL

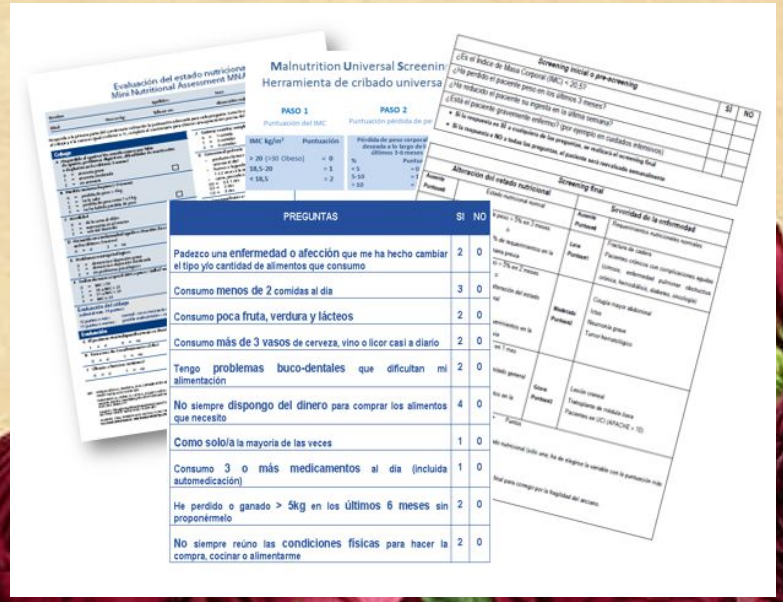
Test que ayuda a identificar a pacientes con DRE o riesgo nutricional a corto-medio plazo.

Más de 70 métodos descritos

No existe 1 Gold estándar

ESPEN	ASPEN
MUST	VGS
MNA	VGS_GP

ESPEN
The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism



VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE

Por favor, conteste al siguiente formulario escribiendo los datos que se le piden o señalando la opción correcta, cuando se le ofrecen varias.

Nombre y Apellidos _____

Edad ___ años

Fecha / /

PESO actual _____ kg
Peso hace 3 meses kg

ALIMENTACIÓN respecto hace 1 mes:
- ❑ como más
- ❑ como igual
- ❑ como menos

Tipo de alimentos:
- ❑ dieta normal
- ❑ pocos sólidos
- ❑ sólo líquidos
- ❑ sólo preparados nutricionales
- ❑ muy poco

ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes:
- ❑ normal
- ❑ menor de lo habitual
- ❑ sin ganas de nada
- ❑ paso más de la mitad del día en cama o sentado

DIFICULTADES PARA ALIMENTARSE:
- ❑ SÍ
- ❑ NO

Si la respuesta era SÍ, señale cuál / cuáles de los siguientes problemas presenta:
- ❑ falta de apetito
- ❑ ganas de vomitar
- ❑ vómitos
- ❑ estreñimiento
- ❑ diarrea
- ❑ olores desagradables
- ❑ los alimentos no tienen sabor
- ❑ sabores desagradables
- ❑ me siento lleno enseguida
- ❑ dificultad para tragar
- ❑ problemas dentales
- ❑ dolor. ¿Dónde? _____
- ❑ _____
- ❑ depresión
- ❑ problemas económicos

ENFERMEDADES:
_____

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

OTROS TRATAMIENTOS:

ALBUMINA antes
De tratamiento Oncológico: g/dl

PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico:
mg/dl

EXPLORACIÓN FÍSICA:
Pérdida de tejido adiposo:
- ❑ SÍ. Grado
- ❑ NO

Pérdida de masa muscular:
- ❑ SÍ. Grado
- ❑ NO

Edemas y/o ascitis:
- ❑ SÍ. Grado _____
- ❑ NO

Úlceras por presión: ❑ SÍ ❑ NO
Fiebre: ❑ SÍ ❑ NO

'Malnutrition Universal Screening Tool'

BAPEN
www.bapen.org.uk

(Instrumento universal para el cribado de la malnutrición)

BAPEN es una sociedad benéfica registrada

'MUST'

MIOAPP

BAPEN
www.bapen.org.uk

Paso 1
Puntuación del IMC

IMC kg/m²	Puntuación
>20 (>30 Obesidad)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

+

Paso 2
Puntuación de la pérdida de peso

Pérdida de peso involuntaria en los últimos 3-6 meses

%	Puntuación
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

+

Paso 3
Puntuación del efecto de las enfermedades agudas

El paciente está muy enfermo **y** no ha habido, o es probable que no vaya a haber, aporte nutricional durante >5 días
2 puntos

Si no puede obtener la estatura ni el peso, consulte al dorso las medidas alternativas y el uso de criterios subjetivos

Es improbable que el efecto de las enfermedades agudas tenga aplicación fuera del hospital. Véase más información en el Manual explicativo 'MUST'

Paso 4
Riesgo global de malnutrición

Sume las puntuaciones para calcular el riesgo global de malnutrición
0 puntos: Riesgo bajo 1 punto: Riesgo intermedio 2 o más puntos: Riesgo alto

Paso 5
Directrices de tratamiento

0
Riesgo bajo
Asistencia clínica habitual
- Repetir el cribado
  Hospital: todas las semanas
  Residencias: todos los meses
  Comunidad: todos los años en grupos especiales, p. ej., mayores de 75 años

1
Riesgo intermedio
Observación
- Documentar el aporte dietético durante 3 días
- Si el aporte es suficiente: escaso interés clínico; repetir el cribado
  - Hospital: todas las semanas
  - Residencias: como mínimo todos los meses
  - Comunidad: como mínimo cada 2-3 meses
- Si el aporte es insuficiente: interés clínico; seguir las normas locales, fijar objetivos, mejorar y aumentar el aporte nutricional total, controlar y revisar periódicamente el plan de cuidados

2 o más
Riesgo alto
Tratamiento*
- Derivar a un dietista o a un equipo de apoyo nutricional, o aplicar las normas locales
- Fijar objetivos, mejorar y aumentar el aporte nutricional total
- Controlar y revisar el plan de cuidados
  Hospital: todas las semanas
  Residencias: todos los meses
  Comunidad: todos los meses

* Salvo que sea perjudicial o no se espere ningún beneficio del apoyo nutricional, p. ej., en caso de muerte inminente.

Cribado nutricional alternativas adaptadas al tiempo

Cuestionario autoadministrado
Puede cumplimentarlo el paciente, su familia o cuidador

PREGUNTAS	SI	NO
Padezco una **enfermedad o afección** que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimentos que consumo	2	0
Consumo **menos de 2** comidas al día	3	0
Consumo **poca fruta, verdura y lácteos**	2	0
Consumo **más de 3 vasos** de cerveza, vino o licor casi a diario	2	0
Tengo **problemas buco-dentales** que dificultan mi alimentación	2	0
No siempre **dispongo del dinero** para comprar los alimentos que necesito	4	0
Como solo/a la mayoría de las veces	1	0
Consumo **3 o más medicamentos** al día (incluida automedicación)	1	0
He perdido o ganado **> 5kg** en los **últimos 6 meses** sin proponérmelo	2	0
No siempre reúno las **condiciones físicas** para hacer la compra, cocinar o alimentarme	2	0

Sume la puntuación de las respuestas obtenidas y compruebe sus resultados:
Si su
puntuación es de 0 a 2
: Sus hábitos de alimentación son buenos.
Si su puntuación es de 3 a 5
: Su riesgo nutricional es moderado. Es necesario tomar medidas para mejorar sus hábitos alimentarios y estilo de vida.
Si su puntuación es de 6 o más:
: Esta en una situación de riesgo nutricional alto.

> Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002. Epub 2018 Sep 3.

ESPEN Endorsed Recommendation

GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community☆

GLIM: Global Leadership Iniciative in Malnutrition

THE EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM

Acción conjunta de
ASPEN, ESPEN, FELANPE y PENSA

Consenso GLIM
3 años de reuniones

• CNW/Austin	En 2016
• ESPEN/ Copenhagen	Sep 2016
• CNW/Orlando	Feb 2017
• ESPEN/ La Haya	Sep 2017
• CNW/ Las Vegas	En 2018
• ESPEN/ Madrid	Sep 2018

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

Cederholm T, et al., GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition e A consensus report from the global clinical nutrition community, Clinical Nutrition (2018), https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002

Consenso GLIM:

RIESGO DESNUTRICIÓN

Riesgo de desnutrición

- Uso de herramientas validadas para el cribado nutricional

VALORACIÓN

Criterios de valoración

- Fenotípicos
  - Pérdida de peso involuntaria
  - Bajo IMC
  - Pérdida de masa muscular
- Etiológicos
  - Ingesta y/o asimilación reducida
  - Presencia de inflamación/ enfermedad

DIAGNÓSTICO

Existe desnutrición si

al menos 1 criterio fenotípico + 1 criterio etiológico

GRAVEDAD

Determinación de la gravedad de la desnutrición

- En base a criterios fenotípicos

CRITERIOS FENOTÍPICOS		CRITERIOS ETIOLÓGICOS	
PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA	>5% en últimos 6 meses	INGESTA Y/O ABSORCIÓN REDUCIDA DE NUTRIENTES	≤50% requerimientos > 1 semana
	>10% más de 6 meses		Cualquier reducción > 2 semanas
BAJO IMC	<20 Kg/m² si <70 años		Trastorno gastrointestinal crónico con impacto nutricional
	<22 Kg/m² si >70 años		
MASA MUSCULAR REDUCIDA*	ASMI, Kg/m² < 7 V, < 6 M FFMI, Kg/m² < 17 V, < 15 M ALM, Kg < 21,4 V, 14,1 M	INFLAMACIÓN	Enfermedad crónica y/o aguda con inflamación sistémica grave

*Para la medición de la masa muscular, GLIM recomienda la medida por técnicas validadas de medición y/o examen físico: el uso de DEXA, BIA, ultrasonidos, CT o RMN, así como la medida del perímetro de la circunferencia de pantorrilla y/o brazo junto con la fuerza de presión del brazo dominante, que se correlaciona con la masa muscular.

Cederholm T et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community, Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9. doi: 10.1016/j. clnu.2018.08.002

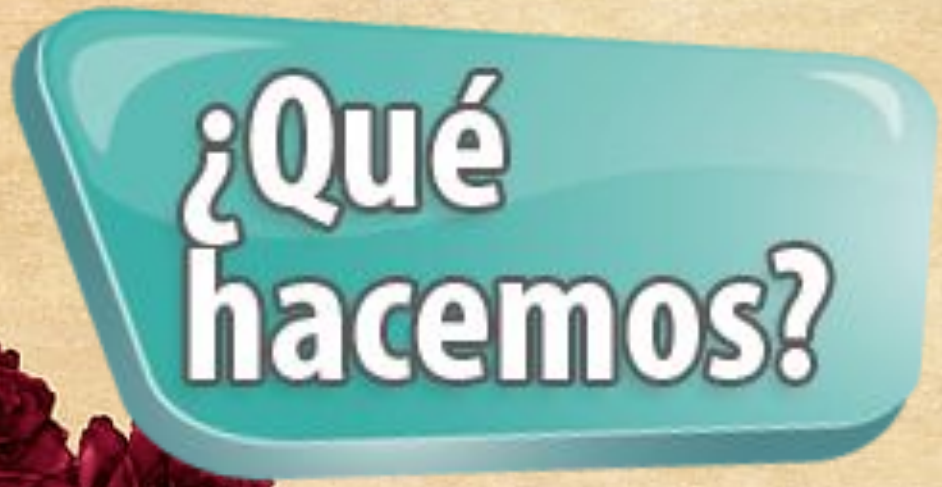
GLIM- Gravedad y categoría diagnóstica

EN BASE A CRITERIOS FENOTÍPICOS	DESNUTRICIÓN MODERADA	DESNUTRICIÓN GRAVE
PÉRDIDA DE PESO	5-10% últimos 6 meses 10-20% > 6 meses	>10% últimos 6 meses >20% > 6 meses
IMC (Kg/m²)	<20 -> menores 70 años <22-> 70 años o más	<18,5 -> menores 70 años <20-> 70 años o más
MASA MUSCULAR REDUCIDA	Pérdida leve a moderada	Pérdida grave

REZEPT

Parámetros valoración nutricional: LA TALLA

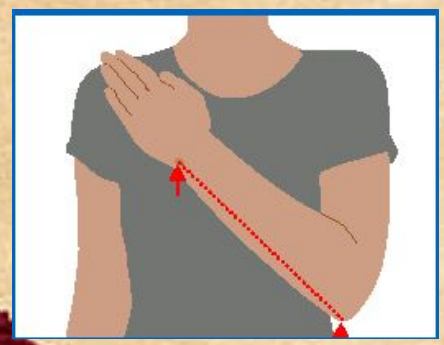
Cuando el paciente no se puede levantar…



ESTIMAR

Parámetros antropométricos
ESTIMACIÓN DE LA TALLA

Por la extensión del codo a la muñeca



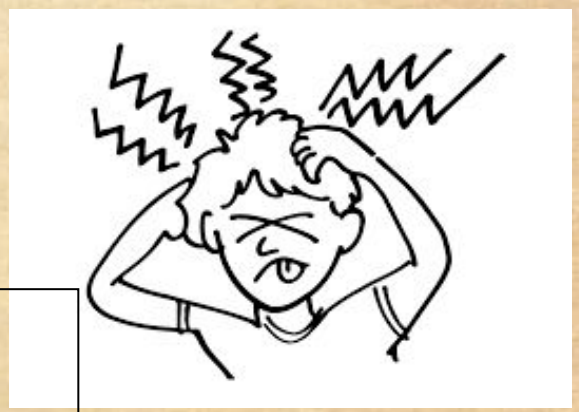
HEIGHT (m)	Men (<65 years)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
	Men (>65 years)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
	Ulna length (cm)	32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5
HEIGHT (m)	Women (<65 years)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
	Women (>65 years)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63
HEIGHT (m)	Men (<65 years)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
	Men (>65 years)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45
	Ulna length (cm)	25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5
HEIGHT (m)	Women (<65 years)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
	Women (>65 years)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40

Parámetros antropométricos
EL PESO

Cuando el paciente no se puede levantar…

ESTIMAR

Parámetros antropométricos
ESTIMACIÓN DEL PESO



Por altura talón-rodilla

PESO (Kg)

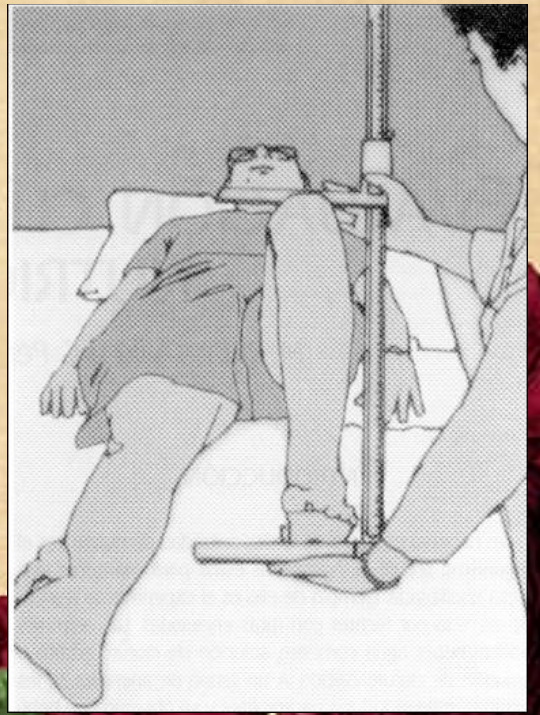
= (1,23xCB) + (1,15xATG) - (1,60xSexo) - (1,32xEdad) + (0.58xPAD)- 64,8.

CB=circunferencia del brazo

ATG=Altura talón-rodilla,

Sexo= Mujer 2, Hombre 1,

PAD= Perímetro abdominal en decúbito



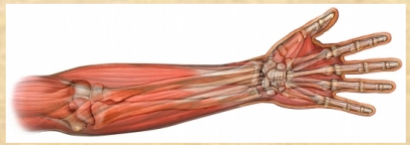
Parámetros antropométricos
ESTIMACIÓN DEL PESO

La valoración del peso actual en sujetos con amputación de miembros debe hacerse en relación al peso ideal (para la talla original) corregido por el % de amputación:

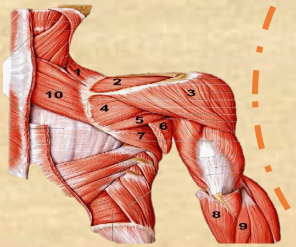
PIamp = [(100 - % amp) / 100] x PI

0.7%

2.3%



5.0%



1.5%

5.9%

16%

Barranco J MD. Valoración nutricional integral del paciente hospitalizado.

Osterkame, 1995

Parámetros antropométricos
ÍNDICE DE MASA CORPORAL

MEDCALX.

Relaciona el peso actual (kg) y la altura (m) del paciente.

IMC = Peso actual (kg)/ talla (m^2)

IMC	**Estado nutricional > 65** años
< 16	Desnutrición severa
16-16.9	Desnutrición moderada
17-18.4	Desnutrición leve
18.5-21	**Riesgo de malnutrición**
21,1-24.9	**Normonutrido**
25-29.9	Sobrepeso
> 30	Obesidad

Parámetros antropométricos
PESO HABITUAL

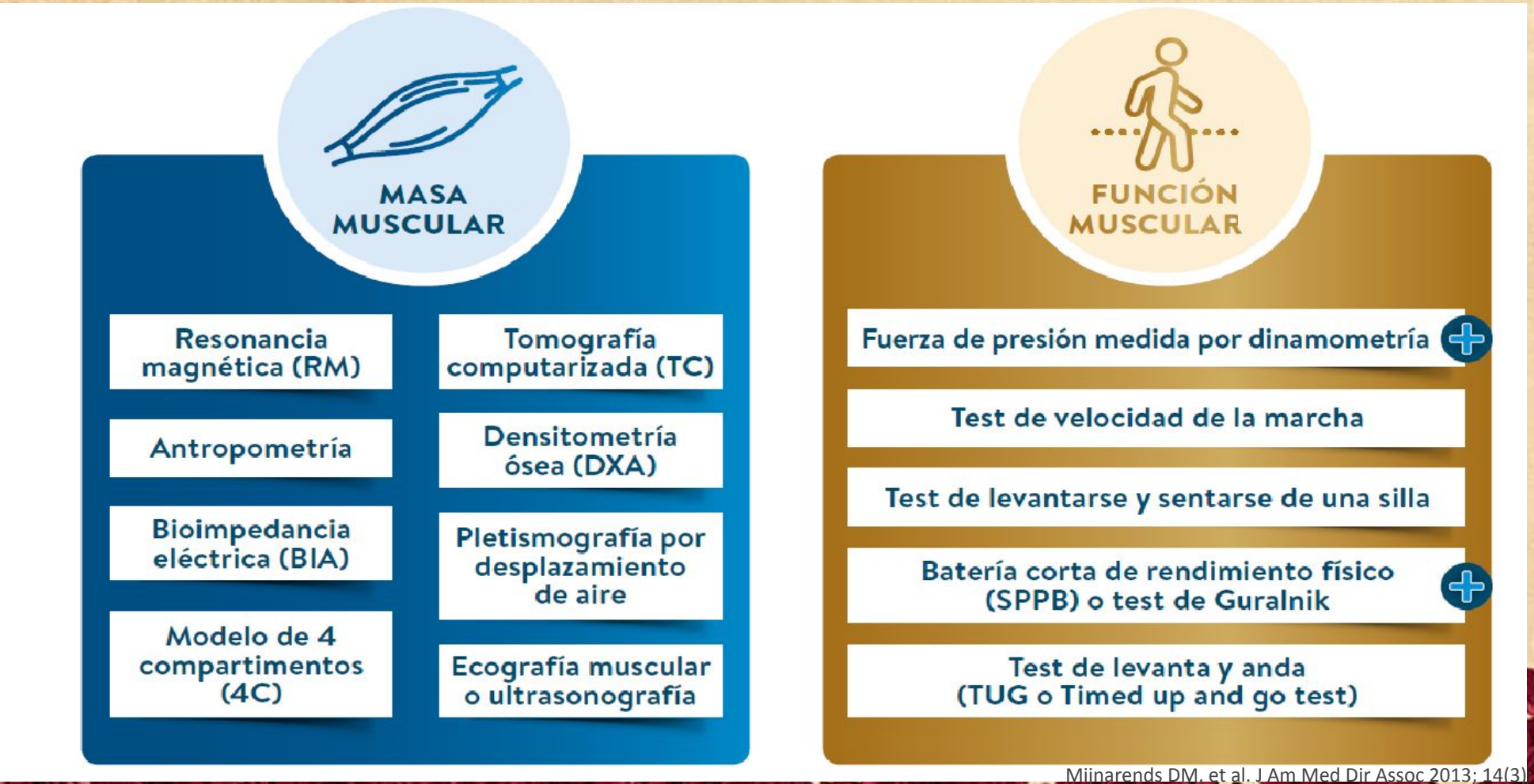
Es importante tenerlo en cuenta porque….

¿Y si el paciente anciano tiene un IMC normal pero ha perdido peso en los últimos 3 meses?

Peso actual (kg)/ peso habitual x 100

% Pérdida peso habitual	Estado nutricional
85-95%	Desnutrición ligera
75-84%	Desnutrición moderada
< 75%	Desnutrición severa
96-105%	Normonutrido
106-120%	Sobrepeso
> 120%	Obesidad

Medición de la masa muscular y funcionalidad



Miinarends DM, et al. J Am Med Dir Assoc 2013; 14(3): 170-8.
Beaudart C et al. Calcified Tissue International 2019; 105: 1-14.

CÓMO VALORAR ASMI** A PARTIR DE LA CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA

Valores de referencia
Medida circunferencia*

PANTORRILLA

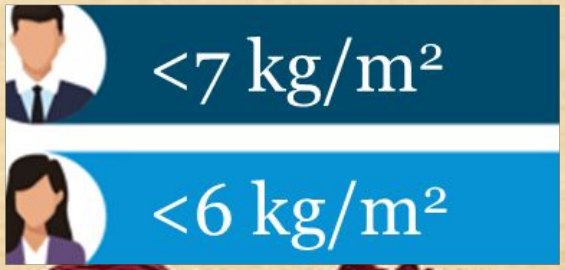
*indicativos de masa muscular reducida** ASMI: índice de masa apendicular esquelética

¿CÓMO VALORAR ASMI** A PARTIR DE LA CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA?[1]

ASMI (kg/m^2) = (−10.427 + (**circunferencia de pantorrilla (cm)** × 0.768) − (**edad (años)** × 0.029) + (**Sexo** × 7.523))/(**altura**^{2} (m))+ ((blanco x 0) o (negro x 2.2030) u (otro x(-0.42))

Sexo= 0 para mujeres y 1 para hombres

Valores de referencia para MM reducida (ASMI)[2]



1. Santos L et al. JPEN 2019 Nov;43(8):998-1007. doi: 10.1002/jpen.1605. Epub 2019 May 12. 2. Cederholm T et al. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9. doi: 10.1016/j. clnu.2018.08.002

Validez de la fuerza de prensión para evaluar el músculo

Alternativa para evaluar la pérdida de masa muscular porque:

ES UN BUEN SUSTITUTO DE LA MEDIDA DE LA MASA MUSCULAR†

CONSENSO GLIM[1]

ES UN MARCADOR INDEPENDIENTE

EWGSOP2*[2]

"la fuerza es un predictor potente de eventos adversos en los pacientes"

† en caso de que las técnicas de evaluación de masa muscular no estén disponibles

Valores fuerza de prensión disminuída si:

<27 Kg

<16 Kg

* EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People)

1. Cederholm T et al. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9. doi: 10.1016/j. clnu.2018.08.002
2. Cruz-Jentoft AJ. et al. Age and Ageing 2019; 48: 16–31.

EVALUACIÓN DE LA INGESTA

Parámetros valoración nutricional:
VALORACIÓN VISUAL DE LA INGESTA

Método del plato

Hoja de registro

Rodee con un círculo en cada comida la opción que se adapte mejor a la ingesta tomada, todo el menú, la mitad, un cuarto o nada.

DESAYUNO	2	1,5	1	0,5	0
COMIDA	4	3	2	1	0
CENA	4	3	2	1	0
EXTRAS	1	0,75	0,5	0,25	0

VALORACIÓN DE LA INGESTA POR PUNTOS - TOTAL ..... PUNTOS

8 o más puntos = ingesta adecuada
5 o más puntos = ingesta moderada
4 puntos o menos = ingesta pobre

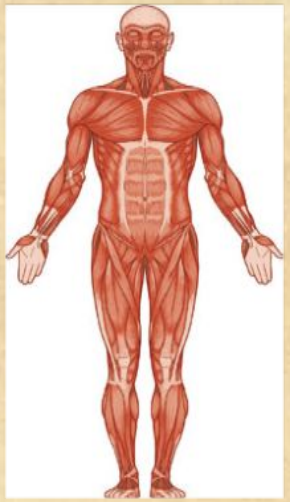
TRATAMIENTO NUTRICIONAL

ESTIMACIÓN de necesidades energéticas

Cálculo kcal por kg de peso

SITUACIÓN CLÍNICA	Kcal/kg peso/día
Pacientes muy poco estresados (desnutrición, en coma)	25
Pacientes moderadamente estresados (cirugía y trasplante no complicados, pancreatitis, hepatopatías, cáncer, sepsis)	30
Pacientes muy estresados (cirugía y pancreatitis complicada, respuesta inflamatoria sistémica…)	35
Pacientes severamente estresados con requerimientos extra muy elevados (grandes quemados)	40

ESTIMACIÓN de necesidades proteicas



IR	0.6-1g/kg/día
IR + diálisis	1-1.5g/kg/día
IR+ hemodiálisis filtración continua	1.5-2.5g/kg/día
Hepatopatías	0.6-1.5g/kg/día
Obesos (IMC 30-40 kg/m2)	2g/kg peso ideal/día
Obesos (IMC > 40kg/m2)	2.5g/kg peso ideal/día

¿Qué necesidades nutricionales tiene mi paciente?

ENERGÍA
25-30 kcal/kg peso/día

PROTEÍNAS
1-1.5g/kg peso/día

AGUA
30-40ml/kg peso/día

ACCIONES PROPUESTAS EN RELACIÓN A LA TERAPIA

NUTRICIONAL

- Protocolo de cuidados nutricionales
- Plan de cuidados individualizado
- Valoración de ingestas: Si disminuida evaluar las causas
- Valorar enriquecer la dieta
- Minimizar restricciones dietéticas
- Si ingesta insuficiente: valorar soporte nutricional especializado (SNO/NE)
- Continuidad de tratamiento nutricional al alta si fuera preciso

CONCLUSIONES

- Cambio de concepto de desnutrición: Desnutrición Relacionada con la enfermedad (DRE)
- Alta prevalencia de desnutrición en hospital, residencias y ambulatorios
- Aumento de morbimortalidad, estancia hospitalaria, reingresos, disminución de calidad de vida y autonomía: alto coste a nivel humano y económico
- Esencial evitar causas que promuevan la desnutrición hospitalaria: ayuno, restricción dietética... Vigilar ingestas

CONCLUSIONES

- Criterios GLIM:
  - Propuesta de dos pasos: cribado + diagnóstico y severidad de la desnutrición usando criterios fenotípicos y etiológicos
  - Cribado validado en las primeras 24-48 horas de ingreso en todos los pacientes
  - Diagnóstico de desnutrición: 1 criterio fenotípico (%pérdida peso/ IMC/ Reducción de masa muscular) y 1 criterio etiológico (ingesta o absorción reducida/ inflamación)
  - La severidad de desnutrición viene dada por los criterios fenotípicos

CONCLUSIONES

- La albúmina no debería de utilizarse como marcador nutricional.
- Ejecutar las acciones propuestas en relación a terapia nutricional: Cribado + Valoración y diagnóstico nutricional
- Tratamiento: - protocolos + individualizado.
- En caso de precisarlo: prescribir al alta, alimentos para usos médicos especiales. 1 mes.

ANALÍTICA

- Albumnina: potente indicador de riesgo morbi-mortalidad. Medicion de inflamación, enfermedad o lesión.
- Prealbumina: sensible a cambios a corto plazo en la inflamación, nutrición proteínica. Insuf. Renal ⬆ isuf. Hepatica.⬇
- Colesterol: <160 desnutrición + enfermedad grave subyacente. Se relaciona con aumento de morbimortalidad. Trastorno inflamatorio.
- Caroteno: indicador inespecífico de malabsorción e ingestión nutricional deficiente.
- Conteo de linfocitos totales: marcador inespecífico de desnutrición.
- Cociente cell T cooperad/supresoras: el cociente disminuye en pacientes con desnutrición grave.

HARRISON 20 EDICION. PRINCIPIO DE MED INT. PAG 2322 - 2323

ANALÍTICA

- Balance de nitrógeno: la orina de 24h se mide nitrógeno ureico urinario y se calcula el balance de nitrógeno; indicador de grado de catabolismo.
- Balance de nitrogeno= (proteína/6,25) – (NUU + 4) ajuste de aporte de proteínas.
- 3– metihistidina urinaria: indicador de catabolismo urinario y suficiencia de proteínas. Se libera con la degradación de la proteína miofibrilar. Requiere 3 días sin ingesta de carne.

HARRISON 20 EDICION. PRINCIPIO DE MED INT. PAG 2322 - 2323

Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia CC BY-NC-ND