



Original breve

Beneficios del soporte nutricional especializado precoz en pacientes con criterios de desnutrición

Jesús Manuel Morán López^{a,*}, Belén Benítez Moralejo^a, María Piedra León^b, Fidel Jesús Enciso Izquierdo^a, Luis Miguel Luengo Pérez^c y José Antonio Amado Señaris^b

^a Unidad de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres, España

^b Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Valdecilla, Santander, España

^c Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de marzo de 2016

Aceptado el 13 de octubre de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Desnutrición

Soporte nutricional especializado

Estancia media

Complicaciones

R E S U M E N

Introducción y objetivo: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) presenta una prevalencia del 23% en el medio hospitalario español y se asocia a complicaciones clínicas. El soporte nutricional especializado (SNE) puede reducir estas complicaciones.

Material y métodos: Estudio prospectivo en condiciones de práctica clínica habitual que compara la reducción de la estancia y las complicaciones en pacientes con NRS-2002 ≥ 3 puntos que recibieron SNE durante los 5 primeros días de ingreso (precoz) o posteriormente.

Resultados: El grupo con SNE precoz presentó una estancia media 8,83 días inferior al grupo con introducción tardía (IC 95% 3,55-14,10), si bien este grupo mostró un predominio de pacientes varones y con enfermedad oncológica que pudo influir en los resultados. Se describió una tendencia no estadísticamente significativa a la reducción de la mortalidad y las complicaciones totales.

Conclusión: La introducción precoz (primeros 5 días) del SNE en DRE se asoció a una reducción del 32,4% de la estancia.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Benefits of early specialized nutritional support in malnourished patients

A B S T R A C T

Introduction and objective: Disease related malnutrition (DRM) is highly prevalent in Spain, affecting 23% of in-hospital patients, and is associated with clinical complications. Specialized nutritional support (SNS) can reduce these complications.

Material and methods: Prospective study carried out in standard clinical practice conditions to test if SNS during the first 5 days of hospitalization, or subsequently, was associated to a lower length of stay or reduced complications in patients with a NRS-2002 score ≥ 3 points.

Results: In the group of patients who initiated early SNS, the length of stay was 8.83 days shorter than in the group with a later introduction (95% CI 3.55-14.10); nevertheless, the higher prevalence of male and oncological patients in this group could have impacted the results. A tendency towards a statistically significant lower mortality rate and a reduced amount of total complications was described.

Conclusion: The early introduction of SNS (within the first 5 days of hospitalization) in patients with DRM was associated with a 32.4% reduction in the length of stay.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Malnutrition

Specialized nutritional support

Length of stay

Complications

Introducción

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una entidad muy prevalente en el medio hospitalario. Según las series, entre el 20 y el 50% de los pacientes ingresados en los hospitales

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusmoranlopez@yahoo.es (J.M. Morán López).

españoles presentan DRE en función de la población estudiada y de la herramienta de valoración utilizada¹. A día de hoy solo se ha publicado un estudio multicéntrico nacional, el estudio PREDyCES², en el que se describe que el 23% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios españoles presentan criterios de desnutrición según la herramienta NRS-2002³. La DRE se asocia a una peor evolución clínica, con aumento de la estancia y los costes de hospitalización⁴. Resumiendo las consecuencias clínicas de esta entidad, destacaremos que la DRE se relaciona con retardo en la consolidación del callo de fractura, retardo en la cicatrización de las heridas, aparición de úlceras de decúbito, aumento de la incidencia de infecciones respiratorias y de herida quirúrgica, y disminución de la masa y la fuerza muscular, que conlleva alteraciones en la función respiratoria y cardiaca e, incluso, la muerte⁴. En el estudio PREDyCES se describió que los pacientes malnutridos presentaron una estancia media y unos costes de hospitalización superiores a los normonutridos, y que este hecho fue especialmente más notorio en los pacientes que se desnutrieron durante el ingreso, presentando estancias y costes que duplicaron a la de los pacientes normonutridos². El soporte nutricional especializado (SNE) ha demostrado ser eficaz a la hora de reducir las complicaciones asociadas a la DRE^{5,6}, y no todos los tipos de soporte nutricional pueden ser considerados equivalentes; está descrito que aportes nutricionales inferiores a lo requerido conllevan al desarrollo de DRE^{7,8}. En este contexto, son los médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición los que presentan una mayor pericia a la hora de pautar y controlar este tipo de tratamiento, comparándolos con los estándares internacionales y médicos no especialistas en Endocrinología y Nutrición⁹.

Objetivos del estudio

- **Objetivo primario:** determinar, si existiesen, los beneficios clínicos (definidos como disminución de la estancia hospitalaria) asociados a un plan de SNE precoz (dentro de los 5 primeros días del ingreso hospitalario) prescrito y controlado por un médico especialista en Endocrinología y Nutrición respecto a la introducción posterior del mismo, en pacientes que presenten riesgo nutricional al ingreso, definido como una puntuación igual o superior a 3 puntos en el test NRS-2002.
- **Objetivos secundarios:** determinar, si existiesen, los beneficios clínicos (definidos como disminución de la morbimortalidad) asociados a un plan de SNE precoz (dentro de los 5 primeros días del ingreso hospitalario) prescrito y controlado por un médico especialista en Endocrinología y Nutrición respecto a la introducción posterior del mismo, en pacientes que presenten riesgo nutricional al ingreso, definido como una puntuación igual o superior a 3 puntos en el test NRS-2002.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio prospectivo en condiciones de práctica clínica habitual realizado en el Hospital San Pedro de Alcántara (HSPA) de Cáceres. No se consideró ética la aleatorización de los pacientes en grupos con SNE precoz y tardío, por lo que su asignación a ambos grupos se realizó en función de la fecha de solicitud del SNE (antes o después del quinto día del ingreso).

Los pacientes candidatos fueron aquellos que presentaron una puntuación NRS-2002 igual o superior a 3 puntos al ingreso, en los que se solicitó SNE y que hubieran dado su consentimiento para la publicación de los resultados. Se excluyeron aquellos pacientes que ingresaron para procedimientos cuya estancia media esperada fuese inferior a 2 días (realización de gastroscopías endoscópicas

percutáneas) y los que ingresaron directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los servicios que participaron en el estudio fueron los existentes en el HSPA.

Definimos el grupo de intervención como aquel en el que el SNE se hubiese iniciado en un plazo menor de 5 días respecto a la fecha de ingreso, y control en el que el SNE hubiese comenzado después del día 5.

Determinación del tamaño muestral

Ante la ausencia de estudios que determinen la estancia media de los pacientes desnutridos al ingreso según la herramienta NRS-2002 que no reciben SNE en los primeros 5 días del ingreso, en nuestro estudio consideramos que la estancia media de este grupo (grupo control) supuso el 100% de la estancia de referencia o estancia control. Con el fin de calcular el tamaño muestral del estudio para determinar si la intervención nutricional especializada fue capaz de disminuir un 20% la estancia media, y asumiendo un error α del 5% y un error β del 20%, estimamos necesaria una muestra de 21 personas en cada grupo para demostrar nuestra hipótesis del objetivo primario. Para aumentar el poder estadístico incluimos el total de los pacientes atendidos durante un período de 10 meses (septiembre de 2013 a junio de 2014).

Protocolo del estudio

La intervención nutricional se inició el día en el que se realizó la petición de SNE. El médico investigador acudió a visitar al enfermo, se presentó y solicitó autorización para la recogida de datos.

Se recogieron los siguientes datos: número de historia, edad, sexo, conjunto mínimo de datos básicos hospitalarios, fecha de ingreso y fecha de inicio del soporte nutricional, y se asignó al paciente a una de las siguientes categorías según el motivo de ingreso: oncológico, neurológico, cardiovascular, endocrino-metabólico o séptico.

Se pasó el test NRS-2002 en ese momento, y retrospectivamente para determinar su puntuación en el momento del ingreso hospitalario.

La valoración antropométrica se realizó recogiendo medidas de: distancia talón-rodilla (TR), perímetro de pierna (PP), perímetro de brazo (PB) y pliegue tricípital (PT). La medición de peso y talla se realizó con una báscula con tallímetro telescópico Seca 769 (Seca GmbH & Co., Hamburgo, Alemania). Si no fue posible determinarlos, la talla se estimó mediante la longitud TR y el peso mediante la fórmula predictiva: $\text{Peso varón} = (\text{CB} \times 1,37) + (0,98 \times \text{CP}) + (0,37 \times \text{PT}) + (1,16 \text{ TR}) - 81,69$. $\text{Peso mujer} = (0,89 \times \text{CB}) + (1,27 \times \text{CP}) + (0,4 \times \text{PT}) + (0,87 \times \text{TR}) - 62,39$.

Se extrajo analítica de sangre y orina para la determinación de: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, GOT, GPT, GGT, FA, LDH, bilirrubina total, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, transferrina, Na, K, Ca, P, Mg, Zn, Tg, colesterol total, hemograma, PCR, B₁₂ y ácido fólico, urea en orina de 24 h.

Los aportes calóricos, proteicos, de farmaconutrientes y electrolitos se realizaron siguiendo las guías de práctica clínica de la *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN, «Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral») 2009 para la nutrición parenteral (NP)¹⁰, y de la ESPEN 2006¹¹ para la nutrición enteral (NE). Los aportes se ajustaron para peso ideal en el caso de bajo peso (índice de masa corporal [IMC] inferior a 19 kg/m²) o para peso correspondiente a IMC = 25 kg/m² en el caso de IMC igual o superior a sobrepeso grado 2 de la Organización Mundial de la Salud.

La vía predilecta de aporte de nutrientes fue la oral, y si no fue posible, la vía enteral, dejando la vía parenteral para último término.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5680742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5680742>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)