



# Nutrición Hospitalaria



Calidad total en Nutrición: adecuando la práctica clínica

## La adecuación de la práctica clínica en Nutrición

*The adequacy of clinical practice in Nutrition*

Irene Bretón Lesmes

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

### INTRODUCCIÓN

La adecuación de la práctica clínica en Nutrición implica la identificación de prácticas innecesarias, de bajo valor o que afecten a la seguridad del paciente en nutrición clínica o bien llevando a cabo acciones que permitan mejorar la identificación y tratamiento de los pacientes con desnutrición.

En España se han llevado a cabo varias iniciativas en este sentido. El Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas estableció una serie de recomendaciones para distintas especialidades médicas, que actualmente están disponibles en la página web de GuiaSalud (1). Estas son las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE):

- No usar dietas nutricionalmente restrictivas en pacientes hospitalizados si no es estrictamente necesario.
- No usar nutrición parenteral en pacientes en los que el aparato digestivo funciona adecuadamente y es accesible por vía oral o enteral.
- No retrasar más de 48 horas el inicio de la nutrición enteral en pacientes críticos estables hemodinámicamente en los que no haya expectativa de ingesta oral en 3-5 días.
- No usar suplementos de vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico en personas con demencia para la prevención o tratamiento del deterioro cognitivo cuando no hay ninguna indicación o deficiencia.
- No utilizar dietas enterales enriquecidas con arginina en pacientes con sepsis grave (*shock* o fracaso multiorgánico).

A nivel internacional existen pocas recomendaciones indicadas de manera específica a la Nutrición Clínica. La iniciativa "Choosing wisely" de Italia recoge las recomendaciones de la Sociedad Italiana de Nutrición y Dietética (2). Algunas de las re-

comendaciones son muy similares a las publicadas por SENPE, como evitar el uso de dietas restrictivas o no emplear vitaminas en patologías que no lo requieren o como agente preventivo.

Tal como ocurre en otras disciplinas médicas, es necesario evaluar la relevancia y la aplicabilidad de estas recomendaciones, y analizar su efectividad, efecto sobre la seguridad del paciente y sobre los resultados clínicos, así como la posibilidad de medir.

### ¿CÓMO PODEMOS MEJORAR NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA EN NUTRICIÓN CLÍNICA?

La respuesta a la pregunta que plantea el enunciado parece sencilla. Disponemos de guías clínicas, como las de la ESPEN y otras sociedades científicas, metaanálisis y estudios clínicos que nos indican qué hacer y qué no hacer en la valoración y el tratamiento nutricional de nuestros pacientes. Sin embargo, la realidad es otra. Incluso aunque conozcamos esta información, nuestra práctica clínica no siempre se ajusta adecuadamente a estas recomendaciones.

La figura 1 muestra el algoritmo clásico de valoración y tratamiento nutricional. A continuación, se discuten algunos aspectos que nos pueden ayudar a mejorar nuestra práctica clínica en cada paso y a identificar prácticas de bajo valor, innecesarias o que afecten a la seguridad de nuestros pacientes.

El cribado y la valoración nutricional es el primer paso y se ha publicado estudios recientes que aportan ideas a tener en cuenta en la práctica clínica. Así, sabemos que los niveles plasmáticos de albúmina descienden en condiciones clínicas que cursan con inflamación (3), y no son un indicador del estado nutricional.

*Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflicto de interés.*

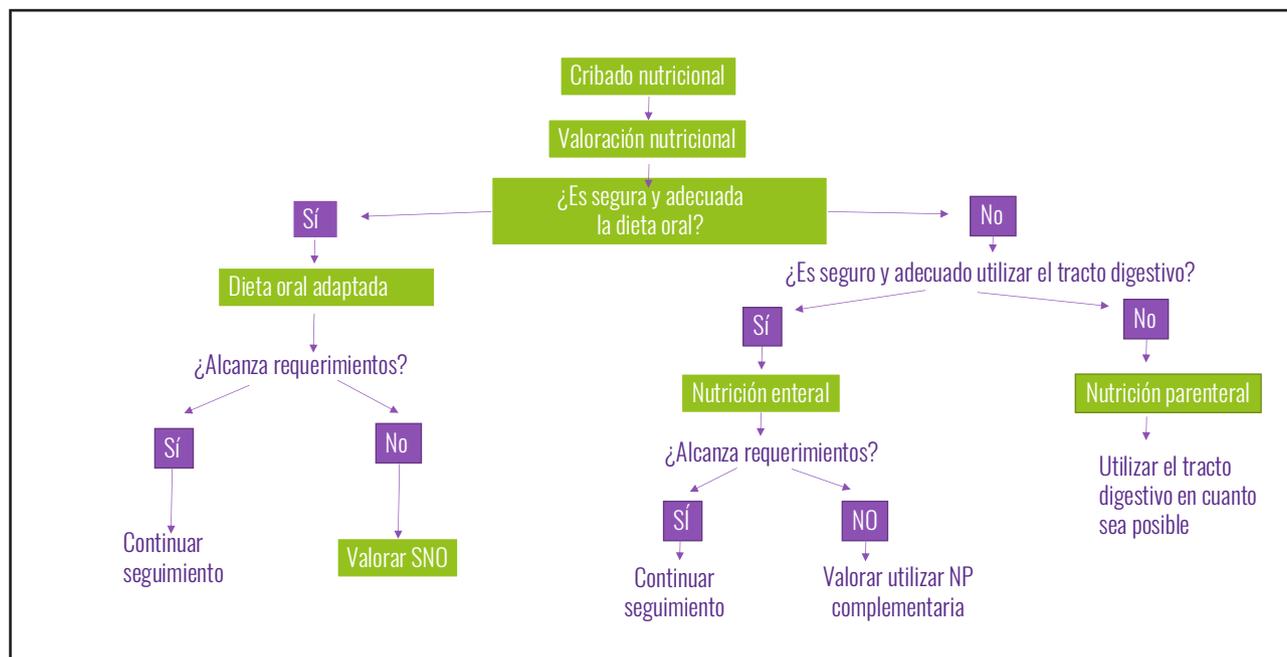
*Inteligencia artificial: la autora declara no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo*

Bretón Lesmes I. La adecuación de la práctica clínica en Nutrición. Nutr Hosp 2024;41(N.º Extra 4):30-32

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05770>

#### Correspondencia:

Irene Bretón Lesmes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid  
e-mail: irenebretton@gmail.com



**Figura 1.** En busca de la adecuación de la práctica clínica (SNO: suplemento nutricional oral; NP: nutrición parenteral).

De hecho, los criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) para el diagnóstico de desnutrición no incluyen valoración de la albúmina u otras proteínas plasmáticas, antiguamente denominadas “viscerales”. Los niveles plasmáticos de albúmina, por otro lado, no permiten predecir la respuesta al tratamiento nutricional (4). Tampoco la prealbúmina sería un predictor adecuado, además de ser un parámetro más costoso (5). Merece la pena también señalar que las guías recientes indican en qué circunstancias y situaciones clínicas se debe evaluar el estado nutricional de la vitamina D, parámetro que se solicita con mucha frecuencia en la práctica clínica (6). No está indicado realizar un cribado de déficit de vitamina D en la población general.

El inicio del tratamiento nutricional en los pacientes que lo precisan es otro punto de mejora. Todas las guías señalan que el inicio del tratamiento nutricional no se debe demorar. Sin embargo, son muchos los estudios que muestran que en la práctica clínica la adherencia a esta recomendación es baja y que, en los pacientes con obesidad, el inicio del tratamiento nutricional sufre un retraso significativo en comparación con los que tienen un índice de masa corporal normal o bajo (7). En una situación de estrés metabólico, la obesidad condiciona un mayor riesgo de pérdida de masa muscular. El retraso del inicio del tratamiento nutricional en estos pacientes aumenta el riesgo de complicaciones.

La prescripción de la dieta oral en los pacientes hospitalizados tiene un importante margen de mejora, no siempre se adapta a los requerimientos nutricionales del paciente e incluye con frecuencia restricciones innecesarias. La guía clínica de

la ESPEN sobre alimentación hospitalaria recomienda evitar cualquier restricción que no sea necesaria (8). La dieta sin sal es un ejemplo muy claro. Es necesario tener en cuenta que la dieta hospitalaria aporta, en general, menos sal que la ingesta habitual de la población, ya que no incluye alimentos muy ricos en este elemento. En los pacientes con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica o cirrosis no se recomienda un aporte de sal inferior a 6 g al día, ya que condiciona un riesgo-beneficio desfavorable y aumenta el riesgo de desnutrición. En los pacientes con hipertensión arterial o descompensación aguda de insuficiencia cardíaca se recomienda una ingesta de sal inferior a 6 g/día, pero no se recomienda una restricción severa (< 2,8 g/día). De acuerdo con las guías ESPEN, no se recomienda que los pacientes hospitalizados sigan una dieta vegana, ya que es probable que no se alcancen los requerimientos y puede aumentar el riesgo de desnutrición (8). Tampoco se recomienda seguir una dieta neutropénica en el caso de pacientes con cáncer, ya que los ensayos aleatorizados han puesto de relieve que estas dietas restrictivas no aportan beneficios en la prevención de infecciones, en comparación con las dietas más liberalizadas. El cumplimiento de las pautas de manipulación segura de alimentos emitidas por la Administración, un mandato para todas las cocinas de los hospitales, brinda una protección adecuada contra las infecciones transmitidas por los alimentos. No se aconseja, por tanto, prescribir “dietas neutropénicas” o dietas “de baja carga bacteriana” a pacientes neutropénicos. Estos pacientes pueden consumir con seguridad frutas y verduras frescas manipuladas y lavadas adecuadamente. Los pacientes y los hospitales deben seguir

las pautas de manipulación segura de alimentos publicadas por la *Food and Drug Administration* (FDA) para evitar la contaminación de los alimentos.

En cuanto al tratamiento médico nutricional, las guías clínicas indican que la nutrición enteral se debe emplear de manera referente a la nutrición parenteral y se debe iniciar lo antes posible, en presencia de un tracto digestivo funcional y viable. Sin embargo, diversos estudios han observado que el cumplimiento de esta recomendación no siempre es adecuado, en entornos clínicos médicos y quirúrgicos y en el paciente crítico. Sin embargo, también puede existir una mala adecuación de la prescripción de nutrición enteral "por exceso". Las guías clínicas recomiendan no utilizar nutrición enteral por sonda u ostomía en los pacientes con demencia avanzada. Este tratamiento no ha demostrado un beneficio clínico en estos pacientes, no es capaz de mejorar la supervivencia, disminuir el riesgo de neumonía u otras complicaciones. Sin embargo, la nutrición enteral por sonda u ostomía se continúa utilizando en muchos pacientes con demencia avanzada (9).

Por último, merece la pena recordar que la nutrición parenteral es un medicamento de alto riesgo y se debe considerar como tal.

En definitiva, en el ámbito de la Nutrición Clínica es necesario plantearse la adecuación de la práctica clínica siempre que sea posible, tratando de identificar prácticas de bajo valor y sustituyéndolas por otras más adecuadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) archivos. GuiaSalud. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/sociedad-cientifica-no-hacer/sociedad-espanola-nutricion-enteral-y-parenteral-senpe/>
2. ADI. Choosing Wisely Italia. Available from: <https://choosingwiselyitaly.org/en/societa/adi-2/>
3. Evans DC, Corkins MR, Malone A, Miller S, Mogensen KM, Guenter P, et al.; ASPEN Malnutrition Committee. The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers: An ASPEN Position Paper. *Nutr Clin Pract* 2021;36(1):22-8. DOI: 10.1002/ncp.10588
4. Bretschera C, Boesiger F, Kaegi-Braun N, Hersberger L, Lobo DN, Evans DC, et al. Admission serum albumin concentrations and response to nutritional therapy in hospitalised patients at malnutrition risk: Secondary analysis of a randomised clinical trial. *EClinicalMedicine* 2022;45:101301. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101301
5. Bretscher C, Buerger M, Gutzler G, Kägi-Braun N, Gressies C, Tribolet P, et al.; EFFORT study team. Association between prealbumin, all-cause mortality, and response to nutrition treatment in patients at nutrition risk: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2023;47(3):408-19. DOI: 10.1002/jpen.2470
6. Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2024;109(8):1907-47. DOI: 10.1210/clinem/dgae290. PMID: 38828931.
7. Borel A-L, Schwebel C, Planquette B, Vésin A, Garrouste-Orgeas M, Adrie C, et al. Initiation of nutritional support is delayed in critically ill obese patients: A multicenter cohort study. *Am J Clin Nutr* 2014;100(3):859-66. DOI: 10.3945/ajcn.114.088187
8. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)* 2002;40(12):5684-709. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.09.039
9. Fessler TA, Short TB, Willcutts KF, Sawyer RG. Physician opinions on decision making for percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding tube placement. *Surg Endosc* 2019;33(12):4089-97. DOI: 10.1007/s00464-019-06711-3