

RESUMEN DE EVIDENCIAS:
INTERVENCIONES ENFERMERAS QUE PREVIENEN O MEJORAN LA
DESNUTRICIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO



Autores:

Abarquero Abarquero I,
de la Fuente Fombellida MJ,
Delgado Andrés AM,
Fernández Marcos AC,
Fontaneda Alonso AB,
Redondo Arranz MJ,
Sánchez Sánchez M.

RESUMEN DE EVIDENCIAS: INTERVENCIONES ENFERMERAS QUE PREVIENEN O MEJORAN LA DESNUTRICIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

Autores:

- Imelda Abarquero Abarquero, enfermera de la Consulta de endocrino y nutrición del Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- Ana María Delgado Andrés, enfermera responsable del aplicativo Gacela y enfermera supervisora de la 7ª planta del servicio de Medicina Interna en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- Ana Celia Fernández Marcos, enfermera del servicio de UCI del Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- Ana Belén Fontaneda Alonso, enfermera supervisora de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- M^a José de la Fuente Fombellida, subdirectora de Enfermería del Complejo Asistencial Universitario de Palencia hasta agosto del 2015.
- M^a Josefa Redondo Arranz, enfermera, responsable de Formación Continuada y Calidad de Enfermería del Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- Marta Sánchez Sánchez, enfermera supervisora del servicio de Medicina interna y Cuidados paliativos del Hospital San Telmo, perteneciente al Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Mails de contacto:

- jredondoar@saludcastillayleon.es

ÍNDICE:

RECOMENDACIONES.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	11
MÉTODO.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
TABLAS Y ANEXOS.....	24
TABLA 1. Formato PICO, DECs/MeSH.....	24
TABLA 2. Estrategia de búsqueda.....	25
TABLA 3. Diagrama de flujo de estudios seleccionados.....	28
TABLA 4. Síntesis de evidencia.....	29
ANEXO 1. PES10009 Paciente pluripatológico.....	64
ANEXO 2. Manejo de la nutrición.....	67
ANEXO 3. Terapia nutricional.....	67
ANEXO 4. Niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) del Instituto Joanna Briggs (JBI).....	68
ANEXO 5. Niveles de evidencia estudios cualitativos. (A. Gálvez Toro).....	69

RECOMENDACIONES

GRADO	RECOMENDACIÓN
A	Completar una valoración nutricional, según corresponda: Todos los pacientes deberían ser valorados nutricionalmente a su ingreso ^(6,7,10,12,13,15,18,19,22,23,25,26,28,29) , pero esta valoración debería ser inexcusable en pacientes con indicadores de riesgo ^(12,19,23,25)
A	Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda: El control regular del consumo de alimentos de los pacientes debe ser una práctica rutinaria en los hospitales ^(9,23,24,28,29) .
A	Elegir suplementos nutricionales, según corresponda: Las intervenciones de nutrición, incluidos los suplementos nutricionales orales y la nutrición enteral y parenteral, tienen significancia clínica y beneficios económicos ^(11,16,22)
A	Determinar las preferencias de comidas del paciente: Los pacientes/cuidadores deben participar en la planificación, ejecución y evaluación. ⁽⁷⁾
A	Una nutrición efectiva requiere de un plan de atención a la nutrición después del alta, y el uso de las medidas de seguimiento para asegurar que el plan se implemente ^(18,21,22)
B	Determinar (en colaboración con la dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación: Es necesario crear un grupo de nutrición en la unidad, de enfermeras y dietista, para la promoción de la atención nutricional ⁽⁷⁾ .
B	Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante: Es fundamental recuperar el rol de los cuidados de enfermería en lo concerniente a la comida: controlar el movimiento de la gente en las habitaciones, el ruido y el ambiente a la hora de las comidas ^(14,23,29,32) .
B	Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales: Los problemas orales demuestran que se precisa poner más atención al estado bucal ^(8,23,24)

RESUMEN

Introducción.

La desnutrición calórico-proteica dentro del ámbito hospitalario es un hecho indiscutible. La presencia de este diagnóstico se relaciona con la incidencia de infecciones y la mortalidad, así que su detección temprana y su prevención parecen esenciales en el pronóstico del paciente.

El Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico de Castilla y León, en su ficha 12, dice: “Durante la estancia del paciente, los profesionales responsables del mismo en el servicio, se asegurarán de valorar el riesgo de úlceras por presión, caídas y desnutrición y de poner en marcha las medidas preventivas necesarias”

El “Plan de cuidados estandarizado del paciente pluripatológico” de Sacyl solamente recoge una actividad enfermera como medida para prevenir o mejorar la desnutrición.

Objetivos.

Conocer la mejor evidencia sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras para prevenir o mejorar la desnutrición en el paciente hospitalizado.

Valorar la inclusión de estas evidencias en la intervención enfermera “Manejo de la nutrición” o su sustitución por la intervención “Terapia de la nutrición” para el diagnóstico “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades del “Plan de cuidados estandarizado del paciente pluripatológico”

Método.

Se realizó una revisión de la literatura publicada en inglés y español en el periodo del 2005 al 2015, sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras que previenen o mejoran la desnutrición del paciente adulto hospitalizado.

La búsqueda se realizó en las bases de datos de Pubmed, Cinahl, Cochrane plus, Cuiden, IBECS, Scienedirect, y las revistas especializadas en el tema, atendiendo a los criterios de inclusión y la pregunta de investigación.

La calidad de los estudios se valoró por dos evaluadores de forma independiente. La valoración de los niveles de evidencia y del grado de recomendación se realizó siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs y la tabla de validación de A. Gálvez.

Los resultados obtenidos se sintetizaron mediante un resumen narrativo de los hallazgos considerados más relevantes.

Resultados.

Se identificaron 1.322 estudios potencialmente válidos por el título del artículo, procedentes de la búsqueda en bases de datos y de las revistas expertas en el tema.

Se seleccionaron 109 artículos después de leer el resumen y comprobar que cumplían los criterios de inclusión.

Fueron seleccionados 38 artículos para una lectura crítica, de los cuales 26 son los elegidos para la extracción de los datos y las posibles recomendaciones para la práctica clínica.

Según el tipo de estudio, estos artículos fueron: 4 Revisiones sistemáticas, 3 ECA, 3 cuasi-experimentales, 13 estudios observacionales, 2 opinión de expertos y 1 cualitativo.

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios indican el nivel de evidencia y el grado de recomendación para las actividades enfermeras incluidas en la NIC “Manejo de la nutrición” o en la NIC “Terapia nutricional”.

Conclusión.

Casi no se ha avanzado en la implantación de las recomendaciones que la revisión de 2007 propugnaba para la práctica y la investigación. Hacer una valoración nutricional, intervenir de forma temprana y mantener los cuidados y la evaluación en el tiempo parece claramente beneficioso en los pacientes de riesgo. Determinar quiénes son estos pacientes es una medida que tiene mayor variabilidad en la literatura consultada, pero en nuestro medio, Castilla y León, el paciente crónico pluripatológico ya tiene la consideración de paciente en riesgo de desnutrición y por ello estas actividades deberían estar inexcusablemente incluidas en su plan de cuidados.

Palabras claves: Pacientes, Adulto, Hospitalizado, Intervenciones enfermeras, Enfermería Basada en la Evidencia, Nutrición hospitalaria, Evaluación nutricional, Apoyo nutricional, Terapia nutricional, Nutrición, Estado nutricional, Desnutrición.

ABSTRACT

Background.

The protein-energy malnutrition in hospital settings is an indisputable fact. The presence of this diagnosis is related to the incidence of infections and mortality, so its early detection and prevention seems essential in patient prognosis.

Process Patient Care Chronic pluripathological in Castilla and Leon, in its record 12, says: “During the patient's stay, the professionals who are responsible for the same service, will ensure to assess the risk of pressure ulcers, falls and malnutrition and to implement the necessary preventive measures”

The “Standardized care plan of pluripathological patient “in Sacyl only collects a nurse activity as a measure to prevent or improving malnutrition.

Objectives.

To know the best evidence of the nurses’ effectiveness to prevent or improving the malnutrition in the hospitalized patient.

Evaluate the inclusion of this evidence in the nurse intervention “Nutrition Management” or its replacement by the “Nutrition Therapy “for the diagnosis “Nutritional imbalanced: lower intake needs” of “Standardized care plan of pluripathological patient”.

Method.

It was made a review of the published literature in English and Spanish between the period 2005 to 2015, about the effectiveness of nursing interventions that prevents or improves adult patient malnutrition.

The search was conducted in the databases PubMed, CINAHL, Cochrane, Cuiden, IBECS, Sciencedirect, and in the specialized magazines, based on the inclusion criteria and the research question.

The quality of the studies was assessed by two independent reviewers. The evaluation of the level of evidence and grade of recommendation was made following the classification of the Joanna Briggs Institute and A. Galvez. table validation.

The obtained results were synthesized through a narrative summary of the most important and considered finding.

Results.

1,322 studies potentially valid for the title of the article, from searching databases and expert magazines about the subject were identified.

109 items were selected after reading and checking that they complied the criteria inclusion. 38 articles were selected for a critical reading, which 26 are chosen for data extraction and possible recommendations for the clinical practice.

Depending on the type of study, these items were: 4 systematic reviews, 3 RCTs, 3 quasi - experimental, 13 observational studies, 2 opinions of experts and one qualitative studie.

The obtained results from these studies indicate the level of evidence and grade of recommendation for nurses activities included in the NIC “Nutrition Management “or in the NIC " Nutritional Therapy ".

Conclusions.

Only a little of progress has been made in implementing the recommendations advocated the 2007 review for practice and research. Nutritional assessment, to intervene early and keeping the care and evaluation along the time, seems clearly beneficial in patients at risk .To determine who these patients are a measure that it has more variability in the referenced literature, but in our region, Castilla and Leon, the pluripathological chronic patient is already treated as a patient at risk of malnutrition and because of that these activities should be inexcusably included in his care plan.

Keywords: Patients, Adult, Hospitalized, Inpatients, Nursing interventions, Evidence-based nursing, Nursing Care, Nutrition Assessment, Nutritional Support, Nutrition Therapy, Nutrition, Nutritional Status, Malnutrition.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición clínica comprende toda situación carencial (en el aspecto calórico-proteico al menos), sea causa o consecuencia de la enfermedad, de los procedimientos terapéuticos, de la hospitalización o de las complicaciones, tanto si se presentan en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria ⁽¹⁾.

La desnutrición dentro del ámbito hospitalario es un hecho indiscutible, cuya prevalencia en ancianos españoles alcanza entre un 12,5% y un 78,9%. La presencia de este diagnóstico al ingreso se relaciona con la incidencia de infecciones y la mortalidad, así que su detección temprana y su prevención parecen esenciales en el pronóstico del paciente ⁽²⁾.

En 1999 el Consejo de Europa decidió recoger información sobre programas de nutrición en los hospitales con el fin de llamar la atención sobre las deficiencias, y recomendar guías de actuación específicas. Se publicó el informe *“Food and nutritional care in Hospitals: How to prevent undernutrition”*. Council of Europe Publishing. Strasbourg, November 2002. Las recomendaciones finales de este documento se centraron en el desarrollo y la validación de herramientas simples de cribado nutricional y de valoración de la ingesta, en el estudio de los efectos del soporte nutricional, en la promoción de actuaciones para facilitar la ingesta de la dieta ordinaria hospitalaria, en la medida de la satisfacción del paciente, y en la evaluación de la influencia que las prácticas del servicio de cocina tienen en la pérdida de alimentos y nutrientes ⁽²⁾.

Estas mismas recomendaciones han sido adoptadas por el Consejo de Europa en su resolución ResAP(2003)3 sobre alimentación y asistencia nutricional en los hospitales, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, en su reunión de fecha 12 de noviembre de 2003 ⁽¹⁾.

El *“Libro blanco de la desnutrición clínica en España”*, publicado por la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) 2004, recoge las implicaciones clínicas y económicas de la desnutrición, la situación en los hospitales españoles y un proyecto de control de desnutrición clínica centralizado, basado en sistemas de información.

- Las consecuencias clínicas de la desnutrición pueden ser graves y conducir a complicaciones de la enfermedad, débil respuesta al tratamiento, disminución de la inmunocompetencia y aumento de la morbi-mortalidad.
- Las consecuencias económicas derivan del aumento de los costes asociados a la prolongación de la estancia hospitalaria y al tratamiento adicional. Los equipos multidisciplinares de nutrición hospitalaria son fundamentales para el control de los costes ligados a la desnutrición. Existen una serie de medidas: formación de profesionales, analítica básica, peso corporal y cálculos derivados, que, sin

representar un aumento significativo del gasto hospitalario, pueden ayudar a racionalizar los costes ligados a la desnutrición hospitalaria.

- Los datos de prevalencia de desnutrición entre los pacientes hospitalizados en España oscilan entre el 10% y el 85%, dependiendo del tipo de patología y hospital.
- El proyecto de control de desnutrición clínica centralizada, basado en sistemas de información, pretende la detección precoz y control de la desnutrición (Proyecto CONUT) Este proyecto explora diferentes fuentes de información, procesa datos de cada paciente, elabora indicadores y pone a disposición del experto en nutrición la información necesaria para la toma de decisiones sobre cada caso particular ⁽¹⁾.

El Instituto Joanna Briggs publicó en el año 2007, la revisión sistemática *“Minimising undernutrition in the older inpatient”*. Su objetivo fue identificar las mejores prácticas disponibles, en el ámbito hospitalario, que minimizasen la desnutrición o riesgo de desnutrición, especialmente para el paciente de edad avanzada. Se buscaron artículos en inglés desde 1980 en adelante, mediante Medline, Premedline, Cinahl, Austrom-Australasia Índice Médico y AustHealth, Embase y Ciencia Índice de Citas. Los artículos debían incluir una intervención que minimizase la desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados mayores de 65 años ⁽³⁾.

Francisca Lull Ordinas en su artículo *“Efectividad de las intervenciones en ancianos desnutridos hospitalizados”* publicado en la revista Enfermería Clínica (2009) recoge las implicaciones para la práctica y para la investigación que recomiendan los autores tras la revisión *“Minimising undernutrition in the older inpatient”*.

a) Implicaciones para la práctica:

- Utilizar suplementos orales para la reducción de la desnutrición o malnutrición en ancianos hospitalizados (grado A).
- Se desaconseja utilizar la albúmina sérica y la prealbúmina para monitorizar la efectividad de las intervenciones nutricionales (grado A).
- Asegurarse que la intervención nutricional prescrita se realiza, y desarrollar investigación acerca de intervenciones específicas basadas en la práctica y las intervenciones del personal de enfermería (grado B).
- Animar a los pacientes a que consuman los alimentos y bebidas servidos, ayudarles si es necesario y monitorizar activamente la ingesta mejoran la alimentación. Es importante buscar apoyo precoz de los servicios nutricionales, si están disponibles (grado C).

En conclusión, es necesaria una valoración clínica y del estado nutricional del anciano hospitalizado antes de iniciar cualquier intervención, ya que detectar y tratar la desnutrición caloricoproteica condicionan el pronóstico clínico.

b) Implicaciones para la investigación:

Tras observar en esta revisión la escasa evidencia de la efectividad de las intervenciones para la mejora de la nutrición de los ancianos, a excepción de los

suplementos orales, se precisa continuar investigando acerca de la efectividad de las intervenciones que contribuyan a una mejor nutrición de los ancianos ⁽⁴⁾.

“La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León” (aprobada en enero del 2013), tiene como objetivo fundamental, mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas mediante un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida entre los distintos niveles asistenciales incluyendo a los servicios sociales.

El desarrollo en el ámbito operativo del *“Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico”* tendrá como eje la atención primaria con una mayor capacidad resolutoria y de gestión, por su mayor grado de proximidad y mejor acceso del paciente. No obstante, la gestión de los pacientes deberá ser compartida con la atención hospitalaria, especialmente para aquellos pacientes pluripatológicos de mayor complejidad, cuya entrada en este nivel asistencial se realizará fundamentalmente a través de las denominadas Unidades de Continuidad Asistencial (UCA).

La Ficha 12 del proceso. *“Ingreso hospitalario en camas UCA/Medicina Interna”*, incluida en el Subproceso 2: *“Actuación en situaciones de descompensación o agravamiento de la situación clínica del paciente”* en el punto 1.3 dice: *“Durante la estancia del paciente los profesionales responsables del paciente en el servicio se asegurarán de valorar el riesgo de úlceras por presión, caídas y desnutrición y de poner en marcha las medidas preventivas necesarias”* ⁽⁵⁾.

En el año 2010 el Grupo de Trabajo Colaborativo de Sacyl elaboró el *“Plan de cuidados estandarizado del paciente pluripatológico”* (Anexo 1). En él se incluye el diagnóstico enfermero *“Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades”* que establece una única actividad *“Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente”* dentro de la intervención *“Manejo de la nutrición”*

Revisada la biblioteca Cochrane y del Instituto Joanna Briggs, solo se ha encontrado una revisión sistemática *“Minimising undernutrition in the older inpatient”* de JBI Library of Systematic Reviews del año 2007. En este contexto, con el propósito de buscar la mejor evidencia, a partir de esta fecha, sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras que previenen o mejoran la desnutrición del paciente adulto hospitalizado se realiza este trabajo. Y con el objetivo secundario de valorar la inclusión de nuevas actividades en la intervención *“Manejo de la nutrición”* ⁽³³⁾ (Anexo 2) o su sustitución por la intervención *“Terapia nutricional”* ⁽³³⁾ (Anexo 3) para el diagnóstico *“Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades”* del *“Plan de cuidados estandarizado del paciente pluripatológico”* apoyándonos en la evidencias encontradas en esta revisión.

OBJETIVOS

1. Conocer la mejor evidencia sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras para prevenir o mejorar la desnutrición en el paciente adulto hospitalizado
2. Valorar la inclusión de estas evidencias en la intervención enfermera “Manejo de la nutrición” o su sustitución por la intervención “Terapia de la nutrición” para el diagnóstico “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades” del “Plan de cuidados estandarizado del paciente pluripatológico”

MÉTODO

Para este estudio, se realizó una revisión de la literatura publicada en el periodo del 2005 al 2015, sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras que previenen o mejoran la desnutrición del paciente adulto hospitalizado con la intención de dar continuidad al estudio realizado por el Instituto Joanna Briggs: “*Minimising undernutrition in the older inpatient*” publicado en el año 2007.

La pregunta de investigación fue: *¿Qué intervenciones enfermeras previenen o mejoran la desnutrición del paciente adulto hospitalizado?* La estrategia de búsqueda de estudios se diseñó en base a las cuatro pistas de Sackett con el formato PICO (paciente, intervención, comparador, resultado), y su conversión a los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH) (Tabla 1), combinándolos con truncadores y operadores booleanos añadiendo los límites determinados en los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron:

Participantes: Esta revisión consideró todos los estudios que incluyeron pacientes adultos hospitalizados. Se excluyeron los pacientes hospitalizados en el área de salud mental.

Tipos de intervenciones: Esta revisión consideró todos los estudios que evaluaron la efectividad de las intervenciones enfermeras relacionadas con la valoración del estado de nutrición, terapia y manejo de la nutrición durante la estancia hospitalaria.

Tipo de resultados: Esta revisión consideró todos los estudios que incluyeron la medición del estado de nutrición, desnutrición (relación peso /talla) al ingreso y durante la estancia hospitalaria.

Tipos de estudios: Debido a la escasez de estudios que aportan un mayor nivel de evidencias, se amplió la búsqueda a todo tipo de estudios. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en inglés y español en el periodo del 2005 al 2015 que cumplan los criterios de

inclusión. Como excepción, incluimos una revisión en portugués por considerarla de gran interés para los objetivos de nuestro estudio.

Se realizó una búsqueda sistemática en fuentes de información electrónica en los meses de mayo, junio y julio del 2015 de artículos publicados en inglés y español y en las Bases de datos, Pubmed, Cinahl, Cochrane plus, Cuiden, IBECS, Sciencedirect, y las revistas especializadas en el tema. Se realizaron también búsquedas referenciadas a partir de artículos seleccionados (Tabla 2).

La búsqueda de los artículos se hizo en base a la relación de la pregunta de investigación con el título del artículo. Se realizó una primera selección de los artículos teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios de inclusión leyendo el resumen del estudio. Se hizo una puesta en común de los artículos encontrados para eliminar duplicados. Se obtuvo el texto completo de los artículos seleccionados. (Tabla 3)

La valoración de la calidad de los estudios se realizó por dos evaluadores de forma independiente mediante una parrilla para la lectura crítica de elaboración propia. Las discrepancias de esta evaluación se resolvieron por consenso del grupo investigador.

La obtención de datos relevantes de los estudios seleccionados se realizó mediante la utilización de tablas de síntesis de elaboración propia (Tabla 4). La valoración de niveles de evidencia ⁽³⁴⁾ y el desarrollo del grado de recomendación ⁽³⁵⁾ se realizó siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs en vigor desde el 1 de Marzo 2014 (Anexo 4). La calidad de la investigación cualitativa se valoró empleando la tabla de validación de A. Gálvez ⁽³⁶⁾ (Anexo 5).

Los resultados obtenidos se sintetizaron mediante un resumen narrativo de los hallazgos considerados más relevantes, intentando dar respuesta a las preguntas de búsqueda.

RESULTADOS

Se identificaron 1.322 estudios potencialmente válidos por el título del artículo, procedentes de la búsqueda en bases de datos (PUBMED 113, CINAHL 12, COCHRANE PLUS 44, CUIDEN 348, IBECS 58, SCIENCEDIRECT 720), y 20 de las revistas expertas en el tema. (Tabla 2).

Se seleccionaron 109 artículos después de leer el resumen y comprobar que cumplían los criterios de inclusión. Se descartaron 71 estudios por duplicados, no conseguir el texto completo o no considerarlos aplicables a la práctica clínica por consenso del grupo investigador.

Fueron seleccionados 38 artículos para una lectura crítica, de los cuales 26 son los elegidos para la extracción de los datos y las posibles recomendaciones para la práctica clínica. Según el tipo de estudio, los artículos fueron: (Tabla 3)

- 4 Revisiones sistemáticas
- 3 ECA
- 3 Cuasi-experimentales
- 13 Estudios observacionales
- 2 Opinión de expertos
- 1 Cualitativo

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios (Tabla 4) indican el nivel de evidencia y el grado de recomendación para las siguientes actividades enfermeras incluidas en la NIC “Manejo de la nutrición” (Anexo 2) o en la NIC “Terapia nutricional” (Anexo 3):

- *Completar una valoración nutricional, según corresponda.*
 - La evaluación temprana ha ayudado a prevenir la deshidratación y la desnutrición⁽⁶⁾. **Nivel 4 delta**
 - Es necesaria la valoración nutricional del paciente dentro de las 24 horas del ingreso y regularmente.⁽⁷⁾ **NE 3e / GR B**
 - No hay una herramienta que podamos definir como gold estándar.⁽¹⁰⁾ **NE 1b / GR A**
 - La detección al ingreso en el hospital facilitó la intervención nutricional, sin embargo durante la estancia, sólo se redujo en pacientes desnutridos de edad avanzada.⁽¹²⁾ **NE 1c / GR B**
 - Utilizar un método de cribado al ingreso y periódicamente a los pacientes en riesgo de desnutrición y desnutridos. Recomienda que el cribado inicial sea realizado por personal no especializado. Cada centro debe utilizar el método que considere oportuno.⁽¹³⁾ **NE 5a / GR B**
 - Importancia de la valoración inicial por enfermería mediante los parámetros de peso (kg), talla (cm) e IMC (kg/m²).⁽¹⁵⁾ **NE 5b / GR B**
 - Para mejorar el estado nutricional, la calidad de vida, la morbilidad y la independencia funcional en el tiempo es necesario el asesoramiento nutricional interniveles y para evaluarlo es necesario realizar sistemáticamente un cribado nutricional al ingreso.⁽¹⁸⁾ **NE 1c / GR A**
 - La tercera parte de los pacientes ya presentan desnutrición al ingreso y se relaciona con el sexo masculino, el cáncer y las enfermedades crónicas. Todos los pacientes deberían ser valorados nutricionalmente a su ingreso, pero esta valoración debería ser inexcusable en pacientes con las condiciones descritas.⁽¹⁹⁾ **NE 4b / GR A**

- La Secuencia de Cuidados a la Nutrición recomienda hacer siempre cribado, intervenir rápidamente cuando sea necesario, y mantener un seguimiento de forma rutinaria.⁽²²⁾ **NE 1b/ GR A**
- A través del cribaje de malnutrición y/o riesgo de malnutrición se puede contribuir a la identificación de pacientes con disfagia u otros problemas relacionados con la ingesta.⁽²³⁾ **NE 2b/ GR A**
- La búsqueda de indicadores de riesgo, como puede ser la pérdida funcional u otros por determinar, puede hacer la intervención más eficiente. Esto refuerza la idea de que es necesaria una valoración conjunta del estado nutricional – MNA- y de capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria –Barthel-.⁽²⁵⁾ **NE 4c/ GR B**
- El MNA es un instrumento útil, fiable y sencillo para la valoración de estado nutricional en ancianos hospitalizados y puede ser realizado por personal no adiestrado en la valoración nutricional.⁽²⁶⁾ **NE 4b/ GR B**
- El uso de diferentes criterios de clasificación para interpretar las mediciones antropométricas y valorar el estado nutricional, proporciona prevalencias de desnutrición muy dispares, diferencia que va en aumento cuanto mayor disparidad exista entre los criterios de clasificación.⁽²⁷⁾ **NE 4c/ GR B**
- Un sistema de cribado mediante perfil analítico permite valorar a diario y de manera automática a una gran parte de la población hospitalizada. Una intervención precoz tiene beneficios significativos.⁽²⁸⁾ **NE 4a/ GR B**
- Todo paciente ingresado debe ser sometido a un test de valoración nutricional y regístralo informáticamente.⁽²⁹⁾ **NE 4a/ GR B**

- *Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda*
 - El control regular del consumo de alimentos de los pacientes debe ser una práctica rutinaria en los hospitales, junto con la incorporación de soporte nutricional.⁽⁹⁾ **NE 2d /GR A**
 - Se requiere de una supervisión continua por parte del personal de enfermería que asegure que el paciente recibe y consume las cantidades indicadas de alimentos.⁽²³⁾ **NE 5a/ GR A**
 - El uso de protocolos para registrar la cantidad de alimento y bebidas es poco usado. Vigilar estas cantidades debe ser el primer paso para conocer la necesidad y así intervenir y mejorar la cantidad y/o calidad del alimento.⁽²⁴⁾ **NE 4c/ GR B**
 - La enfermera debe evaluar la ingesta real respecto a la cantidad servida de alimentos en forma de porcentaje (<25%,<50 %, <75%, etc).⁽²⁸⁾ **NE 4a/ GR B**
 - Enfermería debe reconocer las comidas escasas, valorar la cantidad de calorías ingeridas.⁽²⁹⁾ **NE 4a/ GR B**

- *Determinar (en colaboración con la dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.*
 - Es necesario crear un grupo de nutrición en la unidad, de enfermeras y dietista, para la promoción de la atención nutricional. ⁽⁷⁾ **NE 3e / GR B**
- *Elegir suplementos nutricionales, según corresponda*
 - La administración de suplementos produce un aumento de peso pequeño pero constante en las personas de edad avanzada. ⁽¹¹⁾ **NE 1b / GR A**
 - La administración de suplementos produce la posibilidad de reducir la mortalidad en las personas de edad avanzada con desnutrición. ⁽¹¹⁾ **NE 1b / GR A**
 - La administración de suplementos puede producir un efecto beneficioso sobre las complicaciones, lo que necesita ser confirmado. ⁽¹¹⁾ **NE 1b / GR B**
 - Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello y del tracto gastrointestinal son los más beneficiados por el soporte nutricional en el preoperatorio y postoperatorio. ⁽¹⁶⁾ **NE 3e/ GR A**
 - Las intervenciones de nutrición, incluidos los suplementos nutricionales orales (ONS) y la nutrición enteral y parenteral, tienen significancia clínica y beneficios económicos a través de los grupos de pacientes y en diferentes entornos. ⁽²²⁾ **NE 1b/ GR A**
- *Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.*
- *Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda.*
 - El posicionamiento inadecuado de la SNG es significativamente más frecuente que con la PEG. Sin embargo pocos artículos ilustran sobre la técnica de la enfermería en relación a estos resultados. La alimentación precoz por SNG se asoció con una reducción no significativa, en términos absolutos, del riesgo de muerte de un 5,8%, sobre evitar la alimentación por SNG. ⁽²³⁾ **NE 2b/ GR A**
- *Fomentar que se traigan comidas hechas en casa al centro, si es posible.*
- *Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.*
 - El ingreso hospitalario es potencialmente un factor que genera inapetencia, y que es fundamental recuperar el rol de los cuidados de enfermería en lo concerniente a la comida: controlar el movimiento de la gente en las habitaciones, el ruido y el ambiente a la hora de las comidas. ⁽¹⁴⁾ **NE4 b/GR A.**
 - La hora de comer “protegida” y que algunos profesionales proporcionen asistencia adicional (implementados solo o en combinación) puede producir

- mejoras modestas en la ingesta nutricional. La asistencia durante la alimentación, selectiva para ciertos grupos de pacientes (con deterioro cognitivo o alimentación dependiente) parece prometedora, sin embargo, se requieren estrategias alternativas para abordar el complejo problema de la desnutrición en esta población. ⁽³²⁾ **NR 2d / GR B.**
- La mayoría de estudios de modificación ambiental para mejorar la esfera sensorial y social se hicieron en residencias de ancianos. Llevando a cabo estas modificaciones se consiguió un aumento de peso corporal medio de 3,3 kg ($p < 0.05$) sobre el grupo control. ⁽²³⁾ **NE 2b/ GR A**
 - Enfermería debe manejar los ambientes y tiempos durante la comida y realizar terapias de nutrición adecuadas. ⁽²⁹⁾ **NE 4a/ GR B**
- *Presentar los alimentos de una manera atractiva, agradable, teniendo en cuenta el color, textura y variedad.*
 - Necesitamos mejorar las técnicas gastronómicas para disminuir la desnutrición en pacientes hospitalizados, pero es necesario realizar un mayor número de estudios para concretar qué tipo de mejoras gastronómicas son las más adecuadas para cumplir este objetivo. ⁽³¹⁾ **NE 5a/GR B**
 - *Determinar las preferencias de comidas del paciente.*
 - Los pacientes/cuidadores deben participar en la planificación, ejecución y evaluación. ⁽⁷⁾ **NE 3e / GR A**
 - *Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta), cuando sea preciso.*
 - Los pacientes pueden tener aumentada su ingesta nutricional con tentempiés entre comidas. ⁽⁸⁾ **NE 2d / GR A**
 - *Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.*
 - El personal de enfermería actúa eliminando las barreras a la ingesta nutricional para los pacientes, tales como dificultades de alimentación y falta de conocimiento en la elección de alimentos adecuados. ⁽⁸⁾ **NE 2d / GR A**
 - Proveer a los pacientes de ayudas técnicas, gafas, prótesis dentales, parece mejorar la cantidad de alimento ingerido. También debe ser considerado el efecto de los olores en el apetito del paciente. ⁽²³⁾ **NE 4a/ GR A**
 - Los problemas orales demuestran que se precisa poner más atención al estado bucal. ⁽²⁴⁾ **NE 4c/ GR B**
 - *Otras actividades no recogidas en las NIC “Manejo de la nutrición” y “Terapia nutricional”*

- La supervisión y el ánimo al paciente durante la alimentación es efectivo ⁽⁶⁾.
Nivel 4 delta.
- Hay un énfasis en la planificación al alta y seguimiento en la comunidad ⁽⁶⁾.
Nivel 4 delta
- El personal debe estar formado en la importancia de la nutrición. ⁽⁷⁾ **NE 3e / GR B**
- Es necesario establecer una práctica común y estándar. ⁽⁷⁾ **NE 3e / GR B**
- La enfermera debe desarrollar las competencias: actitud, conocimientos, habilidades. ⁽¹⁵⁾ **NE 5b/ GR B**
- Necesidad de una consulta multidisciplinar de soporte nutricional conformada por enfermera, médico y nutricionista. ⁽¹⁶⁾ **NE 3e/ GR B**
- Los pacientes ancianos con fractura de cadera que tuvieron intervención nutricional en el postoperatorio y después de tres meses de seguimiento presentaban menor desnutrición y mejor calidad de vida que los del grupo control. ⁽¹⁷⁾ **NE 2c/ GR B**
- El asesoramiento nutricional interniveles de seis meses de duración, llevado a cabo por enfermeras «gestoras de casos», sería capaz de mejorar el estado nutricional, la calidad de vida, la morbilidad y la independencia funcional. ⁽¹⁸⁾
NIVEL 1c / GR A
- La correcta codificación de la desnutrición hospitalaria, los procedimientos utilizados en su tratamiento y su comunicación en el informe de alta del paciente no sólo ayuda a mejorar los sistemas de información del centro hospitalario, sino que deja patente la repercusión que una actividad clínica como la nutrición puede tener en los resultados hospitalarios generales, medidos en efectividad, eficacia y calidad. ⁽²⁰⁾ **NE 4b / GR A**
- Merece la pena comentar los resultados de algún trabajo pionero que analiza las ventajas de codificar la existencia de malnutrición según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en el sistema Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) ⁽²¹⁾ **NE 1b/ GR A**
- Todo diagnóstico sobre el estado nutricional ha de seguirse de un plan de cuidados y de una reevaluación periódica. ⁽²¹⁾ **NE 1b/ GR A**
- Una nutrición efectiva requiere de un plan de atención a la nutrición después del alta, y el uso de las medidas de seguimiento para asegurar que el plan se implementa. ⁽²²⁾ **NE 1b/ GR A**
- Cuidado de la boca. La formación de 1 hora, sobre cuidados de la cavidad oral (placa dental, técnicas de limpieza de dientes y dentaduras) a los TCAEs de residencia de ancianos tuvo mejoras significativas en la salud oral de los residentes a un coste bajo. ⁽²³⁾ **NE 2b/ GR A**
- La educación nutricional proporcionada por las enfermeras va dirigida a instruir tanto a los pacientes como a familiares/cuidadores y otros miembros

del equipo sanitario con el objetivo de proporcionar una alimentación eficaz y segura. ⁽²³⁾ **NE 4a/ GR A**

- El plan de cuidados iniciado en el hospital se debe continuar y vigilar en su domicilio. ⁽²⁹⁾ **NE 4a/ GR B**
- Es fundamental el apoyo institucional para mejorar la calidad del cuidado en pacientes desnutridos. ⁽²⁹⁾ **NE 4a / GR B**
- Es necesario comenzar de forma precoz el asesoramiento nutricional de los pacientes con riesgo de padecer desnutrición. ⁽³⁰⁾ **NE 4b/GR B**

DISCUSIÓN

Las principales limitaciones de este estudio fueron las restricciones del idioma, la naturaleza heterogénea de los estudios y la poca disponibilidad de trabajos con un nivel de evidencia aceptable para muchas de las actividades de enfermería incluidas en la NIC “Manejo de la nutrición” o “Terapia nutricional”.

Hemos de admitir que en nuestro estudio nos hemos centrado en el paciente adulto, dejando de lado que hay un pequeño grupo de población pediátrica con pluripatología crónica.

Según nos demuestran los resultados, el mayor desafío no es identificar recomendaciones, sino unificar criterios y ponerlos en práctica, en ese sentido nuestras recomendaciones deberían perseguir su inclusión en la estrategia del paciente crónico pluripatológico.

En el camino hemos dejado, por no ser objeto de esta investigación, multitud de estudios que se centraban en el paciente acogido en instituciones sociosanitarias, donde tanto actividades como intervenciones y seguimiento en pacientes desnutridos, pueden orientarnos en el camino a seguir en la continuidad de cuidados.

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios nos indican:

1. *Actividades a incluir por su grado de recomendación fuerte:*

- **Completar una valoración nutricional, según corresponda:** Todos los pacientes deberían ser valorados nutricionalmente a su ingreso ^(6,7,10,12,13,15,18,19,22,23,25,26,28,29), pero esta valoración debería ser inexcusable en pacientes con indicadores de riesgo ^(12,19,23,25). La búsqueda de indicadores de riesgo, como puede ser la pérdida funcional u otros por determinar, puede hacer la intervención más eficiente. Esto refuerza la idea de que es necesaria una valoración conjunta del estado nutricional – mediante una herramienta como el MNA ^(25,26), aunque no hay una

herramienta que podemos definir como *gold estándar* ^(7,10) - y de capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria –Barthel-⁽²⁵⁾

- **Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda:** El control regular del consumo de alimentos de los pacientes debe ser una práctica rutinaria en los hospitales ^(9,23,28,29). El uso de protocolos para registrar la cantidad de alimento y bebidas es poco usado. Vigilar estas cantidades debe ser el primer paso para conocer la necesidad y así intervenir y mejorar la cantidad y/o calidad del alimento ⁽²⁴⁾.
- **Elegir suplementos nutricionales, según corresponda:** Las intervenciones de nutrición, incluidos los suplementos nutricionales orales y la nutrición enteral y parenteral, tienen significancia clínica y beneficios económicos ^(11,16,22). El soporte nutricional con la administración de suplementos produce un aumento de peso pequeño pero constante en las personas de edad avanzada⁽¹¹⁾
- **Determinar las preferencias de comidas del paciente:** Los pacientes/cuidadores deben participar en la planificación, ejecución y evaluación ⁽⁷⁾.

2. *Otras actividades no incluidas en la NIC “Manejo de la nutrición” o “Terapia nutricional”* que hemos considerado dan respuesta a necesidades del paciente y de la Institución:

- El personal debe estar formado en la importancia de la nutrición⁽⁷⁾. La enfermera debe desarrollar las competencias: actitud, conocimientos, habilidades en el manejo de la desnutrición ⁽¹⁵⁾.
- Una nutrición efectiva requiere de un plan de atención a la nutrición después del alta, y el uso de las medidas de seguimiento para asegurar que el plan se implemente ^(6,17,21,22,29). El asesoramiento nutricional interniveles de seis meses de duración, llevado a cabo por enfermeras «gestoras de casos», sería capaz de mejorar el estado nutricional, la calidad de vida, la morbilidad y la independencia funcional ⁽¹⁸⁾.
- La educación nutricional proporcionada por las enfermeras va dirigida a instruir tanto a los pacientes como a familiares/cuidadores y otros miembros del equipo sanitario con el objetivo de proporcionar una alimentación eficaz y segura ^(23,30).
- Se han encontrado dos interesantes trabajos que inciden en la importancia de la adecuada codificación de la desnutrición en la historia clínica como herramienta para determinar la efectividad, eficacia y calidad de las medidas que se implementen ^(20,21).

3. *Actividades opcionales por su grado de recomendación débil:*

- **Determinar (en colaboración con la dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación:** Es necesario crear un grupo de nutrición en la unidad, de enfermeras y dietista, para la promoción de la atención nutricional ⁽⁷⁾.
- **Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante:** Es fundamental recuperar el rol de los cuidados de enfermería en lo concerniente a la comida: controlar el movimiento de la gente en las habitaciones, el ruido y el ambiente a la hora de las comidas ^(14,23,29,32).
- **Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales:** Los problemas orales demuestran que se precisa poner más atención al estado bucal ^(8,23,24)

CONCLUSIONES

Casi no se ha avanzado en la implantación de las recomendaciones que la revisión de 2007 propugnaba para la práctica y la investigación.

Hacer una valoración nutricional, intervenir de forma temprana y mantener los cuidados y la evaluación en el tiempo parece claramente beneficioso en los pacientes de riesgo.

La búsqueda de indicadores de riesgo, como puede ser la pérdida funcional, determinadas patologías u otros por determinar, puede hacer la intervención más eficiente pero es una medida que tiene mayor variabilidad en la literatura consultada ^(6,12,13,16,19,23,25,30).

Hasta este momento y buscando precisamente la eficiencia, consideramos que el paciente crónico pluripatológico ya tiene en nuestro medio una identificación como población de riesgo de desnutrición y unas actuaciones definidas en la estrategia de Sacyl que se pueden beneficiar de la adecuación e implantación de las intervenciones y actividades que en nuestra revisión han resultado con un mayor grado de evidencia y recomendación.

Teniendo en cuenta que las actividades “Completar una valoración nutricional, según corresponda”, “controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda” y “elegir suplementos nutricionales, según corresponda” están incluidas en la NIC “Terapia nutricional” (pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición), creemos que sería aconsejable que en el “Plan de cuidados del Paciente pluripatológico” se sustituya la NIC “Manejo de la nutrición” por la NIC “Terapia nutricional” con las tres actividades descritas.

Creemos así mismo que para conseguir resultados a medio plazo se requiere de un plan de atención a la nutrición después del alta, y el uso de las medidas de seguimiento para asegurar que el plan se implemente.

Implicaciones para la práctica clínica

- Deberíamos cambiar la NIC “Manejo de la nutrición” en el Plan de cuidados del Paciente pluripatológico por la NIC “Terapia nutricional” con las actividades “Completar una valoración nutricional, según corresponda”, “Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda” y “Elegir suplementos nutricionales, según corresponda”
- Se requiere de un plan de atención a la nutrición después del alta, y el uso de las medidas de seguimiento para asegurar que el plan se implemente.

Implicaciones para la investigación:

Es necesario realizar estudios primarios metodológicamente bien diseñados en el paciente crónico pluripatológico que aporten evidencia de elevado nivel sobre las consecuencias de las intervenciones que se seleccionen en el plan de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. García de Lorenzo A, García Luna PP, Marsé P, Planas M, editores. Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE); 2004.
2. Matía Martín P, Cuesta Triana FM Nutrición en el anciano hospitalizado. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2006;41:340-56.
3. Vanderkroft D, Collins CE, Fitzgerald M, Lewis S, Capra S. Minimising undernutrition in the older patient. JBI Library of Systematic Reviews. 2007;5(3):134-229
4. Lull Ordinas, F. (2009). Efectividad de las intervenciones en ancianos desnutridos. Enfermería Clínica, 19(2), 102-104.
5. Junta de Castilla León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de salud de Castilla y León, 2014. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-chronicos/atencion-paciente-chronico-castilla-leon>.
6. Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(1), 48-54
7. Maud, R., & Webster, J. (2008). Improving nutrition for older people in hospital by assessing current practice. *Nursing times*, 105(5), 18-19

8. Pedersen, P. U., Tewes, M., & Bjerrum, M. (2012). Implementing nutritional guidelines—the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 178-185
9. Agarwal, E., Ferguson, M., Banks, M., Bauer, J., Capra, S., & Isenring, E. (2013). An exploratory study to evaluate whether medical nutrition therapy can improve dietary intake in hospital patients who eat poorly. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(6), 538-543
10. Hernando A, Sarasqueta C, Ripa C, Arrizabalaga JJ, Ferreras B, Andonegui A, Igartua S, Irañeta A, Begiristain A, García R, Artetxe J, Eyaralar E.. Validación de un método de detección precoz de la desnutrición hospitalaria. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2012. Informe nº: Osteba_D-12-05.
11. Anne C Milne, Jan Potter, Angela Vivanti, Alison Avenell. Suplementos energéticos y proteicos para personas de edad avanzada en riesgo de desnutrición (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009* Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Holyday, M., Daniells, S., Bare, M., Caplan, G. A., Petocz, P., & Bolin, T. (2012). Malnutrition screening and early nutrition intervention in hospitalised patients in acute aged care: a randomised controlled trial. *The journal of nutrition, health & aging*, 16(6), 562-568
13. Nutri.Hosp 2009 (4): 467 – 472
14. Deise Feijó Lima, Edison Luiz Devos, Barlem, Silvana Sidney Costa Santos, Jamila Geri Tomaschewski-Barlem, Aline Marcelino Ramos, Kerolayne Machado de Mattos."Evaluation of the factors that make eating of hospitalized elderly difficult".Received: feb 16th2014;Accepted :July 28th 2014. Rev Rena. 2014 July-August; 15(4): 578-84.
15. Caber revista <http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre/pagina5.html>
16. Recuperadote:<http://www.revenf.ucr.ac.cr/nutricion.pdf>
17. Journal homepage: <http://www.elsavier.com/locate/clnu>
18. Casals C, et al. Ensayo clínico aleatorizado del asesoramiento nutricional enpacientes desnutridos hospitalizados. Rev Clin Esp. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.02.012>
19. Vidal Casariego A et al. Factores de riesgo de desnutrición. Endocrinol Nutr. 2008;55(6):259-62
20. Álvarez Hernández J et al. Impacto del diagnóstico de desnutrición y el soporte nutricional en los grupos relacionados con el diagnóstico. ¿Merece la pena? Endocrinol Nutr. 2007;54(Supl 2):61-7
21. Matía Martín P et al. Nutrición en el anciano hospitalizado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(6):340-56

22. M.I.T.D. Correia et al. Evidence-Based Recommendations for Addressing Malnutrition in Health Care: An Updated Strategy From the feedM.E. Global Study Group. *JAMDA* 15 (2014) 544e550
23. Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., & Jones, S. (2013). Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 17-40.
24. Antje Tannen et al. Care problems and nursing interventions related to oral intake in German nursing homes and hospitals; A descriptive multilcentre study <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.018>
25. M Esteban.et al. Valoración del estado nutricional en una consulta de geriatría: aportaciones preliminares. *Geriatr Gerontol* 2004;39 (1):25-8
26. M^a. J. Gómez Ramos et al. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. *Nutri Hosp* 2005, 20:286-289. ISSN 0212-1611.CODEN NUHOEQ. S.V.R.318
27. J.M. Manzano et al. Influencia de los criterios de clasificación sobre la valoración nutricional de enfermería mediante parámetros antropométricos. *Rev Soc Enferm Nefrol* 2005;8 (1);6/12
28. C Gómez-Candela et al. Proceso completo de implantación de un sistema de cribado de riesgo nutricional en el hospital universitario La Paz de Madrid. *Nutr Hosp* 2013;28 (6):2165-2174 CODEN NUHOEQ. S.V.R.318 Role of Nutrition in Improving Quality of Care
29. Kelly A, et al. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Academy of Medical-Surgical Nurses.2212-2672/\$36.00 doi:10.1016/j.jand.2013.05.015
30. María Molina Rodríguez “Valoración nutricional del paciente oncológico”. *Parainfo digital. Monográficos de investigación en salud*. ISSN: 1988-3493-AÑO VII-N.19-2013. <http://www.index-f.com/para/n19/369º.php> .Consultado 20-06-2015.
31. Mariana Delega de Souza, Miyoko Nakasato. “A gastronomia hospitalar auxiliando na reduçao don índices de desnutriçao entre pacientes hospitalizados”. *O mundo da Saúde, Sao Paulo*: 2011; 35(2):208-214
32. A.M. Young et al Encouraging, assisting and time to EAT: Improved nutritional intake for older medical patients receiving Protected Mealtimes and/or additional nursing feeding assistance. / *Clinical Nutrition* 32 (2013) 543 e 549
33. Dochterman J, Butcher H, Butcher HK, Bulechek G, Bulechek GM, Butcher HK. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6 Edición. Elsevier 2013.
34. Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2014 edition/supplement. Disponible en:<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>. Consultado en octubre del 2015.

35. Joanna Briggs Institute Reviewers² Manual: 2014 edition/supplement. Disponible en: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>. Consultado en octubre del 2015.
36. Gálvez Toro, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Fundación Index: Granada. 2007. Clasificación de Evidencias Cualitativas atendiendo a su Diseño y Utilidad. Disponible en http://www.index-f.com/evidentia/clasificacion_evid_cualiativas.php. Consultado en octubre 2015

TABLAS Y ANEXOS

TABLA 1. Formato PICO, DEC/S/MeSH

PICO		Palabra "Natural"	DeCS	MeHS
P	Pacientes adultos hospitalizados No < de 14 No salud mental	Paciente adulto hospitalizado Hospitalización Pacientes ingresados No pediatría No salud mental	Pacientes Adulto Hospitalizados Hospitalización Pacientes hospitalizados Ancianos hospitalizados	Patients Adult Hospitalized Hospitalization Inpatients
I	Intervención enfermera	Intervenciones enfermeras Valoración del estado nutricional Monitorización nutricional Terapia nutricional Manejo de la nutrición	Intervenciones enfermeras Enfermería Basada en la Evidencia Atención de enfermería Nutrición hospitalaria Evaluación nutricional Apoyo nutricional Terapia nutricional Recuperación nutricional Dietoterapia	Nursing interventions Evidence-based nursing Nursing Care Nutrition Assessment Nutritional Support Nutrition Therapy Nutrition Rehabilitation Diet therapy
C	Comparación		No intervención	
O	Previene o mejora la desnutrición	Nutrición Estado nutricional Desnutrición	Nutrición Estado nutricional Desnutrición	Nutrition Nutritional Status Malnutrition
Tipo de estudios		Todos los estudios		
Criterios de inclusión		Periodo de tiempo: 2005-2015 (10 años previos) Idioma: español, inglés y portugués.		

TABLA 2. Estrategia de búsqueda (mayo, junio y julio del 2015)

BASE DE DATOS/REVISTA	CRITERIO DE BÚSQUEDA: MESH/PALABRAS NATURALES	SELECCIÓN/ RESULTADOS
PUBMED	"Malnutrition/nursing"[Majr:noexp] AND "Inpatients"[Majr]	1/1 6 referencial
	"Malnutrition"[All Fields] AND "Inpatients"[Majr] AND "Nursing care"[Mesh] AND ("Prevention"[All Fields] OR "Improvement"[All Fields]) AND "adult"[MeSH Terms]	1/1 1 referencial
	"Malnutrition"[Majr:noexp] AND "Nursing Care"[Majr:noexp]	0/4
	"Malnutrition/nursing"[Majr:noexp] AND "adult"[MeSH Terms]	3/31
	"Malnutrition"[Majr:noexp] AND "Inpatients"[Majr] AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2005/06/11"[Pdat] : "2015/06/08"[Pdat])	6/29
	"Nutrition Assessment"[Majr] AND "Inpatients"[Majr] AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2005/06/11"[Pdat] : "2015/06/08"[Pdat])	3/8
	"Nutritional Status"[Majr] AND "Inpatients"[Majr] AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2005/06/11"[Pdat] : "2015/06/08"[Pdat])	2/14
	"Malnutrition"[Majr:noexp] AND "Inpatients"[Majr] "Nurs* intervention*"	2/3
	"Malnutrition/prevention and control"[MeSH Terms] AND "Inpatients"[Majr] AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2005/06/11"[Pdat] : "2015/06/08"[Pdat])	4/12
	"Malnutrition"[Majr] AND "Inpatients"[Majr] AND ("Prevention"[All Fields] OR "Improvement"[All Fields]) AND "adult"[MeSH Terms] AND ("2005/06/11"[Pdat] : "2015/06/08"[Pdat])	2/10
	Total	24/113 + 7 refer

BASE DE DATOS/REVISTA	CRITERIO DE BÚSQUEDA: MESH/PALABRAS NATURALES	SELECCIÓN/ RESULTADOS
COCHRANE PLUS	(MALNUTRITION) AND (INPATIENTS):TA [2005 – 2015]	3/23
	UNDERNUTRITION:TA	1/1
	(("NUTRITIONAL STATUS" OR "NUTRITION ASSESSMENT") AND INPATIENTS):TA [2005 – 2015]	1/10
	("NURS* INTERVENTION*" OR "NURS* CARE") AND (UNDERNUTRITION OR MALNUTRITION) AND (INPATIENT*)	1/10
	Total	6/44
CINAHL	(malnutrition AND hospital AND nursing interventions) Resumen disponible; Fecha de publicación: 20050101-20151231	2/4
	((malnutrition AND hospitalization AND nursing) AND (S36)) NOT critical care NOT nursing home. Limitadores - Fecha de publicación: 20050101-20151231; Grupos de edad: All Adult	1/8
	Total	3/12
CUIDEN	"NUTRITIONAL STATUS" AND "ADULT" AND "HOSPITALIZATION"	2/151
	"AGED HOSPITALIZED" AND "MALNUTRITION"(2001-2015)	18/56
	"DESNUTRITION" AND "HOSPITAL"	10/104
	("malnutrición")AND(("pacientes")AND(("hospitalizados")NOT(("salud")AND(("mental")NOT("pediatría")))))	6/13
	("MALNUTRICION")AND(("ADULTO")AND(("PACIENTES")AND("HOSPITALIZADOS")))	0/0
	("Malnutrición")AND(("Cuidados")AND(("Enfermería")AND("Hospitalización")))	2/4
	("Cuidados")AND(("Atención")AND(("Atención")AND(("de")AND(("enfermería")AND("Malnutrición")))))	1 /8
	("Unidad")AND(("de")AND(("enfermería")AND(("Hospitalización")AND("Malnutrición")))	1/5
	("Unidad")AND("Hospitalización")AND("Malnutrición"))	3/7
	Total	43/348

BASE DE DATOS/REVISTA	CRITERIO DE BÚSQUEDA: MESH/PALABRAS NATURALES	SELECCIÓN/ RESULTADOS
IBECS	Cribado nutricional and hospitalizados and enfermeras	6/15
	Asesoramiento nutricional and hospitalizado and enfermeras	1/1
	Malnutrición and hospitalizados	3/9
	Malnutrición and nursing and cuidados	1/6
	Malnutrition and nursing and hospital	2/18
	Malnutrición and cuidados	1/9
	Total	14/58
SCIENCEDIRECT	((Adult AND Malnutrition AND Nursing interventions) and Hospitaliz*) and (Nutrition Assessment) AND LIMIT-TO(topics, "patient,nutritional status,bmi,weight loss,elderly patient,nutritional assessment,nutritional support,post operative,pacific coast,health care,malnutrition,clin nutr,palliative care,critically ill,screening tool")	9/489
	(paciente AND Adulto AND hospitalizado) and (Desnutrición) [All Sources(Nursing and Health Professions)	2/27
	> 2004 and (("Nursing care" AND "Inpatients" AND "Malnutrition" and Effective strategy)) and ((adults and Hospitaliz*)).	3/204
	Total	14/720
Literatura gris, revistas científicas.	Nutrición Hospitalaria. Biblioteca las casas. Nutrición in clínica practique. BAPEN Advancing clinical Nutrición. Nutrición Clínica y Dietética hospitalaria. Ciber revista. Renvenf: Revista electrónica enfermería actual en Costa Ricae- SPEN Journal. International journal of Nursing Studies. Clinical Nutrición	5/20
TOTAL		109/1315

TABLA 3. Diagrama de flujo de estudios seleccionados

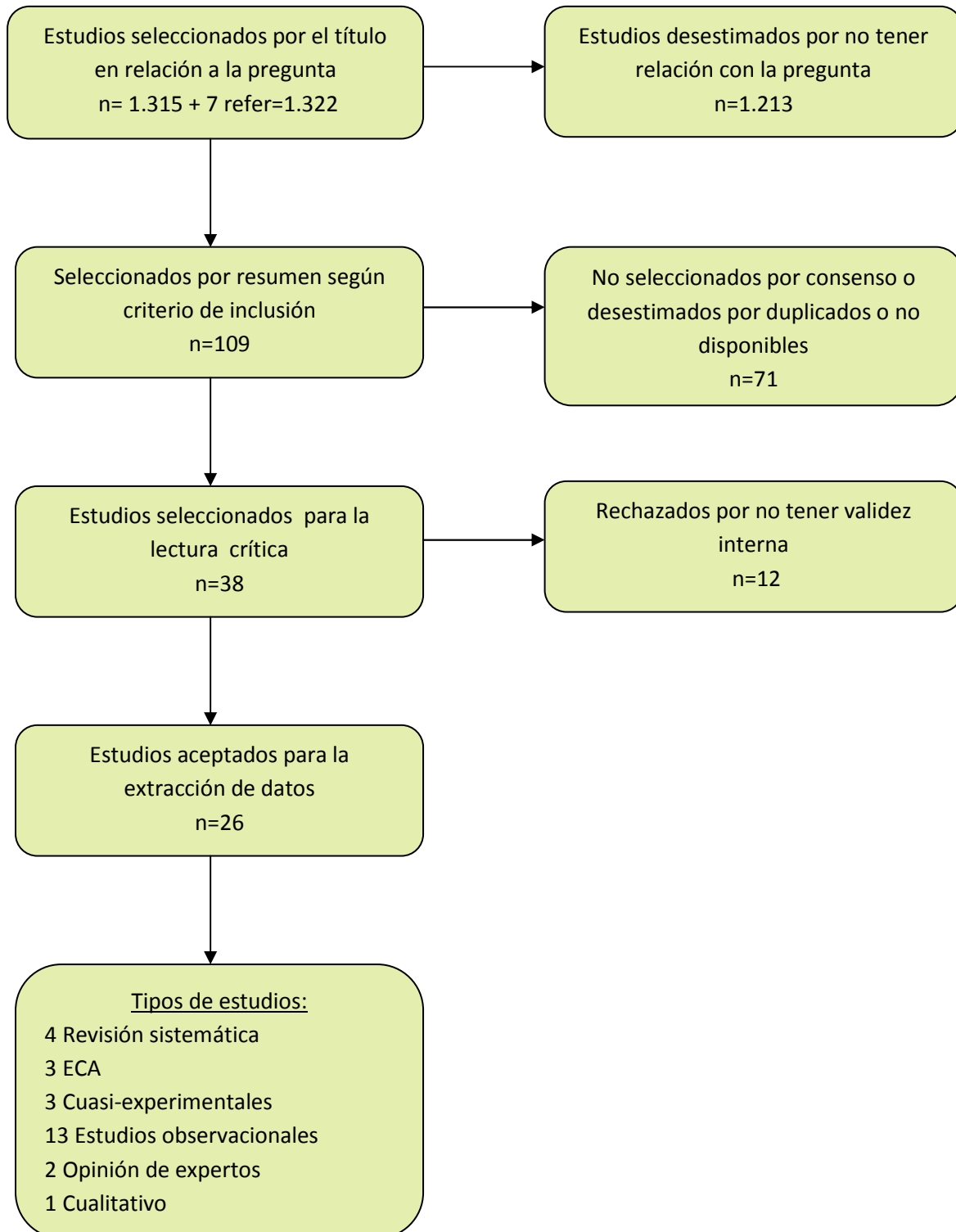


TABLA 4. Síntesis de evidencia.

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>6</p> <p>Common Problems in Hospitalized Older Adults</p> <p>(Problemas comunes en hospitalizados adultos mayores)</p> <p>Palmisano-Mills, C. (2007)</p>	Cualitativo	Adultos mayores hospitalizados en 24 hospitales de Connecticut. EEUU	<p>El objetivo del estudio fue revisar estos 4 modelos nacionales en el cuidado de ancianos en los hospitales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programa ayuda. Voluntariado. Asistencia en las comidas. 2. Unidades de atención aguda de ancianos (ECA). Zona común de comidas y evaluación del riesgo de desnutrición. 3. NICHE. Protocolos de acción y herramientas de evaluación. Enfermera de práctica avanzada.(EPA) 4. Modelo de transición de cuidado. Educación en nutrición planificación del alta. EPA 	<p>Las encuestas demostraron que en la mayoría de los hospitales trabajaban con algún modelo de los estudiados.</p> <p>Algunos modelos son modificados con herramientas de evaluación y protocolos propios.</p> <p>Hubo problemas de aceptación de voluntarios por parte de los médicos.</p> <p>Hay un énfasis en la planificación al alta y seguimiento en la comunidad.</p> <p>La evaluación temprana y la intervención en la UCI ha ayudado a prevenir la deshidratación y la desnutrición</p> <p>La supervisión y el ánimo al paciente durante la alimentación es efectivo.</p>	<p>Problemas comunes valorados en el estudio: delirio, depresión, demencia, déficit sensorial, riesgo de caídas, privación del sueño, riesgo de desnutrición y deshidratación.</p> <p>El estudio trata el problema de la desnutrición en conjunto con los otros problemas del anciano.</p>	Nivel 4 delta

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>7</p> <p>Improving nutrition for older people in hospital by assessing current practice</p> <p>(Mejorando la nutrición para las personas mayores en el hospital mediante la evaluación de la práctica actual)</p> <p>Maud, R., & Webster, J. (2008).</p>	<p>Observacional descriptivo (2 meses)</p>	<p>Paciente > de 65 años en unidad de agudos (urgencias)</p>	<p>Observar las actitudes del personal de enfermería hacia el cuidado nutricional.</p> <p>-Actividades y comportamiento. -Habilidad logro y desempeño. - La comunicación verbal y no verbal. -Características ambientales</p>	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La documentación no refleja la atención recibida -Falta general de coherencia -Falta general de conocimiento en torno a las necesidades nutricionales de los pacientes -Falta de atención a multidisciplinario <p>Conclusiones:</p> <p>Crear un grupo de nutrición en la unidad, de enfermeras y dietista, para la promoción de la atención nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración nutricional del paciente dentro de las 24 horas del ingreso y regularmente -El personal debe estar formado en la importancia de la nutrición -Los pacientes/cuidadores deben participar en la planificación, ejecución y evaluación -Establecer una práctica común y estándar. 		<p>NE 3e/ GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>8</p> <p>Implementing nutritional guidelines – the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners</p> <p>(La implementación de directrices nutricionales - el efecto de formación sistemática de los profesionales de la nutrición enfermera)</p> <p>Pedersen, P. U., Tewes, M., & Bjerrum, M (2012)</p>	<p>Observa- cional descriptivo</p> <p>Diseño pre y post-test</p>	<p>Pacientes adultos</p>	<p>La formación y educación del personal de enfermería en nutrición aumenta la identificación de las dificultades de alimentación y mejora el conocimiento de los pacientes acerca de la elección de alimentos adecuados</p>	<p>El personal de enfermería actúa eliminando las barreras a la ingesta nutricional para los pacientes, tales como :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de alimentación -Falta de conocimiento de la elección de alimentos adecuados -Aumento de la ingesta de tentempiés entre comidas. De este modo, los pacientes pueden tener aumentado su ingesta nutricional 		<p>NE 2d / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>9</p> <p>An exploratory study to evaluate whether medical nutrition therapy can improve dietary intake in hospital patients who eat poorly</p> <p>(Un estudio exploratorio para evaluar si la terapia médica nutricional puede mejorar la ingesta alimentaria en el hospital en pacientes que comen mal)</p> <p>Agarwal, E., Ferguson, M., Banks, M., Bauer, J., Capra, S., & Isenring, E. (2013)</p>	<p>Observacional descriptivo</p> <p>Diseño pre y post-test</p>	<p>Paciente > de 18 años</p>	<p>Evaluación de la ingesta pre y post terapia médica.</p>	<p>El control regular del consumo de alimentos de los pacientes debe ser una práctica rutinaria en los hospitales, junto con la incorporación de soporte nutricional</p>	<p>Lo que garantiza la adecuación de la dieta durante el hospitalización es una responsabilidad que debe ser conjunta compartida por los miembros del equipo de atención médica y los pacientes.</p>	<p>NE 2d / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>10</p> <p>Validación de un método de detección precoz de la desnutrición hospitalaria</p> <p>Osteba 2012</p>	Revisión sistemática	Pacientes adultos	Validar una herramienta de screening del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados en un Hospital de Agudos	No hay una herramienta que podamos definir como <i>gold</i> estándar	<p>-Es de gran importancia que se valore de forma sistemática la desnutrición o el riesgo nutricional de los pacientes a su ingreso en los hospitales (realizar este cribado inicial, incluyéndolo en la rutina de la valoración del paciente) y que se repita esta valoración periódicamente durante toda la estancia hospitalaria.</p> <p>-Sería deseable y necesario implicar a todo el personal sanitario para realizar un abordaje multidisciplinar de este problema, desde el propio paciente y su familia, pasando por el personal de enfermería, médicos, farmacéuticos y expertos en nutrición</p>	<p>NE 1b / GR A</p> <p>NE 1b / GR B</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
11 Suplementos energéticos y proteicos para personas de edad avanzada en riesgo de desnutrición Anne C Milne, Jan Potter, Angela Vivanti, Alison Avenell 2009	Revisión sistemática Ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios	Personas de edad avanzada, con la excepción de los grupos en recuperación de un tratamiento para el cáncer o en cuidados intensivos.	Administración de suplementos proteicos y energéticos orales	-La administración de suplementos produce un aumento de peso pequeño pero constante en las personas de edad avanzada -Es posible reducir la mortalidad en las personas de edad avanzada con desnutrición -También puede haber un efecto beneficioso sobre las complicaciones, lo que necesita ser confirmado.	Sin embargo, esta revisión actualizada no encontró pruebas de una mejoría en el beneficio funcional o una reducción en la duración de la estancia hospitalaria con la administración de suplementos	NE 1b / GR A NE 1b / GR A NE 1b / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>12</p> <p>Malnutrition screening and early nutrition intervention In hospitalised patients in acute aged care: a randomised Controlled trial</p> <p>(Proyección desnutrición e intervención temprana nutrición en pacientes hospitalizados en el infarto agudo de cuidado de ancianos)</p> <p>Holyday, M., Daniells, S., Bare, M., Caplan, G. A., Petocz, P., & Bolin, T. (2012)</p>	<p>ECA</p> <p>Estudio prospectivo aleatorizado controlado</p>	<p>Paciente geriátrico agudo</p>	<p>Los pacientes seleccionados con MNA se iniciaron de inmediato en un plan de atención de la desnutrición (MCP):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modificación de las comidas del hospital (modificación de la textura y la fortificación). -Prescripción de suplementos, incluidos suplementos comerciales -Asistencia con las comidas por personal de la sala -Educación de los pacientes y sus cuidadores con respecto a la optimización de la ingesta. -Derivación a otro profesionales de la salud para la planificación del alta. 	<p>La detección al ingreso en el hospital facilitó la intervención nutricional. Sin embargo durante la estancia, sólo se redujo la desnutrición en pacientes desnutridos de edad avanzada.</p>		<p>NE 1c / GR B</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>13</p> <p>Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados</p> <p>J.Ulibarri, R, Burgos, G. Lobo, M.A. Martinez, M. Planas, A. Pérez de la cruz, J.L. Villalobos; grupo de trabajo de desnutrición de SEMPE</p> <p>Nutr Hosp.. 2009; 24 (4): 467-472</p>		Pacientes adultos hospitalizados	Descripción de los métodos de cribado más utilizados y demostrar la necesidad de su utilización para detectar los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición y si es preciso establecer un plan de actuación nutricional	<p>Importancia de detectar precozmente y de manera periódica los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición al ingreso</p> <p>La necesidad de utilizar métodos de cribado para detectar estos pacientes y posteriormente realizar una evaluación más completa del estado de nutrición y si es preciso se establecerá un plan de actuación</p> <p>Cada centro debe utilizar el método de cribado posible de aplicar.</p> <p>Se recomienda que el cribado pueda ser realizado por personal no especializado.</p>		NE 5c / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>14</p> <p>Evolución de los factores que dificultan la alimentación de ancianos hospitalizados.</p> <p>Denise Feijó Lim. Barlem, Silvana S.C. Santos, Jamila G.T. Barlem, Aline Marcelino Ramos, Kerolayne Machado de Mattos. (2014)</p>	<p>Estudio transversal cuantitativo.</p>	<p>Pacientes ancianos ingresados, excluidos los quirúrgicos.</p> <p>Enero-Septiembre del 2012.</p>	<p>Observar y preguntar a los pacientes sobre hábitos alimenticios, tolerancia de la dieta, registrar datos antropométricos y los indicadores de la malnutrición.</p>	<p>Se concluyó que el ingreso hospitalario es potencialmente un factor que genera inapetencia.</p> <p>Controlar el movimiento de gente en la habitaciones, el ruido y el ambiente a la hora de las comidas</p>	<p>Es fundamental recuperar el rol de los cuidados de enfermería en lo concerniente a la comida, sobre todo en cuanto a la población anciana se refiere.</p>	<p>NE 4b / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>15</p> <p>Importancia del papel de la enfermería de urgencias, en la desnutrición hospitalaria.</p> <p>Ana María Morales Peña. Enfermera Experta en Nutrición. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Área Hospitalaria “Virgen Macarena”. Sevilla (España):Ciber Revista:... Page 1 of 16. SEGUNDA ÉPOCA Nº 1 Septiembre y Octubre de 2008</p>	Observacional	Pacientes que ingresan por urgencias	Visualizar como la intervención de la enfermería de urgencias, puede mejorar los resultados en la lucha contra la desnutrición hospitalaria.	<p>Competencias que debe desarrollar: Actitud, conocimientos y habilidades</p> <p>Importancia de una valoración inicial por enfermería</p> <p>Importancia de la medición de los parámetros antropométricos básicos para la detección del riesgo nutricional</p>		NE 4b / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>16</p> <p>Efecto de la intervención nutricional multidisciplinaria ambulatoria en el peso de los pacientes en el hospital Dr Rafael Ángel Calderón Guardia</p> <p>Fallas M. AÑO 2012 Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 23,1-12. recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/nutricion.pdf></p>	Descriptivo retrospectivo	Pacientes vistos en la consulta externa de soporte nutricional	<p>Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo basado en las estadísticas generadas en la consulta externa de soporte nutricional del hospital Dr Rafael Calderón Guardia.</p> <p>Pacientes atendidos en 2011 que tuvieran al menos dos registros antropométricos durante el año de estudio. (100 pacientes)</p> <p>En cada cita se registró, peso en kilos, talla en metros, IMC en Kg/m² y ganancia de peso en Kg</p>	<p>La cantidad de pacientes valorados en la consulta multidisciplinaria de soporte nutricional ha incrementado con el paso de los años.</p> <p>Los pacientes, durante este último año, fueron atendidos por un equipo conformado por una enfermera, un médico y una nutricionista.</p> <p>En cuanto al progreso y evolución de los atendidos en la consulta de soporte nutricional, se encontró que 74 de ellos aumentaron de peso, cuatro mantuvieron el peso registrado en la primera cita y 22, continuaron perdiendo peso.</p> <p>Es importante mencionar que, el 31% de los pacientes atendidos en la consulta de soporte nutricional padece de alguna enfermedad oncológica, predominantemente de cabeza y cuello o de tracto</p>		NE 3e / GR B

TÍTULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
16				<p>gastrointestinal.</p> <p>Otro porcentaje importante (22%) lo ocupan las neumopatías -EPOC, fibrosis quística y fibrosis intersticial difusa</p> <p>El abordaje de los pacientes con patologías como las mencionadas tanto en el prequirúrgico, con el fin de mejorar el estado nutricional para someterse a diversas cirugías, así como en el post quirúrgico, por resecciones importantes a nivel de tracto gastrointestinal, representa el 7% de los abordajes de soporte nutricional.</p>		

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>17</p> <p>Original Article Effectiveness of multidisciplinary nutritional care on nutritional intake, nutritional status and quality of life in patients with hip fractures: A controlled prospective cohort study. Efectividad de la atención nutricional multidisciplinar sobre la ingesta nutricional el estado nutricional y la calidad de vida en pacientes con fractura de cadera : Jellie C. Hoekstra Jon H.M. Goosen G. Sander de Wolf Cees C.P.M. Verheyen 2010</p>	<p>Un estudio de cohorte prospectivo controlado</p>	<p>Pacientes de edad avanzada tratados por una fractura de cadera. Incluyeron 66 pacientes en el grupo control y 61 pacientes en el grupo de intervención mayor de 65 años con una fractura de cadera con la intervención quirúrgica posterior.</p>	<p>Después de la operación, el grupo control recibió atención nutricional estándar y el grupo de intervención atención nutricional multidisciplinar que se centró en el apoyo nutricional durante la hospitalización y una atención nutricional después del alta. La ingesta de nutrientes fue controlada con registros de alimentos. El estado nutricional se determinó por el Mini Nutritional Assessment (MNA), y bioeléctrica</p> <p>Se utilizó el análisis de impedancia para evaluar la masa celular corporal (BCM). El EuroQol (EQ-5D) se utilizó para evaluar</p> <p>Calidad de vida. Los pacientes fueron evaluados en la admisión y tres meses después de la operación</p>	<p>Se observó una diferencia significativa en la ingesta energética diaria de los pacientes entre los dos grupos durante los primeros siete días después de la operación: A los tres meses, significativamente menos pacientes en el grupo de intervención fueron clasificados como desnutridos o en riesgo de desnutrición.</p> <p>Conclusiones: Entre los pacientes ancianos con fractura de cadera, un enfoque nutricional multidisciplinario en el postoperatorio se asoció con un aumento de la energía y el consumo de proteínas durante la hospitalización. Después de tres meses de seguimiento hubo menos pacientes con desnutrición en el grupo de intervención y la disminución de la calidad de vida fue menor que en el grupo control. No hubo ventajas en la masa celular corporal.</p>		<p>NE 2c / GR B</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>18</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado del asesoramiento nutricional en pacientes desnutridos hospitalizados</p> <p>C. Casals, N. García-Agua-Soler, M.Á. Vázquez-Sánchez, M.V. Requena-Toro, L. Padilla-Romero y J.L. Casals-Sánchez/ 2015</p>	<p>ECA</p> <p>Objetivos: evaluar los efectos sobre el estado nutricional de un programa de intervención de asesoramiento dietético de seis meses de duración frente al del tratamiento habitual de</p>	<p>106 Pacientes hospitalizados con riesgo de desnutrición medio o alto en la escala MUST que viven en la zona geográfica de los Centros de salud participantes</p>	<p>Grupo intervención: Se realizó asesoramiento nutricional por enfermeras «gestoras de casos» que comenzó durante la estancia hospitalaria y tuvo una duración de seis meses. Al alta del paciente las enfermeras «gestoras de casos» hospitalarias y comunitarias se ponían en contacto por vía telefónica para avisar del alta y se remitía un informe de continuidad de cuidados. En las 48 horas siguientes al alta hospitalaria, la enfermera «gestora de casos» de su centro de atención primaria se ponía en contacto con el paciente y se programaba una visita domiciliaria o una cita en consulta, dependiendo del estado</p>	<p>Los resultados avalan que en pacientes hospitalizados desnutridos, el asesoramiento nutricional interniveles de seis meses de duración, llevado a cabo por enfermeras «gestoras de casos», sería capaz de mejorar el estado nutricional, la calidad de vida, la morbilidad y la independencia funcional, y de generar mayor satisfacción del paciente que la práctica clínica habitual. Para ello sería necesario realizar sistemáticamente un cribado nutricional al ingreso.</p>	<p>Pese a las recomendaciones al respecto en muchos hospitales no se realiza sistemáticamente un cribado nutricional.</p> <p>En este estudio el cribado para determinar la elegibilidad de los pacientes se efectuó durante la hospitalización de los pacientes, mediante el programa informático <i>Filtro Nutricional (FILNUT)</i>.. Si se detectaba la presencia de un riesgo significativo se procedía a la valoración de cada paciente con el <i>Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)</i>.</p> <p>Si se detectaba que existía riesgo de desnutrición medio o alto se ofrecía la posibilidad de formar parte del estudio a todos los</p>	<p>NE 1c / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
18	pacientes hospitalizados con desnutrición secundaria a una enfermedad tras su alta hospitalaria.		<p>del paciente, durante la primera semana tras el alta hospitalaria, en la que se realizaba una valoración nutricional. El seguimiento y la actuación posterior dependía del riesgo de desnutrición medido por la escala MUST ajustándose al protocolo descrito por el <i>Malnutrition Action</i>.</p> <p>En caso de riesgo medio: se impartía consejo dietético específico,</p> <p>En caso de riesgo alto: se iniciaba el tratamiento con consejo dietético específico y estrategias para enriquecer la dieta con alimentos ordinarios</p> <p>Grupo control: Tratamiento habitual</p> <p>Pérdidas: En el análisis final se incluyó a un total de 93 pacientes, 47 del grupo C y 46 del grupo I</p>		pacientes que no estaban en tratamiento con suplementos alimenticios, ni con nutrición enteral o parenteral.	

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>19</p> <p>Factores de riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario</p> <p>Alfonso Vidal Casariego y María José Iglesias Fernández/2008</p>	<p>Estudio transversal de prevalencia.</p> <p>Objetivo: conocer la prevalencia de desnutrición en el momento del ingreso en el hospital y los factores de riesgo asociados.</p>	<p>189 Pacientes ingresados en las 24 h previas, de forma programada o urgente.</p> <p>Se consideraron posibles factores de riesgo la edad, el sexo, la hospitalización reciente y las enfermedades subyacentes.</p>	<p>Valoración del estado nutricional mediante el método de valoración global subjetiva (VGS).</p> <p>Comparación de los pacientes con buen estado nutricional con los desnutridos para determinar los factores de riesgo de desarrollar desnutrición.</p>	<p>Una prevalencia elevada, la tercera parte de los pacientes ya presentan desnutrición al ingreso y se relaciona con el sexo masculino, el cáncer y las enfermedades crónicas.</p>	<p>Todos los pacientes deberían ser valorados nutricionalmente a su ingreso, pero esta valoración debería ser inexcusable en pacientes con las condiciones descritas.</p>	<p>NE 4b / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>20</p> <p>Impacto del diagnóstico de desnutrición y el soporte nutricional en los grupos relacionados con el diagnóstico.</p> <p>¿Merece la pena?</p> <p>J. Álvarez Hernández, N. Peláez Torres y A. Muñoz Jiménez/ 2007</p>	<p>Estudio comparativo retrospectivo</p>	<p>Durante el primer semestre de 2003 se codificaron 10.451 altas y se realizó una “recodificación” considerando los informes remitidos (registros) por la unidad de nutrición.</p>	<p>Evaluamos una muestra de 134 casos que incluimos en los CIE-9: 262 y 263 en distintas variantes (desnutrición energético-proteínica leve, moderada y grave). Sólo en 54 casos, es decir el 40,3%, se registraba el diagnóstico de desnutrición, pero no había sido codificado por no estar incluido en el informe de alta. Casi el 66% de los casos incluían el procedimiento (nutrición enteral, nutrición parenteral).</p>	<p>Las conclusiones de este estudio nos han permitido modificar nuestro circuito en nuestro sistema de información y cosechar así mejores resultados en la codificación de la actividad en los años siguientes.</p> <p>Es evidente que estos datos deberían tener unas importantes repercusiones financieras. En la actualidad se pretende que la financiación de los centros hospitalarios se realice mediante un ajuste en la cuenta de ingresos y gastos, utilizando una tarifa negociada, por lo que se ha dado en llamar unidad de complejidad hospitalaria (UCH) o tarifa de UCH.</p>	<p>¿Son necesarios los equipos de soporte nutricional y las unidades de nutrición clínica?</p> <p><u>La correcta codificación de la desnutrición hospitalaria</u>, los procedimientos utilizados en su tratamiento y su comunicación en el informe de alta del paciente no sólo ayuda a mejorar los sistemas de información del centro hospitalario, sino que deja patente la repercusión que una actividad clínica como la nutrición puede tener en los resultados hospitalarios generales, medidos en efectividad, eficacia y calidad</p>	<p>NE 4b / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>21</p> <p>Nutrición en el anciano hospitalizado.</p> <p>Matía Martín P, Cuesta Triana F. / 2006</p>	<p>Revisión Sistemática de ECA y otros diseños de estudio</p>	<p>Sobre modificación de la dieta 6 EC controlados</p> <p>Sobre soporte nutricional en fractura de cadera: metaanálisis de Cochrane (18EC) y Revisión sistemática de GPC de la ESPEN</p> <p>Sobre soporte nutricional en disfagia, PEG frente a SNG: 2 EC</p> <p>Sobre soporte nutricional en</p>	<p>Todos los hospitales deberían implantar sistemas de cribado sistemático de desnutrición asociado a un plan de cuidados.</p> <p>Algunas estrategias útiles para mejorar la situación nutricional del anciano son: la modificación de la dieta hospitalaria, incluidas las comidas de alta densidad calóricoproteica, y la utilización de medidas de soporte nutricional, como el suplemento oral o enteral, la nutrición enteral y la nutrición parenteral.</p> <p>En el artículo se repasa desde la evidencia disponible hasta los beneficios que pueden esperarse de todas estas alternativas.</p>	<p><u>La evaluación del riesgo y el diagnóstico temprano de desnutrición:</u></p> <p>En ancianos el MNA (Mini Nutritional Assessment), Si no es posible emplear el MNA, se recomienda realizar el cribado mediante el Nutritional Risk Screening (NRS 2002).</p> <p>En 3ª lugar la valoración global subjetiva (VGS).</p> <p>Todo diagnóstico sobre el estado nutricional ha de seguirse de un plan de cuidados y de una reevaluación periódica.</p> <p>En este apartado merece la pena comentar los resultados de algún trabajo pionero que analiza las ventajas de codificar la existencia de malnutrición según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en el sistema Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)</p>	<p>Es fundamental la evaluación del riesgo, mejorar la dieta hospitalaria, establecer medidas de soporte nutricional a través de la vía más adecuada e implantar procesos que garanticen la nutrición del paciente ingresado parecen aportar beneficios en cuanto a la situación nutricional, y en algunos casos, con respecto a la mortalidad, las complicaciones y los costes totales</p>	<p>NE 1b/ GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
21		pacientes tras ACV: 5 EC aleat y 1 caso control.		<p><u>Intervención nutricional</u></p> <p>1- <u>La dieta hospitalaria</u> el empleo de raciones pequeñas, energéticamente densas —sobre todo en forma de grasa e hidratos de carbono—, y ocasionalmente fortificadas con proteínas, parece suponer un aumento en la ingesta de calorías en individuos ancianos.</p> <p>2- <u>Suplemento oral o enteral</u>: el suplemento debería plantearse como una rutina en ancianos hospitalizados con desnutrición. asegurar la ingesta de los preparados en los que se ofrezca variedad de sabores y texturas, y administrarlos entre las comidas principales, haciendo partícipe al personal sanitario a cargo del paciente de que su insistencia puede ser definitiva en los logros terapéuticos.</p> <p>3- <u>Nutrición enteral</u>: Valorar si los beneficios superan los riesgos, si el paciente o sus allegados no rechazan esta medida y si al alta habrá suficientes recursos para manejar de forma adecuada la NE.</p> <p>4- <u>Nutrición Parenteral</u>: Se reserva como medida de</p>		

TÍTULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
21				<p>soporte cuando la vía digestiva no puede o no debe utilizarse. Ésta se ha asociado a complicaciones infecciosas y metabólicas en mayor medida que la NE, y además su coste es muy superior. Un trabajo preliminar sobre infusión de aminoácidos por vía subcutánea en ancianos abre nuevas expectativas con respecto a vías de reposición menos agresivas.</p> <p>Tras optar por el soporte nutricional por vía parenteral, es de vital importancia controlar el estado de hidratación y evitar la sobrenutrición, especialmente en el anciano frágil.</p> <p>Hay que valorar las situaciones especiales como el anciano con fractura de cadera y con ACV, con demencia avanzada y con úlceras por presión</p>		

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>22</p> <p>Evidence-Based Recommendations for Addressing Malnutrition in Health Care: An Updated Strategy From the feedM.E. Global Study Group</p> <p>(Recomendaciones basadas en la evidencia para abordar la desnutrición en la atención sanitaria: una estrategia actualizada Desde la feedM.E . Global Grupo de Estudio).</p> <p>M. Isabel T.D. Correia MD, PhD , Refaat A. Hegazi MD, PhD, MPH,</p>	<p>El grupo ha conducido una revisión de la literatura sobre la actual el estado de la desnutrición y la nutrición de la atención de todo el mundo. Incluye meta-análisis, ensayos prospectivos y retrospectivos, y</p>	<p>Recopilación hecha por líderes de nutrición de Asia, Europa, Oriente Medio y Norte y América del Sur</p>	<p><u>Secuencia de Cuidados Nutricionales:</u></p> <p><u>Cribado para riesgo de desnutrición</u></p> <p>Se recomienda screening nutricional con una Herramienta (MST) cuyas preguntas permitan un juicio clínico rápido sobre si la enfermedad o lesión del paciente conlleva riesgo de desnutrición</p> <p><u>Intervenir</u></p> <p>La parte de la intervención en la vía de atención a la Nutrición incluye evaluación del estado nutricional (realizada por personal clínico entrenado: nutricionista, especialista en nutrición, médico, o enfermera), diagnóstico desnutrición (Para facilitar el diagnóstico desnutrición y</p>	<p>Las intervenciones de nutrición, incluidos los suplementos nutricionales orales (ONS) y la nutrición enteral y parenteral, tienen significancia clínica y beneficios económicos a través de los grupos de pacientes y en diferentes entornos, como han demostrado por los resultados de ensayos controlados aleatorios (ECA), prospectivo estudios y meta-análisis.</p> <p>Un nuevo enfoque con una planificación de las actuaciones posteriores al alta se espera que ayude a reducir el coste hospitalario de los reingresos, mejorar la calidad de vida de los pacientes, y en algunos casos incluso reducir el riesgo de muerte. Una nutrición efectiva requiere de un plan de atención a la nutrición después del alta, y el uso de las medidas de seguimiento para asegurar que el plan se</p>	<p>"Cribar, intervenir, y continuar." Nuestra propuesta de Secuencia de Cuidado a la Nutrición recomienda hacer siempre cribado, intervenir rápidamente cuando sea necesario, y mantener un seguimiento de forma rutinaria. La mayoría de los pacientes pueden ser tratados eficazmente por siguiendo las prácticas simples y lógicas, como hemos enfatizado en este artículo. Observamos que la mayoría de los pacientes de los hospitales se beneficiarían de intervenciones nutricionales simples: enriquecimiento de alimentos y</p>	<p>NE 1b / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
Takashi Higashiguchi MD, PhD , Jean-Pierre Michel MD, B. Ravinder Reddy MD, MS, Kelly A. Tappenden PhD, RD, Mehmet Uyar MD, Maurizio Muscaritoli MD, PhD./2014	directrices para el cuidado nutricional publicados		<p>ayudar a estandarizar el cuidado de la desnutrición, expertos de la American Society for Parenteral y Nutrición Enteral y la Academia de Nutrición y Dietética han definido criterios específicos para la diagnosis de desnutrición.), y la aplicación del tratamiento (decisiones acerca de cuanto hay que alimentar, cómo y cuándo alimentar, y con qué se debe alimentar).</p> <p><u>Continuidad de los cuidados</u> El paso final de la Secuencia de Cuidados Nutricionales es la continuidad de los cuidados y el seguimiento, con la continuación de la atención para satisfacer las necesidades de nutrición</p>	implementa. Los resultados de una revisión sistemática de ECA (pacientes quirúrgicos y médicos de mayor edad) mostró que el cuidado de la nutrición después del alta con el uso de la SNG tuvo un efecto positivo en la ingesta nutricional (energía) y el estado nutricional (peso) en todos los ensayos.	complementos.	

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>23</p> <p>Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive reviews of Processes and Outcomes</p> <p>(Intervenciones enfermeras que mejoran el estado nutricional de los pacientes con accidente cerebro vascular: revisión descriptiva de procesos y resultados).</p>	<p>Revisión sistemática : 5 ECA, 5 ensayos clínicos, 6 cuasi-experimentales, 4 estudios de casos y 6 estudios cualitativos-observacionales</p>	<p>Pacientes de edad avanzada que hayan sido diagnosticados de accidente cerebrovascular</p>	<p>La revisión tiene 2 objetivos:</p> <p>1. Identificar intervenciones enfermeras relacionadas con la alimentación. Se incluyeron todos los estudios que recogieran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● intervenciones de apoyo nutricional, prescritas por la enfermera, actividades realizadas para promover cambios terapéuticos, por o para los pacientes ● Intervenciones prescritas conjuntamente con otros 	<p>Intervenciones prescritas y proporcionadas por la enfermera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A través del cribaje de malnutrición y/o riesgo de malnutrición se puede contribuir a la identificación de pacientes con disfagia u otros problemas relacionados con la ingesta. Identificando este tipo de problemas actuales o potenciales las enfermeras inician el proceso de derivación al especialista adecuado. - Proveer a los pacientes de ayudas técnicas, gafas, prótesis dentales, parece mejorar la cantidad de alimento ingerido. También debe ser considerado el efecto de los olores en el apetito del paciente - Dentro de las intervenciones de apoyo nutricional se incluyen la 	<ul style="list-style-type: none"> - La incidencia de neumonía por aspiración es significativamente menor en los grupos de pacientes que habían sido instruidos por la enfermera en técnicas de deglución. -Estudio con muestra pequeña y previamente seleccionada Alimentación por SNG versus alimentación por PEG, los resultados demuestran que con cualquiera de los dos sistemas de alimentación podría resultar un daño significativo. No fue abordado en el diseño del estudio la asistencia de la 	<p>NE 1b / GR A</p>

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
23			<p>profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Actividades de coordinación de cuidados. ● Actividades individualizadas de cuidado general. <p>2. Evaluación de los resultados de las intervenciones enfermeras en nutrición</p>	<p>organización de las comidas, supervisión y seguimiento de la ingesta de los pacientes. La enfermera garantiza que paciente recibe comidas apropiadas a su estado de salud, ayuda para la alimentación si se precisa, y que mantenga una posición segura durante las comidas. La presentación de las comidas, ambiente agradable, restringir las visitas a esas horas, evitar las interrupciones a la hora de comer, administrar la medicación antes o después de las comidas... son aspectos en los que deben intervenir las enfermeras.</p> <p>- El cuidado de la boca es responsabilidad de la enfermera. Educar al paciente o cuidadores en técnicas y rutinas.</p> <p>- Los pacientes con disfagia instruidos por la enfermera mejoran la velocidad de deglución y el volumen ingerido, aumentando</p>	<p>enfermera durante las comidas en el grupo control por lo que los resultados pueden inducir error</p>	

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
23				<p>la circunferencia braquial y el peso corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El empleo de personal sanitario entrenado (TCAEs) para el apoyo durante las comidas no se ha demostrado eficaz para la prevención de la pérdida de peso ni en el deterioro en los marcadores nutricionales en pacientes mayores. Tampoco tuvo efecto sobre la duración de la estancia hospitalaria. - Cuidado de la boca. La formación de 1 hora, sobre cuidados de la cavidad oral (placa dental, técnicas de limpieza de dientes y dentaduras) a los TCAEs de residencia de ancianos tuvo mejoras significativas en la salud oral de los residentes a un coste modesto. - Está demostrado que el posicionamiento inadecuado de la SNG es significativamente más 		

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
23				<p>frecuente que con la PEG. Sin embargo pocos artículos ilustran sobre la técnica de la enfermería en relación a estos resultados. La alimentación precoz por SNG se asoció con una reducción no significativa, en términos absolutos, del riesgo de muerte de un 5,8%, sobre evitar la alimentación por SNG.</p> <p>- La mayoría de estudios de modificación ambiental para mejorar la esfera sensorial y social se hicieron en residencias de ancianos. Llevando a cabo estas modificaciones se consiguió un aumento de peso corporal medio de 3,3 kg ($p < 0.05$) sobre el grupo control.</p>		

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*								
<p>24</p> <p>Problemas del cuidado de enfermería relacionados con la ingesta oral</p> <p>Antje tannen a Alemania</p>	<p>Estudio descriptivo multicéntrico</p>	<p>Estudio multicéntrico iniciado en el año 2011 en Holanda y donde participan hospitales con más de 100 camas y residencias con más de 50</p> <p>Muestra de 8451 pacientes</p>	<p>Se elaboran tablas para medir distintos parámetros y las diferencias de estancias (hospitalizados y en residencias)</p> <p>Se emplea la historia médica del paciente</p> <p>Se pesa y se talla en ropa interior y sin zapatos</p> <p>El índice de masa corporal es elaborado por los investigadores</p>	<p>-El grado de independencia a la hora de comer es mayor en los hospitales (72 %) que en las residencias (22%)</p> <p>-Los pacientes pluripatológicos con índice de masa <20 %, presentan un riesgo superior a 30 veces más que otros pacientes de ingerir menor alimento. Estos mismos pacientes en residencias presentan cuatro veces menor riesgo</p> <p>-El mayor número de pacientes dependientes se dio en las residencias</p> <p>-Acciones para personas con bajo peso:</p> <table border="1"> <tr> <td>Hospitales</td> <td>Residencias</td> </tr> <tr> <td>Opción libre de menú</td> <td>Modificar hábitos de bebida</td> </tr> <tr> <td>Aconsejar</td> <td>Asesorar</td> </tr> <tr> <td>Dar espesantes</td> <td>Suplementos orales</td> </tr> </table>	Hospitales	Residencias	Opción libre de menú	Modificar hábitos de bebida	Aconsejar	Asesorar	Dar espesantes	Suplementos orales	<p>- Las razones que llevan a una falta de apetito, exigen un acercamiento individualizado y multidisciplinar</p> <p>-Los problemas orales demuestran que se precisa poner más atención al estado bucal</p> <p>-Los parámetros de pérdida de apetito, pluripatologías y dificultades para masticar o tragar, implican un riesgo de desnutrición</p> <p>-El uso de protocolos para registrar la cantidad de alimento y bebidas es poco usado. Vigilar estas cantidades debe ser el primer paso para conocer la necesidad y así intervenir y mejorar la cantidad y/o calidad del alimento</p>	<p>NE 4c / GR B</p>
Hospitales	Residencias													
Opción libre de menú	Modificar hábitos de bebida													
Aconsejar	Asesorar													
Dar espesantes	Suplementos orales													

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>25</p> <p>Valoración del estado nutricional en una consulta de geriatría</p> <p>M.Esteban,M.C. (Centro Municipal Geriátrico. Ayuntamiento de Madrid)</p> <p>Año 2013</p>	Descriptivo	204 pacientes visitados por primera vez en la consulta de geriatría	<p>-Valoración clínica con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del estado nutricional con MNA • Dietarios • Parámetros analíticos <p>-Valoración funcional para las actividades básicas e instrumentadas</p> <p>-Valoración social (convivencia, relaciones familiares y datos económicos)</p> <p>-Educación para la salud con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control dietético • Control de factores de riesgo • Suplementación • Seguimiento 	La pérdida de capacidad funcional se presupone como causa y como efecto de la desnutrición, es decir, por un lado el estado de desnutrición puede llevar a la pérdida de la capacidad funcional y, por otro, esta última condicionaría el estado de nutrición	<p>Refuerzan la idea de valoración conjunta de MNA y Barthel</p> <p>La búsqueda de indicadores de riesgo, como puede ser la pérdida funcional u otros por determinar, puede hacer la intervención más eficiente</p>	NE 4c / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>26</p> <p>Estudio nutricional en la población anciana hospitalizada</p> <p>M^a J. Gómez Ramos (doctora en MI hospital S Carlos de Murcia) 2005</p>	Estudio transversal	2000 pacientes ingresados en planta de agudos de M interna del Hospital san Carlos de Murcia	<p>Realizan MNA de 18 ítems a los pacientes</p> <p>Se obtiene además colaboración de cuidadores principales</p> <p>Se solicitan y valoran pruebas analíticas (hemograma, albumina y transferrina)</p>	<p>Como principales causas de desnutrición están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alteraciones biológicas, psíquicas (depresión, demencia) • alteraciones sociales (soledad, marginación, dependencia) • aislamiento a la hora de comer • limitaciones para las actividades de la vida diaria <p>-Un 32 % presentaba malnutrición moderada mixta</p> <p>-Un 38 % comía solo y tenía una distribución correcta de alimentos con lácteos y proteínas pero escasa fruta</p> <p>-La desnutrición proteicas severa es provocada en pacientes hospitalizados por aumento energético y nutricional secundario al proceso que sufren y no puede ser compensada con la ingesta habitual</p>	<p>Coinciden valores bajos de MNA (situación de riesgo) con valores analíticos malos, es decir no son imprescindibles estos últimos</p> <p>El estudio comparativo de MNA y métodos tradicionales de valoración nutricional y antropométrica, presenta una correlación estadísticamente significativa; por lo que el MNA es un instrumento útil, fiable y sencillo para valorar el estado nutricional de ancianos hospitalizados y puede ser realizado por personal no adiestrado en la valoración nutricional</p>	NE 4b / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>27</p> <p>Influencia de los criterios de clasificación sobre la valoración nutricional de enfermería mediante parámetros antropométricos</p> <p>Juan Manuel Manzano</p> <p>2005</p>	Descriptivo	53 pacientes	<p>Describir el estado nutricional de nuestros pacientes mediante parámetros antropométricos atendiendo a distintos criterios de clasificación</p> <p>Se emplearon peso, talla, pliegue cutáneo de tríceps, circunferencia braquial y circunferencia muscular del brazo.</p> <p>Como instrumentos se emplearon cinta métrica inextensible, calibrador del pánicula adiposo, bascula digital y tallimetro.</p> <p>Se realizo por un único observador entrenado</p>	Se establecieron 7 criterios y se realizó análisis comparativo, mostrando en todos los casos un porcentaje superior al 25 % de las casillas con frecuencias esperadas inferiores a "5", careciendo por tanto de validez estadística dicha prueba	El uso de diferentes criterios de clasificación para interpretar las mediciones antropométricas y valorar le estado nutricional , proporciona prevalencias de desnutrición muy dispares, diferencia que va en aumento cuanto mayor disparidad exista entre los criterios de clasificación	NE 4c / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>28</p> <p>Proceso de implantación de un sistema de cribado de riesgo nutricional en el hospital Universitario La Paz de Madrid</p> <p>Carmen Gómez-Candela</p> <p>2013</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>La 1ª se realizo con 53 paciente y se comparo con VEN (valoración estado nutricional)</p> <p>La 2ª con 161 pacientes y se compara con MNA</p> <p>En 2008 se elabora un dossier con resultados económicos y se valoran las consecuencias positivas de tener un sistema de cribado</p>	<p>-La herramienta permite de forma automática conocer la pérdida. Se hace de forma rutinaria un perfil analítico de colesterol, albumina s. y linfocitos . Se obtendrán unos resultados de riesgo nutricional con alerta de clasificación baja, moderada o alto riesgo.</p> <p>-Se establece mecanismo para transmitir información: en el informe de bioquímica además del resultado del cribado, se adjunta un texto de cómo actuar según los resultados obtenidos. Los pacientes que son de alto riesgo, se avisa a la unidad de nutrición</p> <p>-En los pacientes quirúrgicos se implica a la consulta de anestesia en la petición de los parámetros necesarios</p>	<p>La mayoría de los pacientes ingresados, disponen de una estimación de riesgo nutricional y unas recomendaciones de actuación</p> <p>El personal sanitario ha tomado conciencia de la importancia y magnitud del problema y se implica en los cuidados nutricionales del paciente</p> <p>El sistema de cribado permite valorar a diario y de manera automática a una gran parte de la población hospitalizada. Cuando los ingresos se prolongan en el tiempo, se acumulan distintos informes que permiten realizar distintas valoraciones</p>	<p>-La recogida de datos de forma manual , depende de los recursos humanos disponibles</p> <p>-Valorar parámetros nutricionales se puede convertir en un número: como el porcentaje de ingesta en 24 horas recogido por enfermería y porcentaje de pérdida de peso reciente</p> <p>-Una intervención precoz tiene beneficios significativos en la evolución clínica del paciente con acortamiento de la estancia hospitalaria y reducción de costes</p> <p>-La enfermera debe evaluar la ingesta real respecto a la cantidad servida de alimentos en forma de porcentajes: >25 %.</p>	<p>NE 4a / GR B</p>

TÍTULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>29</p> <p>Papel crítico de la nutrición para mejorar la calidad del cuidado: una llamada interdisciplinar a la acción para tratar la desnutrición hospitalaria</p>	Revisión realizada en EEUU		<p>Sugieren nuevas prácticas en el diagnóstico y tratar puntualmente a pacientes malnutridos pues está demostrado que los pacientes malnutridos tienen mayores complicaciones, alargan la estancia, vuelven más veces y tienen un mayor coste</p> <p>La clave es la identificación temprana basada en seis principios</p>	<p>Se establecen 6 principios</p> <p>1.- Importancia institucional</p> <p>2.-Importancia de la nutrición. Enfermería debe reconocer las comidas escasas, valorar la cantidad de calorías ingeridas, manejar ambientes de comida y tiempos y realizar terapias de nutrición adecuadas</p> <p>3.-Todo paciente ingresado debe ser sometido a un test de valoración nutricional y regístralo informáticamente</p> <p>4.-Se han de realizar intervenciones tempranas y rápidas</p> <p>5.-Comunicar los planes de cuidados de nutrición</p> <p>6.- El plan de cuidados iniciado en el hospital se debe continuar y vigilar en su domicilio.</p>	<p>Las enfermeras que reciben al paciente deben realizar preguntas sobre la ingesta dietética, el cambio de peso y el acceso al alimento</p> <p>Resaltan la importancia de la nutrición en términos de calidad y costes</p> <p>Las intervenciones tempranas deben ser multidisciplinarias</p> <p>El estado de nutrición debe ser supervisado rutinariamente</p>	NE 4a / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
30 Valoración nutricional del paciente oncológico. María Molina Rodríguez (2013)	Observa- cional, descriptivo transversal	Mayores de 18 años, en tratamiento con quimioterapia de más de un mes de duración.	Valoración del estado nutricional de los pacientes.	Buen estado nutricional de los pacientes sometidos al estudio. Presencia de síntomas asociados a la dificultad de alimentarse que afectan al estado físico: pérdida de masa muscular y tejido adiposo.	Es conveniente comenzar de forma precoz el asesoramiento nutricional de los pacientes con riesgo de padecer desnutrición.	NE 4b / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
31 La gastronomía hospitalaria ayudando a la reducción de los índices de desnutrición entre pacientes hospitalizados. Mariana Delega de Souza. MMiyoko Nakasato.(2011)	Revisión bibliográ- fica.	Pacientes ingresados.	Minimizar los aspectos negativos de la hospitalización que influyen en la alimentación de los pacientes ingresados.	Los aspectos gastronómicos forman parte de la intención curativa del paciente hospitalizado. La mejora de las técnicas gastronómicas ayuda a disminuir la desnutrición en los pacientes hospitalizados.	Deben realizarse más estudios en los que concretar qué tipo de mejoras gastronómicas son las más adecuadas para disminuir la desnutrición de los pacientes hospitalizados.	NE 5a / GR B

TITULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
<p>32</p> <p>Encouraging, assisting and time to EAT: Improved nutritional intake for older medical patients receiving Protected Mealtimes and/or additional nursing feeding assistance</p> <p>(Fomentar asistencia y tiempo para comer: Mejora de la ingesta nutricional para pacientes médicos mayores que tienen “protegida” la hora de comer y / o asistencia de enfermería de alimentación adicional.)</p> <p>Adrienne M. Young, Alison M. Mudge, Merrilyn D. Banks,</p>	<p>Diseños cuasi-experimentales: Pre-test - post-test o grupo de estudio histórico / control a posteriori</p>	<p>254 participantes se inscribieron en el estudio, de los cuales 115 fueron reclutados en la observación previa a la intervención participantes en el estudio y 139 durante la post-intervención estudio esto representa una tasa de aprobación del 40%, con los participantes y no</p>	<p>PM: La hora de comer protegida con formación multidisciplinar; AIN: asistente en enfermería con papel de dedicación adicional durante la comida; PM p AIN: intervención combinada</p>	<p>Los niveles de asistencia en la hora de la comida aumentaron significativamente en todas las intervenciones ($p < 0,01$).</p> <p>Los participantes después de la intervención tenían más probabilidades de alcanzar la ingesta energética adecuada (OR $\frac{1}{3,4}$, $p = 0,01$), sin diferencias observado entre las intervenciones ($p \frac{1}{0,29}$). Los pacientes con deterioro cognitivo o alimentación dependiente parecen obtener un beneficio sustancial de las intervenciones de asistencia a la hora de la comida.</p>	<p>La hora de comer “protegida” y asistencia AIN adicional (implementados solo o en combinación) puede producir mejoras modestas en la ingesta nutricional. Asistencia de alimentación selectiva para ciertos grupos de pacientes parece prometedora, sin embargo, se requieren estrategias alternativas para abordar el complejo problema de la desnutrición en esta población.</p>	<p>Nivel 2d / GR B</p>

TÍTULO AUTOR, AÑO	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIONES	COMENTARIOS	Nivel evidencia/ Grado recomendación (JBI)*
Lynda J. Ross, Lynne Daniel/ 2012		participantes elegibles siendo similares en edad (media de 80 años frente a 81 años), distribución por sexo (47% hombres vs. 42% hombres)				

ANEXO 1. PES10009 Paciente pluripatológico

Población diana: Paciente ingresado en una unidad de enfermería con dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.

DRI00047 - RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

FRI08028 - Inmovilidad física

RES01101 - *Integridad tisular piel y membranas mucosas*

IND16209 - Integridad cutánea

INT03540 - *Prevención de úlceras por presión*

ACT57245 - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Norton).

ACT60189 - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida

ACT48362 - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.

ACT42524 - Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal

DRI00155 - RIESGO DE CAIDAS

FRI04003 - Edad ≥ 65 años

FRI03027 - Deterioro de la movilidad física

RES01909 - *Conducta de prevención de caídas*

IND04122 - Colocación de barreras para prevenir caídas

INT06490 - *Prevención de caídas.*

ACT42549 - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.

ACT06307 - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

ACT57023 - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.

DRI0004 - RIESGO DE INFECCIÓN

FRI15046 - Procedimientos invasivos.

RES01101 - *Integridad tisular: piel y membranas mucosas.*

IND16137 - Eritema.

IND08141 - Induración.

INT02440 - *Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso*

ACT06047 - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

ACT39399 - Observar si hay signos y/o síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

DRI00015 - RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

- FRI00005 - Actividad física insuficiente
- RES00501 - *Eliminación intestinal*
 - IND28080 - Patrón de eliminación
- INT00450 - *Manejo del estreñimiento/impactación*
 - ACT60193 - Vigilar signos y síntomas de estreñimiento.
 - ACT15260 - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado.

DRE00146 - ANSIEDAD

- CDE06516 - Nerviosismo
- CDE04139 - Inquietud
- FRE02092 - Cambios en el estado de salud
- RES01211 - *Nivel de ansiedad*
 - IND16204 - Inquietud
 - IND00206 - Ansiedad verbalizada
- INT05820 - *Disminución de la ansiedad*
 - ACT39396 - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
 - ACT13295 - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

DRE00092 - INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

- CDE01684 - Disnea de esfuerzo
- CDE04128.- Informes verbales de fatiga o debilidad
- FRE03124 - Debilidad generalizada.
- RES0005 - *Tolerancia a la actividad.*
 - IND10005 - Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).
- INT00180 - *Manejo de la energía*
 - ACT60239 - Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).

DRE00002 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

- CDE04106 - Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas
- CDE07535 - Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.
- CDE00149 - Aversión a comer
- FRE08022 - Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.
- RES01004 - *Estado nutricional*
 - IND16181- Ingestión alimentaria

INT01100 - Manejo de la nutrición

ACT42423 - Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.

DRE00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Manejo de la diabetes, inhaladores, medicación e identificación de síntomas.

CDE09010 - Seguimiento inexacto de las instrucciones.

CDE10517 - Verbalización del problema

FRE12002 - Mala interpretación de la información

RES01824 - *Conocimiento: cuidados de la enfermedad*

IND06530 - Descripción del régimen terapéutico

INT05602 - *Enseñanza: Proceso de enfermedad*

ACT12884 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de la enfermedad específico

ACT42641 - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede

INT07370 - *Planificación del alta*

ACT15466 - Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta

ACT24077 - Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

DRE00074 – AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

FRE15062 - Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de la persona de referencia.

RES02208 - *Factores estresantes del cuidador familiar*

IND10010 - factores estresantes referidos por el cuidador

INT07040 - *Apoyo al cuidador principal*

ACT09370 - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador

ACT12562 - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente

CPO00365 – ALTERACIÓN DE LA GLUCEMIA

RES02300 - *Nivel de glucemia*

IND04199 - Concentración sanguínea de glucosa

INT02120 - *Manejo de la hiperglucemia.*

ACT60281 - Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

ACT39420 - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia

INT02130 - *Manejo de la hipoglucemia.*

ACT60281 - Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

ACT09710 - Determinar signos y síntomas de hipoglucemia

ACT00210 - Administrar hidratos de carbono simple, si está indicado.

CPO00205 - DOLOR

RES02102 - Nivel del dolor

IND06743 - Dolor referido

INT01400 - Manejo del dolor

ACT48196 - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

ACT51080 - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas y no farmacológicas e interpersonales) que facilite el alivio del dolor, si procede

ACT12914 - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

INTERVENCIONES NO ASOCIADAS A DIAGNÓSTICO

INT06680 – Monitorización de signos vitales

ACT07054 – Control periódico de TA, pulso, temperatura, estado respiratorio si procede.

ACT24029 – Identificar causas posibles de los cambios en las constantes vitales

INT02300 – Administración de medicación

ACT51038 – Seguir los cinco puntos de administración de medicación.

ANEXO 2. Manejo de la nutrición

Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

ACTIVIDADES

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Determinar, en colaboración de la dietista si procede, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta), cuando sea preciso.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.

ANEXO 3. Terapia nutricional

Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está desnutrido o con alto riesgo de desnutrición

ACTIVIDADES

- Completar una valoración nutricional, según corresponda.
- Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda
- Determinar (en colaboración con la dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Elegir suplementos nutricionales, según corresponda
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda
- Fomentar que se traigan comidas hechas en casa al centro, si es posible
- Estructurar el ambiente para crear un ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.
- Presentar los alimentos de una manera atractiva, agradable, teniendo en cuenta el color, textura y variedad.

ANEXO 4. Niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) del Instituto Joanna Briggs (JBI)

En vigor desde el 1 de Marzo 2014.

JBI Grades of Recommendation

Grade A

A “strong” recommendation for a certain health management strategy where:

1. it is clear that desirable effects outweigh undesirable effects of the strategy;
2. where there is evidence of adequate quality supporting its use;
3. there is a benefit or no impact on resource use, and
4. values, preferences and the patient experience have been taken into account.

Grade B

A “weak” recommendation for a certain health management strategy where:

1. desirable effects appear to outweigh undesirable effects of the strategy, although this is not as clear;
2. where there is evidence supporting its use, although this may not be of high quality;
3. there is a benefit, no impact or minimal impact on resource use, and
4. values, preferences and the patient experience may or may not have been taken into account.

Levels of Evidence - Effectiveness

Level 1 – Experimental Designs

- Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

- Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs
- Level 1.c – RCT
- Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

- Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies
- Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs
- Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study
- Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs

- Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies
- Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs
- Level 3.c – Cohort study with control group
- Level 3.d – Case – controlled study
- Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational – Descriptive Studies

- Level 4.a – Systematic review of descriptive studies
- Level 4.b – Cross-sectional study
- Level 4.c – Case series
- Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

- Level 5.a – Systematic review of expert opinion
- Level 5.b – Expert consensus
- Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

ANEXO 5. Niveles de evidencia estudios cualitativos. (A. Gálvez Toro)

Clasificación de evidencias atendiendo a su utilidad

Utilidad	Descripción	Toma de decisiones
<i>alfa</i>	Hallazgos útiles para resolver un problema.	Yo seguiría la recomendación.
<i>beta</i>	Hallazgos útiles para la orientación en la resolución de un problema.	Yo la tendría en cuenta como una alternativa útil.
<i>delta</i>	Hallazgos útiles para la reflexión sobre las distintas alternativas de solución de un problema.	Yo creo que no es la mejor alternativa porque no encaja bien con el problema y no llega a dar una buena respuesta.
<i>omega</i>	Hallazgos con escasa utilidad aplicada en el momento actual.	Yo la consideraría como una curiosidad.
Las antiguas denominaciones al nivel de utilidad eran A, B, C, y D respectivamente.		

Clasificación del alcance de los hallazgos según el diseño

Alcance hallazgos	Diseños
Nivel 1	I. Metasíntesis cualitativa: metamétodo, metateoría y metadatosanálisis. II Revisión crítica n=1 de una metasíntesis cualitativa adaptada a las peculiaridades de un contexto cultural.
Nivel 2	III. Metaestudio tipo metaanálisis cualitativo (reanálisis cualitativo de las categorías de cada estudio particular). IV. Metaestudio tipo revisión sistemática cualitativa (síntesis narrativa de las evidencias disponibles sobre un tema concreto tras la lectura crítica). V. Estudios interpretativos. VI. Revisión crítica n=1 de un metaestudio cualitativo.
Nivel 3	VII. Estudios descriptivos . VIII. Estudio interpretativo n=1. IX. Revisión crítica n=1 de un estudio descriptivo o interpretativo.
Nivel 4	X. Estudios descriptivos n=1.