

# **Informe de alta hospitalaria del dietista-nutricionista**

**Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica**

**Barcelona, octubre de 2021**

Edita: Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya  
1.ª edición: Barcelona, octubre de 2021

Revisión lingüística: Helena Brull Fontanilla

Obra bajo licencia Creative Commons BY-NC-SA



Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 Internacional de Creative Commons.

La licencia completa se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

## Autores

**Mireia Badia Bernaus.** Hospital Universitario de Santa Maria (Lleida)

**Inmaculada Jiménez García.** Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

**Mariona Martín Giol.** Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)

**Jéssica Martínez Rodríguez.** Hospital de Mataró

**Isabel Megías Rangil.** Hospital Universitario Sant Joan de Reus

**Cèlia Puig Cepero.** Hospital General de Granollers

**Neus Salleras Compte.** Instituto Catalán de Oncología. Hospital Universitario

Dr. Josep Trueta (Girona)

**José Manuel Sanchez-Migallón Montull.** Instituto Catalán de Oncología (Badalona)

**M. José Sendrós Madroño.** Instituto Catalán de Oncología (Badalona)

**Gemma Simats Oriol.** Althaia, Red Asistencial Universitaria de Manresa. Hospital Sant Joan de Déu

**Sònia Vallès Martí.** SCIAS. Hospital de Barcelona



### Prueba piloto realizada en:

Hospital Universitario Vall d'Hebron  
 Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi  
 Hospital Arnau de Vilanova  
 Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella  
 Hospital de Mollet

# Junta de Gobierno del **Codinucat**

Dietistes - Nutricionistes de Catalunya

Nancy Babio Sánchez, presidenta

Marta Planas Guillamón, vicepresidenta

Inés Navarro Blanch, secretaria

Roser Martí Cid, vicesecretaria

Miguel Reverte Lorenzo, tesorero

Elena Maestre González, vicetesorera

Anna Pibernat Tornabell, vocal

Blanca Salinas-Roca, vocal

Sònia Vallés Martí, vocal

# Contenido

SIGLAS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
▲ EL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO .....	7
▲ Funciones del dietista-nutricionista en el ámbito hospitalario .....	7
▲ FINALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA ....	7
INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA.....	8
GUÍA PARA CUMPLIMENTAR EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA.....	10
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES .....	17

# Siglas

GTNC Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica

IMC Índice de masa corporal

MNA Mini-Nutritional Assessment

GLIM Global Leadership Initiative on Malnutrition

VGS Valoración global subjetiva

# Introducción

## EL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

La función del dietista-nutricionista en el ámbito hospitalario es velar por la alimentación adecuada de los pacientes hospitalizados, así como participar en las diferentes terapias nutricionales.

El marco que establecen la Ley 16/2003<sup>1</sup>, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; la Ley 44/2003<sup>2</sup>, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; el Real decreto 1277/2003<sup>3</sup>, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y además, en Cataluña, el Decreto 151/2017<sup>4</sup>, de 17 de octubre, por el que se establecen los requisitos y las garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios y los procedimientos para su autorización y registro, dispone que la unidad de nutrición y dietética, dirigida por un facultativo que idealmente puede ser un dietista-nutricionista, profesional sanitario que debe en cualquier caso formar parte de ella, con la función de participar, en el marco de sus competencias específicas, en la terapia nutricional de las diferentes patologías, entre otras.

La unidad de nutrición y dietética es una unidad con identidad propia, con capacidad para dar apoyo a todos los servicios del centro, tanto en las áreas de hospitalización, ambulatoria y de gestión del servicio de alimentación, como en todas las actividades del centro en que sea requerida.



### Funciones del dietista-nutricionista en el ámbito hospitalario

- a) Promover la detección de pacientes con riesgo nutricional.
- b) Prestar asistencia a pacientes hospitalizados, ambulatorios y domiciliarios.
- c) Formar parte de los equipos terapéuticos interdisciplinarios del centro.
- d) Participar en la gestión del servicio de alimentación.
- e) Elaborar protocolos de actuación nutricional.
- f) Ejercer función docente.
- g) Llevar a cabo tareas de investigación.



<sup>1</sup>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, de 29.5.2003. Disponible en: [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2003/06/16/pdfs/A02595-02616.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2003/06/16/pdfs/A02595-02616.pdf) [citado 27/12/2020].

<sup>2</sup>Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280, de 22.11.2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf> [citado 13/09/2021].

<sup>3</sup>Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE n.º 254, de 23.10.2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19572> [citado 27/12/2020].

<sup>4</sup>Decreto 151/2017, de 17 de octubre, por el que se establecen los requisitos y garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios y los procedimientos para su autorización y registro. DOGC n.º 7477, de 19.10.2017. Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/7477/1639927.pdf> [citado 13/09/2021].

## FINALIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

El dietista-nutricionista debería estar integrado en los equipos interdisciplinarios y prestar asistencia a pacientes tanto hospitalizados y ambulatorios como domiciliarios. La falta de continuidad en la información entre la atención especializada y primaria –en este caso, sobre alimentación y nutrición– genera descoordinación en la atención del paciente y puede implicar errores en la asistencia sanitaria.

Por ello, con la experiencia de los dietistas-nutricionistas clínicos que conforman el Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica (GTNC) del CODINUCAT, se puso de manifiesto la necesidad de elaborar una herramienta, hasta ahora inexistente, que favoreciera la comunicación entre profesionales sanitarios y la continuidad asistencial dietético-nutricional y que se pretende que sea utilizada por los dietistas-nutricionistas que trabajan en los hospitales de todo el Estado.

El informe de alta hospitalaria del dietista-nutricionista es una herramienta de trabajo que se cumplimenta de forma fácil y rápida, y contiene cinco apartados bien diferenciados:

- ▲ valoración nutricional
- ▲ evolución dietético-nutricional
- ▲ condicionantes de la ingesta
- ▲ alergias / intolerancias alimentarias
- ▲ pauta dietético-nutricional aconsejada al alta

Se debería integrar en la historia clínica del paciente para facilitar el cumplimiento de los siguientes objetivos: **favorecer la comunicación** en los diferentes ámbitos asistenciales, **mejorar la seguridad** del paciente y **aumentar la visibilidad** del trabajo realizado por los dietistas-nutricionistas clínicos durante un ingreso hospitalario.

Al final del presente documento se adjunta una guía donde se detallan las características de todos los apartados con el fin de facilitar la comprensión y asegurar un buen uso del documento.

## INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



Nombre y apellidos del/de la paciente (CIP):  
Motivo del ingreso/diagnóstico:

Edad:

VALORACIÓN NUTRICIONAL				
DATOS ANTROPOMÉTRICOS		PESO (kg)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	FECHA
	Habitual			
	Ingreso			
	Alta			
	Talla (m)			
	Pérdida de peso(%)	Tiempo	No significativa <input type="checkbox"/> Significativa <input type="checkbox"/>	
PARÁMETROS ANALÍTICOS	Fecha	Datos analíticos		
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	IMC Sobrepeso grado I <input type="checkbox"/> grado II <input type="checkbox"/> Obesidad grado I <input type="checkbox"/> grado II <input type="checkbox"/> grado III <input type="checkbox"/> grado IV <input type="checkbox"/>		<b>SEGÚN CRITERIOS SENPE</b> Estado nutricional normal <input type="checkbox"/> <b>Tipo de desnutrición:</b> calórica <input type="checkbox"/> proteica <input type="checkbox"/> mixta <input type="checkbox"/> <b>Grado de desnutrición:</b> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/>	
	MNA Estado nutricional normal <input type="checkbox"/> Riesgo de malnutrición <input type="checkbox"/> Malnutrición <input type="checkbox"/>		<b>VGS</b> Bien nutrido o sin riesgo nutricional <input type="checkbox"/> Desnutrición moderada o con riesgo nutricional <input type="checkbox"/> Desnutrición grave <input type="checkbox"/>	
	<b>GLIM</b> Desnutrición: moderada <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/>			
	<b>Observaciones:</b>			
NECESIDADES NUTRICIONALES ESTIMADAS	calóricas (kcal/día)		proteicas (g/día)	hídricas (mL/día)
EVOLUCIÓN DIETÉTICO-NUTRICIONAL DURANTE EL INGRESO				
CONDICIONANTES DE LA INGESTA AL ALTA				
Edentulismo completo <input type="checkbox"/> Edentulismo parcial <input type="checkbox"/> Mal encaje de la prótesis dental <input type="checkbox"/> Aftas orales <input type="checkbox"/> Candidiasis <input type="checkbox"/> Odinofagia <input type="checkbox"/> Mucositis <input type="checkbox"/> Disgeusia <input type="checkbox"/> Hipogeusia <input type="checkbox"/> Ageusia <input type="checkbox"/> Xerostomía <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Siedad precoz <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Depresión o signos de desánimo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
<b>DISFAGIA</b>	No <input type="checkbox"/>	Disfagia a líquidos <input type="checkbox"/>	Disfagia a sólidos <input type="checkbox"/>	Disfagia mixta <input type="checkbox"/>
ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS				
PAUTA DIETÉTICA ACONSEJADA AL ALTA				
TIPO DE DIETA	<b>Textura</b> Sin modificación de textura <input type="checkbox"/> De fácil masticación <input type="checkbox"/> De fácil deglución <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Triturada <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/>		Con líquidos <input type="checkbox"/> Sin líquidos <input type="checkbox"/>	
	<b>Volumen</b> Pequeño <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>			
HIDRATACIÓN	<b>EN CASO DE DISFAGIA</b>			
	Viscosidad líquida <input type="checkbox"/> néctar <input type="checkbox"/> pudín <input type="checkbox"/>		Volúmenes de 5 mL <input type="checkbox"/> 10 mL <input type="checkbox"/> 20 mL <input type="checkbox"/>	
SUPLEMENTACIÓN Y/O NUTRICIÓN ENTERAL	<b>Vía de administración:</b> Oral <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> Sonda nasoduodenal <input type="checkbox"/> Sonda nasoyeyunal <input type="checkbox"/> Esofagostomía <input type="checkbox"/> Gastrostomía <input type="checkbox"/> Yeyunostomía <input type="checkbox"/>			
	Fórmula/producto	Dosis total	Volumen, frecuencia y/o velocidad	Método y sistema de administración (en caso de que no sea vía oral)
				Continua <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Cíclica <input type="checkbox"/> Gravedad <input type="checkbox"/> Intermitente/bolus <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES				

Nombre y apellidos del/de la dietista-nutricionista (n.º de colegiado/a):

Contacto:

Fecha:

Versión 1

# GUÍA PARA CUMPLIMENTAR EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

A continuación se detallan las características de todos los apartados de la plantilla del informe de alta hospitalaria del dietista-nutricionista, con el fin de facilitar su comprensión y asegurar un buen uso del documento.

Se debe tener en cuenta que las casillas a marcar en cada caso son las que aparecen a la derecha de cada opción.

## VALORACIÓN NUTRICIONAL

**DATOS ANTROPOMÉTRICOS:** En este apartado se encuentra información relativa al peso, la altura y el índice de masa corporal (IMC) del paciente.

- ▲ En la columna **PESO** se anota, en kilogramos (kg), el peso habitual, al ingreso y al alta.
- ▲ En la columna **IMC** se anota el valor correspondiente al IMC (kg/m<sup>2</sup>) habitual, al ingreso y al alta, calculado con la fórmula  $IMC = peso/(talla^2)$
- ▲ En la columna **FECHA** se anota el día, el mes y el año de los pesos solicitados con el formato dd/mm/aaaa.
- ▲ En el apartado **TALLA** se anota la altura en metros (m).
- ▲ En el apartado **PÉRDIDA DE PESO** se anota el porcentaje (%) de peso perdido calculado con la fórmula  $\% \text{ de pérdida de peso} = [(Peso \text{ habitual} - Peso \text{ actual}) / Peso \text{ habitual}] \times 100$ .
- ▲ En la columna **TIEMPO** se anotan las semanas, meses o años en los que se ha producido la pérdida de peso.
- ▲ En función del porcentaje de pérdida de peso y el período de tiempo en el que se haya producido dicha pérdida, hay que indicar si es **SIGNIFICATIVA** o **NO SIGNIFICATIVA**<sup>3</sup> marcando la casilla correspondiente.

TIEMPO	PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA
1 semana	≥1-2%
1 mes	≥5%
3 meses	≥7,5%
6 meses	≥10%

<sup>3</sup> Blackburn GL, Bristian BR, Maini BS, Schlamm H T, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. JPEN 1977; 1(1):11-22 [citado 15 febrero 2021].

**PARÁMETROS ANALÍTICOS:** Campo abierto para anotar los datos analíticos que el dietista-nutricionista considere de interés y la fecha de los datos.

**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:** Apartado en el que aparecen varias herramientas para determinar el estado nutricional del paciente. Solo se debe marcar la que se utilice en el centro de trabajo de forma habitual o la que se considere.

- ▲ **IMC:** Parámetro para clasificar el exceso de peso. Se expone la propuesta de la SEEDO, pero se debe tener en cuenta que la población de personas mayores (de 70 años o más) tiene unos límites de normopeso y sobrepeso diferentes a los de la población adulta.

	POBLACIÓN ADULTA	PERSONAS MAYORES
Sobrepeso de grado I	25-26,9 kg/m <sup>2</sup>	27-29,9 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso de grado II	27-29,9 kg/m <sup>2</sup>	
Obesidad de grado I	30-34,9 kg/m <sup>2</sup>	30-34,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad de grado II	35-39,9 kg/m <sup>2</sup>	35-39,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad de grado III (mórbida)	40-49,9 kg/m <sup>2</sup>	40-49,9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad de grado IV (extrema)	≥50 kg/m <sup>2</sup>	≥50 kg/m <sup>2</sup>

- ▲ **Según los criterios de SENPE<sup>5</sup>:** Clasificación de la desnutrición según el tipo (calórica, proteica, mixta) y el grado (leve, moderada, grave).
- ▲ **GLIM<sup>6</sup>:** Se proponen los diagnósticos nutricionales creados por el grupo de trabajo Global Leadership Initiative on Malnutrition. Para el diagnóstico de malnutrición es preciso al menos un criterio fenotípico y un criterio etiológico y, según la gravedad de los criterios, la desnutrición puede ser moderada o grave.

#### Criterios fenotípicos

- ▲ Pérdida de peso (%): >5% en los últimos 6 meses, o >10% a partir de 6 meses.
- ▲ IMC (kg/m<sup>2</sup>): <20 si <70 años, o <22 si >70 años.
- ▲ Reducción de la masa muscular: valorada mediante técnicas validadas de medición de la composición corporal.

#### Criterios etiológicos

- ▲ Reducción de la ingesta y/o asimilación de alimentos: ≤50% de las necesidades calóricas > 1 semana, o cualquier reducción durante >2 semanas, o cualquier afección gastrointestinal (disfagia, vómitos, diarrea, estreñimiento, etc.) crónica que tenga un impacto adverso en la asimilación o absorción de alimentos (síndrome del intestino corto, insuficiencia pancreática, cirugía bariátrica, etc.).
- ▲ Inflamación: Enfermedad o lesión aguda o relacionada con la enfermedad crónica.

<sup>4</sup> Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B; Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc.) 2007;128(5):184-96 [citado 12 diciembre 2020].

<sup>5</sup> Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, et al; Grupo de Documentación de SENPE. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2008;23(6):536-40 [citado 12 diciembre 2020].

<sup>6</sup> Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higahiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019 Feb;10(1):207-17. Published online 2019 Mar 28. doi: 10.1002/jcsm.12383. [citado 25 noviembre 2020].

▲ **MNA<sup>7</sup>**: Se proponen los diagnósticos nutricionales que permite realizar el test **Mini-Nutritional Assessment (MNA)** completo, específico para la población mayor de 65 años.

▲ Estado nutricional normal: puntuación >24

▲ Riesgo de malnutrición: puntuación 17-23,5

▲ Malnutrición: puntuación <17

## Mini Nutritional Assessment

**MNA<sup>®</sup>**

**Nestlé**  
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

<b>Cribaje</b>		<b>J. Cuántas comidas completas toma al día?</b> 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
<b>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltarle apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</b> 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>	<b>K Consume el paciente</b> • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/>
<b>B Pérdida reciente de peso (&lt;3 meses)</b> 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>C Movilidad</b> 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>	<b>L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?</b> 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
<b>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</b> 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>	<b>M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)</b> 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	<b>N Forma de alimentarse</b> 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
<b>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup></b> 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23. 3 = IMC ≥ 23.	<input type="checkbox"/>	<b>O Se considera el paciente que está bien nutrido?</b> 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
<b>Evaluación del cribaje</b> (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?</b> 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición		<b>Q Circunferencia braquial (CB en cm)</b> 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		<b>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)</b> 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Evaluación</b>		<b>Evaluación (máx. 16 puntos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>G El paciente vive independiente en su domicilio?</b> 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>	<b>Cribaje</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>H Toma más de 3 medicamentos al día?</b> 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>	<b>Evaluación global (máx. 30 puntos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>I Úlceras o lesiones cutáneas?</b> 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>	<b>Evaluación del estado nutricional</b>	
		De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal	
		De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición	
		Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.  
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.  
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
Para más información: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

<sup>7</sup>Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol.1994; 4 (suppl 2): 15-59. [citado 25 noviembre 2020]

- ▲ **VGS<sup>8,9,10</sup>**: Se proponen los diagnósticos nutricionales que permiten realizar el cuestionario de valoración global subjetiva (VGS).
- ▲ A: Bien nutrido o sin riesgo nutricional
- ▲ B: Desnutrición moderada o con riesgo nutricional
- ▲ C: Desnutrición grave

## VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL

### A. Historia clínica

#### 1) Peso corporal

Peso habitual \_\_\_\_\_ kg

Pérdida en los últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

Total kg \_\_\_\_\_ Porcentaje peso habitual \_\_\_\_\_ %

Variaciones en las últimas dos semanas:

- Aumento  
 Sin cambios  
 Disminución

#### 2) Cambios en el aporte dietético

NO  SÍ

Duración \_\_\_\_\_ semanas

- Dieta oral sólida insuficiente  
 Dieta oral triturada suficiente  
 Dieta oral triturada insuficiente  
 Dieta oral líquida exclusiva  
 Ayuno casi completo

#### 3) Síntomas gastrointestinales de duración superior a 2 semanas

- Ninguno  Diarrea  
 Náuseas  Disfagia  
 Anorexia  Dolor abdominal  
 Vómitos

#### 4) Capacidad funcional

Como siempre  Alterada

Duración \_\_\_\_\_ semanas

- Trabajo limitado  
 Ambulante  
 Encamado

#### 5) Enfermedad y su relación con los requerimientos

Diagnóstico primario .....  No estrés  Estrés moderado  
 Tratamiento o complicaciones .....  Estrés bajo  Estrés alto

### B. Examen físico

(para cada opción especificar: 0 = normal ; 1= leve; 2= moderado; 3= grave)

Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax) \_\_\_\_\_

Edemas maleolares \_\_\_\_\_

Pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides) \_\_\_\_\_

Edemas sacros \_\_\_\_\_

Ascitis \_\_\_\_\_

#### VALORACIÓN:

- A)  Bien nutrido o sin riesgo nutricional  
 B)  Desnutrición moderada o riesgo nutricional  
 C)  Desnutrición grave

A = bien nutrido o sin riesgo nutricional	B = desnutrición moderada o riesgo nutricional	C = desnutrición grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No pérdida de peso o aumento de peso reciente</li> <li>• Sin síntomas</li> <li>• Sin disminución ingesta o</li> <li>• Mejoría en la ingesta o en los síntomas (en ausencia de ascitis o edemas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso (5-10%) o no recuperación</li> <li>• Síntomas que interfieren en la ingesta o</li> <li>• Disminución en la ingesta o</li> <li>• Situación de estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso (&gt;10%)</li> <li>• Pérdida de tejido adiposo y masas musculares con o sin edemas</li> <li>• Alteración acusada de la capacidad funcional</li> </ul>

<sup>8</sup> Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN. 1987;11(1):8-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3820522>.

<sup>9</sup> Modificado de Angel Gil, editor. Tratado de nutrición. Tomo III. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 87.

<sup>10</sup> Recomendamos seguir esta cita para cumplimentarla de forma óptima: Subjective Global Assessment (SGA)- Diagnosing Malnutrition. Canadian Malnutrition Task Force. Le groupe de travail Canadien sur la malnutrition. Advancing Nutrition Care in Canada. Améliorer les soins nutritionnels au Canada. Disponible en: <https://nutritioncareincanada.ca/resources-and-tools/hospital-care-inpac/assessment-sga>. [citado 1 junio 2021].

## Observaciones

Campo abierto para anotar el diagnóstico nutricional realizado con otras herramientas o para incluir información adicional que el dietista-nutricionista considere relevante.

## Necesidades nutricionales estimadas

Se deben completar los diferentes subapartados con las necesidades energéticas (kcal/día), proteicas (g/día) e hídricas (mL/día) estimadas utilizando fórmulas validadas.

### EVOLUCIÓN DIETÉTICO-NUTRICIONAL DURANTE EL INGRESO

Campo abierto donde el dietista-nutricionista puede hacer constar la información dietético-nutricional que considere relevante sobre el ingreso:

- ▲ Evolución del estado nutricional.
- ▲ Tratamiento dietético indicado (tipo de dieta y textura) durante el ingreso, tolerancia, cumplimiento del tratamiento y preferencias del paciente en relación con el tratamiento. Se incluyen las posibles complicaciones derivadas de la pauta (por ejemplo, carencias nutricionales en el caso de dietas restrictivas)
- ▲ Sintomatología y condicionantes de la ingesta que haya presentado el paciente durante el ingreso que afecten de forma considerable a la ingesta, aunque ya no los presente en el momento del alta.
- ▲ Apoyo nutricional oral indicado, tolerancia, cumplimiento del tratamiento y preferencias del paciente en relación con el tratamiento. Se incluyen los módulos de proteínas, hidratos de carbono, grasas o fibra, suplementos vitamínicos y/o minerales y probióticos.
- ▲ Indicación de enzimas pancreáticas por parte del equipo médico.
- ▲ Nutrición artificial indicada (enteral o parenteral) durante el ingreso, tolerancia y posibles complicaciones.

### CONDICIONANTES DE LA INGESTA AL ALTA HOSPITALARIA

Apartado donde se pueden indicar los síntomas y otros condicionantes de la ingesta que presente el paciente en el momento del alta hospitalaria. A continuación, se presenta una breve descripción de cada una:

- ▲ **EDENTULISMO COMPLETO:** Falta total de piezas dentales.
- ▲ **EDENTULISMO PARCIAL:** Falta parcial de piezas dentales.
- ▲ **MAL ENCAJE DE LA PRÓTESIS DENTAL**
- ▲ **AFTAS ORALES:** Úlceras orales o llagas.
- ▲ **CANDIDOSIS:** Úlceras o lesiones orales causadas por hongos.
- ▲ **ODINOFAGIA:** Dolor al tragar.
- ▲ **MUCOSITIS ORAL:** Lesión e inflamación del interior de la boca y la garganta.
- ▲ **DISGEUSIA:** Alteración en la percepción de los sabores.
- ▲ **HIPOGEUSIA:** Disminución de la percepción de los sabores.
- ▲ **AGEUSIA:** Ausencia o pérdida casi completa de la percepción de los sabores.

- ▲ **XEROSTOMÍA:** Sequedad de la boca por falta o disminución de saliva.
- ▲ **DIARREA:** Deposiciones blandas o líquidas tres o más veces al día o con mayor frecuencia de la normal para la persona.
- ▲ **ESTREÑIMIENTO:** Dificultad persistente por defecar o sensación que la defecación es incompleta y/o movimientos intestinales infrecuentes (cada 3-4 días o con menor frecuencia) en ausencia de síntomas de alarma o causas.
- ▲ **DISNEA:** Dificultad respiratoria o falta de aire.
- ▲ **ANOREXIA:** Falta o disminución de la sensación de hambre.
- ▲ **SACIEDAD PRECOZ:** Sensación de plenitud después de comer menos de lo que es habitual para aquella persona.
- ▲ **DOLOR**
- ▲ **DEPRESIÓN O SIGNOS DE DESÁNIMO**
- ▲ **OTROS:** Campo abierto para especificar otros condicionantes de la ingesta relevantes, como aversiones alimentarias, ansiedad, etc.

Se incluye también la disfagia:

- ▲ **DISFAGIA A LÍQUIDOS:** Dificultad para deglutir los líquidos.
- ▲ **DISFAGIA A SÓLIDOS:** Dificultad para deglutir los sólidos.
- ▲ **DISFAGIA MIXTA:** Dificultad para deglutir los líquidos y los sólidos.

## ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

Campo abierto para dejar constancia de las alergias e intolerancias alimentarias que presente el paciente. Es interesante indicar si se dispone de un diagnóstico médico o solo se tiene la referencia del mismo paciente.

## PAUTA DIETÉTICA ACONSEJADA AL ALTA HOSPITALARIA

### Tipo de dieta

Campo abierto para escribir la pauta dietética que se aconseja al alta hospitalaria (por ejemplo, controlada en hidratos de carbono, con alto contenido de fibra, sin sal añadida, etc.). Se recomienda utilizar el documento *Consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias*, elaborado por el Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica del CODINUCAT para denominar las dietas y publicado en enero de 2021.

En el apartado **TEXTURA** se indica la textura recomendada de la dieta en función de la capacidad de masticación, deglución o preferencias personales que presente el paciente.

- ▲ Sin modificación de textura: Se incluyen alimentos de diferentes consistencias.
- ▲ De fácil masticación: Se incluyen alimentos blandos y/o jugosos que permitan una masticación cómoda. Las cocciones utilizadas deben facilitar la masticación.
- ▲ De fácil deglución: Los alimentos y las cocciones utilizadas deben facilitar la deglución. Se permiten los alimentos de consistencia blanda, que se puedan chafar con tenedor y que, además, se deslicen fácilmente por la orofaringe pero que no desprendan líquido durante la masticación. Se excluyen los alimentos con alto riesgo de aspiración, alimentos pegajosos y alimentos con doble textura.

▲ Triturada: Los alimentos y las cocciones utilizadas deben posibilitar la trituración de los alimentos. Se permiten los alimentos líquidos (de viscosidades variables), alimentos triturados y sólidos que se ablanden o desmenucen con facilidad dentro de los líquidos y/o sólidos de tamaño pequeño.

▲ Pastosa: Los alimentos y las cocciones utilizadas deben facilitar que se pueda conseguir una textura homogénea, con el fin de garantizar una deglución segura. Todos los alimentos deben tener la misma consistencia. En los alimentos líquidos se deben utilizar espesantes hasta conseguir la viscosidad deseada. También se pueden utilizar aguas gelificadas para conseguir una hidratación suficiente.

▲ Líquida: Toda la dieta debe estar constituida por líquidos.

Paralelamente, para los pacientes con disfagia que toleren una dieta normal o de fácil masticación se puede indicar el tipo de textura que necesitan.

En el apartado **VOLUMEN** se puede concretar si la cantidad de comida en cada cucharada debe ser pequeña, mediana o grande.

## Hidratación

▲ Campo abierto para indicar la recomendación de ingesta hídrica diaria, tanto si es por vía oral como enteral.

▲ En el apartado **EN CASO DE DISFAGIA** se puede concretar la viscosidad (líquido, néctar, pudín) y el volumen (5, 10 y 20 mL) a las que compensa el paciente si tiene diagnóstico de disfagia.

## Suplementación y/o nutrición enteral

En este apartado se describe la pauta de suplementación nutricional oral y/o nutrición enteral que se recomienda al alta hospitalaria.

**VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Se debe indicar si la vía indicada es oral o enteral.

**FÓRMULA:** Se debe describir el tipo de fórmula recomendada.

▲ Hipocalórica, normocalórica, hipercalórica.

▲ Hipoproteica, normoproteica, hiperproteica. Polimérica, oligomérica, peptídica. Enriquecida con aminoácidos concretos.

▲ Hipolipídica, normolipídica. Enriquecida con ácidos grasos concretos.

▲ Con o sin fibra y de qué tipo, en su caso.

▲ Controlada en hidratos de carbono totales y azúcares.

▲ Módulos de proteínas, hidratos de carbono, lípidos y/o fibra.

▲ Probióticos.

▲ Suplementos vitamínicos y/o minerales.

▲ etc.

**DOSIS TOTAL:** Se debe indicar la cantidad total (mL) a administrar en 24 horas.

**VOLUMEN, FRECUENCIA Y/O VELOCIDAD:** Se debe indicar el volumen por toma (mL), el horario (comida u hora) y/o velocidad en el caso de la nutrición enteral (mL/h o gotas/min).

**MÉTODO Y SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN** (en el caso de que no sea vía oral).

Métodos de administración de la nutrición enteral:

- ▲ **CONTINUA:** Administración a una velocidad constante durante las 24 horas del día.
- ▲ **CÍCLICA:** Administración a una velocidad constante durante períodos inferiores a 24 horas, con intervalos libres de infusión; por ejemplo: nutrición enteral nocturna.
- ▲ **INTERMITENTE/BOLUS:** Administración fraccionada cada 3 o 4 horas.

Sistemas de administración de la nutrición enteral:

- ▲ **BOMBA:** Se utilizan bombas de infusión para una mayor precisión en la administración de la nutrición enteral, pautada en mL/h.
- ▲ **GRAVEDAD:** Se utilizan equipos de gravedad y se controla la velocidad de la administración contando las gotas/min.
- ▲ **JERINGA:** Se utilizan jeringas de alimentación para administrar directamente la nutrición enteral. Puede ser útil en determinados casos, pero habitualmente no se recomienda el uso por el riesgo higiénico que conlleva la manipulación de la nutrición.

**OBSERVACIONES:** Campo abierto que el dietista-nutricionista puede utilizar para anotar otras características de la pauta dietética aconsejada al alta hospitalaria o, por ejemplo, si el paciente entra en el programa de nutrición enteral domiciliaria.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores y los revisores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la publicación del presente documento.

## AGRADECIMIENTOS

El CODINUCAT agradece y cuenta con la autorización expresa de Nestle Nutrition Instituto para la utilización del MNA®. Para obtener más información: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com).

La literatura relacionada con el MNA® actualiza regularmente en este sitio web.



 Via Laietana, 38, 1r 1a 08003 - BARCELONA

 930 10 62 48

 [administracio@codinucat.cat](mailto:administracio@codinucat.cat)

 [www.codinucat.cat](http://www.codinucat.cat)

