

MINI NUTRICIONAL ASSEMENT COMO HERRAMIENTA DE CRIBAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE MAYOR RENAL:

Autor principal:

PEDRO
MORENO
OLIVENCIA

Segundo co-autor:

MÓNICA
GÓMEZ
RODRÍGUEZ

Tercer co-autor:

FRANCISCA
MIRALLES
MARTINEZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Comunitaria y Familiar

Palabra clave 1:

Diálisis renal

Palabra clave 2:

Estado nutricional

Palabra clave 3:

Atención de enfermería

Palabra clave 4:

Anciano

Resumen:

La malnutrición proteico energética está presente en una gran proporción de pacientes con enfermedad renal crónica. Esto es debido principalmente a las alteraciones del metabolismo proteico y energético, alteraciones hormonales, infecciones, así como a la reducción de la ingesta de alimentos a causa de la anorexia, náuseas y vómitos, causados por la toxicidad urémica.

El objetivo de este trabajo es evaluar el estado nutricional de los pacientes crónicos mayores de 65 años en nuestra unidad de hemodiálisis, mediante la escala utilizada y validada por la consejería de salud de Andalucía, Mini Nutricional Assement (MNA), escala usada para la valoración de la población geriátrica para determinar hacia donde debe ir dirigida nuestra intervención enfermera.

Realizamos un estudio descriptivo, transversal que se lleva a cabo durante el mes de Febrero de 2016, para evaluar el estado nutricional de nuestros pacientes crónicos mayores.

La muestra a estudio son pacientes crónicos del servicio de hemodiálisis, los criterios de inclusión fueron: permanencia en hemodiálisis durante al menos 6 meses. Se excluyeron los

pacientes con patología aguda en el momento del estudio, enfermedad avanzada o terminal y demencias avanzadas.

A partir de los resultados obtenidos concluimos que nuestra intervención debe ir enfocada primordialmente hacia el riesgo de malnutrición, ya que dichos pacientes son con los que podemos trabajar de forma independiente dentro de nuestra función enfermera.

Antecedentes/Objetivos:

La malnutrición proteico energética está presente en una gran proporción de pacientes con enfermedad renal crónica. En la patogenia de la malnutrición en los pacientes de diálisis, influyen factores relacionados con la uremia, con enfermedades intercurrentes así como con la propia diálisis.

El principal desencadenante de la malnutrición en los pacientes de diálisis es la disminución de la ingesta de causa multifactorial, y en este aspecto es donde enfermería mejor puede incidir, mediante una educación e información adecuada (1).

La ingesta de los pacientes de hemodiálisis, suele disminuir en los días de sesión de hemodiálisis. La depresión y falta de acceso a una nutrición adecuada, también puede contribuir (2).

Después del comienzo del tratamiento renal sustitutivo, numerosos estudios demuestran que la malnutrición proteico energética se mantiene elevada. Se ha estimado que del 30-70% de pacientes de hemodiálisis están malnutridos (3).

Entre las funciones de enfermería se debería incluir una valoración nutricional periódica para posteriormente la realización y actualización del correspondiente plan de cuidados por su enfermera referente (1).

El objetivo de este trabajo es evaluar el estado nutricional de los pacientes crónicos mayores de 65 años en nuestra unidad de hemodiálisis, mediante escala utilizada y validada por la consejería de salud de Andalucía, Mini Nutricional Assement (MNA), para determinar hacia donde debe ir dirigida nuestra intervención enfermera.

Descripción del problema - Material y método:

Estudio descriptivo, transversal que se lleva a cabo durante el mes de Febrero de 2016, para evaluar el estado nutricional de nuestros pacientes crónicos mayores.

La muestra a estudio son pacientes crónicos mayores de 65 años del servicio de hemodiálisis, los criterios de inclusión fueron: permanencia en hemodiálisis durante al menos 6 meses, edad mayor o igual a 65 años, duración media de diálisis 3-4 horas y 2-3 sesiones semanales. Se excluyeron los pacientes con patología aguda en el momento del estudio, enfermedad avanzada o terminal y demencias avanzadas.

El número total de pacientes crónicos es de 98, de los cuales 61 son mayores de 65 años, 2 de ellos excluidos por enfermedad terminal, 6 por demencia y 2 por enfermedad aguda, quedando una muestra total de estudio de 51 pacientes.

El rango de edad de la muestra resultante a estudio comprende pacientes desde 65 años hasta 87 años, siendo la media de edad 72 años y el tiempo medio en diálisis de 8 años.

Como herramienta de trabajo utilizamos la escala validada utilizada por la consejería de salud de Andalucía, la MNA. Esta escala es utilizada para la valoración del estado nutricional de la población geriátrica en general, y está estructurada en dos partes, un cribaje y una evaluación posterior.

El resultado en la escala lo da la suma del cribaje más el test de evaluación, quedando establecido como desnutrición un resultado menor a 17 y como riesgo de malnutrición un

resultado de entre 17 y 23,5 puntos. Mayor a 23,5 se considera resultado normal.

Resultados y discusión:

De los 51 pacientes a los que se administró la escala 26 tuvieron una puntuación mayor a 10 en el test de cribaje representando el 51% del total, con lo que no hubo que seguir con el test de evaluación, de los 25 restantes 15 tenían una puntuación en el test de evaluación entre 17 y 23,5 (riesgo de malnutrición) 29%, los 10 restantes tuvieron una puntuación menor a 17 puntos (malnutrición) 20%, Siendo la suma de ambos el 49% del total.

De los 15 en riesgo de malnutrición, 10 eran hombres y 5 mujeres, de los 10 con malnutrición, 7 eran hombres y 3 mujeres, mostrándose evidencia directa de que el problema de la malnutrición se presenta más en hombres que en mujeres. En cuanto a tiempo de diálisis, 5 de los 25 realizaban 4 horas durante 3 días a la semana, los otros 20 sólo se dializaban 3 horas 3 días a la semana.

El porcentaje de pacientes con riesgo de malnutrición, también es mayor que el porcentaje de pacientes con malnutrición establecida, cobra aquí especial importancia el manejo del diagnóstico enfermero de la NANDA 00002- Desequilibrio nutricional por defecto, del que se desprenden actividades (NIC) y objetivos (NOC), que enfermería puede abordar de manera autónoma (5).

Como en otros estudios con los que hemos comparado, también encontramos mayor número de desnutridos a menor tiempo de sesión de diálisis (4), que puede ser atribuido fundamentalmente a una baja ingesta calórico proteica debido al efecto anorexígeno de las toxinas urémicas, como ya se apuntaba en la introducción (2).

El sexo parece ser también un factor significativo, siendo los varones siempre los más afectados, tanto en el riesgo de malnutrición como en la malnutrición ya establecida (1). Hay que tener en cuenta que es una muestra pequeña y que no se han añadido parámetros analíticos a nuestro estudio, pero se pone de manifiesto como en otros estudios, que la malnutrición calórico proteica, es altamente frecuente en los pacientes de hemodiálisis. La prevalencia de la desnutrición, también depende del método utilizado (1).

A partir de los resultados obtenidos concluimos que nuestra intervención debe ir enfocada primordialmente hacia el riesgo de malnutrición, ya que dichos pacientes son con los que podemos trabajar de forma independiente dentro de nuestra función enfermera. En todos los pacientes con riesgo de malnutrición habría que completar los resultados obtenidos en las escalas, con parámetros de laboratorio, y realizar una actuación conjunta con nefrología. En el caso de los pacientes sin desnutrición ni riesgo, nuestra actuación sería: seguir realizando educación sanitaria respecto a la alimentación, reforzando conductas positivas alimentarias.

De forma autónoma se debería realizar un plan de cuidados a todo paciente incluyendo el diagnóstico de enfermería de la NANDA 00002- Desequilibrio nutricional por defecto, incluyendo los posibles criterios de resultados (NOC) tales como 0303- Autocuidados: Comer, 1004- Estado Nutricional, 1014- Apetito y las intervenciones (NIC) tales como 1020- Manejo de la nutrición, 1160- Monitorización nutricional, 1803- Ayuda con los autocuidados: Alimentación, 5246- Asesoramiento nutricional, 5614- Enseñanza: Dieta prescrita, cada uno de ellos con sus correspondientes actividades (5). En pacientes en riesgo de malnutrición, el consejo dietético debería ser de forma individualizada, su papel es primordial en pacientes cuya disminución de la ingesta se deba a que las restricciones dietéticas interfieran con su forma de comer tradicional. Es competencia del facultativo la pauta de dicho suplemento, pero nuestra responsabilidad recae en explicarles cómo deben tomarlos.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

El tratamiento de enfermedades por modificación de la dieta, ha existido desde tiempos antiguos. Uno de los resultados del deterioro severo de la función renal es la acumulación de los productos de deshecho. El tratamiento dietético puede aliviar síntomas urémicos y mejorar el bienestar general. Las restricciones dietéticas debe indicarlás siempre el médico, aunque la enfermería juega un papel fundamental en la educación en nutrición del paciente renal, ya que un conocimiento y alimentación adecuadas son clave para la salud y la seguridad de dichos pacientes. Queda de manifiesto nuestra importancia en este campo por la existencia de intervenciones NIC y criterios de resultados NOC que de forma autónoma enfermería puede aplicar mediante el correspondiente plan de cuidados individualizado a cada paciente a su cargo, pudiendo todo esto mejorar el estado general y de salud de dichos pacientes, previniendo complicaciones metabólicas como la hiperpotasemia y sobrecarga hídrica.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

El simple hecho de administrar una escala completamente difundida ya en el S.A.S., nos da el punto de partida para detectar qué pacientes pueden estar desnutridos o en riesgo de ello en nuestra unidad. A partir de ahora toca hacer un estudio individualizado de cada uno de nuestros pacientes en riesgo de desnutrición, incluyendo control analítico, antropométrico (IMC)... etc. Para dar a cada uno de ellos el tratamiento adecuado. Además, todo este trabajo nos permite futuras reevaluaciones anuales, para comprobar la eficacia de la atención enfermera prestrada respecto a la nutrición, mediante la evaluación periódica de la prevalencia de malnutrición en nuestra unidad.

Bibliografía:

- (1) García ML, Arranz I, Roldan MA, Velázquez C, Millán M, Bernal P. Valoración del estado nutricional de los pacientes en nuestra unidad de hemodiálisis: Prevalencia de malnutrición. Rev soc esp nefr. 1999; 5;27-30
 - (2) Riobó P, Ortiz A. Nutrición en la insuficiencia renal. Madrid: Nutriinfo; 2013.
 - (3) Fernández R, Fernández R. Evolución del estado nutricional en pacientes en hemodiálisis durante 4 años de seguimiento. Arc latinoam nutr. 2011; 61(4): 376-381.
 - (4) Álvarez F, Fernández MJ, Sánchez R, Mon C, Iglesias P, Vázquez A. Estado nutricional, comorbilidad e inflamación en hemodiálisis. Nefrol. 2000; 20(6): 540-549.
 - (5) Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Howard K, Maas M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Barcelona: Elsevier; 2012.
-