

## Original

# Desnutrición en los enfermos de Hospitalización a Domicilio

Grupo de Nutrición de la FEHAD\*. C. Wanden-Berghe\*\*, J. Sanz-Valero# , M. Jimenez\*\*\*, M. Hernandez\*\*\*\*

\*Federación Española de Hospitalización a Domicilio. \*\*Coordinadora del Grupo de Nutrición de la FEHAD , \*\*\*Coordinador de la Unidad de Hospitalización a Domicilio(HaD). Hospital Elda,\*\*\*\*Coordinador de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Játiva. #Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante, España.

## Resumen

**Objetivo:** Conocer el estado nutricional de todos los pacientes que están siendo tratados en las unidades de HaD, sea cual sea su causa de ingreso; y conocer la prevalencia de desnutrición. **Objetivo secundario:** conocer la prevalencia de tratamientos nutricionales en HaD, su relación con el estado nutricional, la patología y la procedencia del paciente dentro del ámbito sanitario.

**Ámbito:** Estudio multicéntrico en el que han intervenido las unidades de hospitalización a domicilio de tres hospitales de la Comunidad Valenciana.

**Pacientes:** 40 pacientes que en el momento del estudio permanecían ingresados por diferentes causas en las unidades de HaD.

**Variables:** Sexo, edad, servicio de procedencia, patología, Valoración Global Subjetiva (VSG), Índice de Masa Corporal (IMC), soporte nutricional, tipo de soporte nutricional, albúmina, colesterol, linfocitos.

**Resultados:** La edad media ha sido de 77,45 años (DS 11 años) con un 67,5% de varones. Los pacientes, en todos los casos procedían de servicios hospitalarios, siendo la principal patología responsable del ingreso la oncológica (32,5%), quirúrgica (7,5%), neurológica (7,5%) y otras (52,5%). Según la VGS el 52,5% presentan buen estado de nutrición, en el 37,5% existe sospecha de malnutrición y en el 10% hay una desnutrición manifiesta. El IMC del 12,5% de los pacientes es  $\leq 20$  y el IMC del 42,5%  $\leq 22$ . Estaban recibiendo algún tipo de soporte nutricional el 35%, suplementos en el 78% y nutrición enteral oral el 14% de los pacientes. Se ha encontrado relación lineal entre el IMC y los niveles de albúmina que presentaban los pacientes, también con las cifras de colesterol y no se ha encontrado relación con el número de linfocitos.

(Nutr Hosp. 2006;21:22-5)

Palabras clave: *Estado Nutricional. Nutrición domiciliar. Hospitalización a Domicilio.*

**Correspondencia:** C. Wanden-Berghe  
Avda. Benidorm nº 18; P-3, 8º-16  
03540 Alicante  
E-mail: carminaw@telefonica.net

Recibido: 10-I-2005.

Aceptado: 20-III-2005.

## MALNUTRITION OF HOME-BASED HOSPITAL PATIENTS

### Abstract

**Objective:** We pretend to know the nutritional state in all patients that are being treated in the the Home Care Services Hospital Based (HCSHB) units , be which is their entrance causes and we also pretend to know the prevalence of undernutrition.

**Secondary objective:** To know the prevalence of nutritional treatments in the HCSHB units, their relationship with the nutritional state, the pathology and the patient's origin inside the sanitary environment.

**Environment:** A Multicentric study, in which the HCSHB units of three hospitals of the Valencia Community have intervened.

**Patient:** 40 patients that remained in that moment entered by different causes in the HCSHB units.

**Variables:** Sex, age. Origin service, pathology, Subjective Global Valuation (SGV), IMC, nutritional support, type of nutritional support, albumin, Cholesterol, lymphocytes.

**Results:** The half age has been of 77,45 years (SD 11 years) with 67,5% of males. The patients, in all the cases, came from hospital Services, being the pathology responsible for the entrance mainly the oncological 32,5%, surgical 7,5%, neurological 7,5% and 52,5% others. According to GSV 52,5% present a good nutritional status, 37,5% had a suspect of under nourishment and 10% had a clear under nourishment. The IBM for the 12,5% of the patients is  $\leq 20$  and the IBM for the 42,5%  $\leq 22$ . The 35% were receiving nutritional support, supplements the 78% and oral enteral nutrition the 14% of the patients. We have found a lineal relation between the IBM and the levels of albumin that the patients presented, also with the figures of cholesterol and it has not been found any relationship with the lymphocytes number.

(Nutr Hosp. 2006;21:22-5)

Key words: *Nutritional status. Home nutrition. Home care services, hospital-based.*

## Introducción

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio HaD, son una alternativa asistencial que proporciona tratamientos y cuidados de rango hospitalario en el domicilio del enfermo, considerándose a todos los efectos a estos enfermos como ingresados en el hospital<sup>1</sup>.

La asistencia y tratamiento con características hospitalarias de los enfermos en su domicilio fue una iniciativa norteamericana. La primera experiencia se inicia en New York en el hospital Guido Montefiore en 1947<sup>2</sup> con el fin de descongestionar el hospital, optimizar costes y proporcionar un entorno mas agradable al enfermo y familiares. Actualmente existen casi 3000 agencias acreditadas en EEUU para este fin. En Europa comienza en 1951<sup>3</sup> en el hospital Tenon de París, creándose en 1957 Le Sante Service que continua actualmente prestando servicio a enfermos crónicos y terminales. A partir de los años 60 se empieza a extender a otros países Canadá<sup>4</sup>, Inglaterra, Suiza, Italia, Alemania, Holanda, etc. En cualquier caso en Europa el desarrollo de estas Unidades ha sido muy irregular tanto en cantidad como en calidad, por ello la Oficina Europea de la OMS desde 1996 coordina el programa "From Hospital to Home Health Care" (del hospital a los cuidados de salud en el hogar)<sup>5,6</sup> con el fin de promover, estandarizar y registrar mas adecuadamente esta actividad asistencial.

En España aparece por primera vez este tipo de asistencia en Madrid en el Hospital Provincial en 1981<sup>7</sup>, posteriormente el Hospital Cruces de Bilbao, para continuar en otras ciudades como Sevilla, Burgos, A Coruña, Santander, etc., surgiendo como iniciativa de las diferentes gerencias. En 1.983 el Senado Español aprobó una moción en la que se reconoce la necesidad de crear las UHaD's en la Seguridad Social.

La primera referencia oficial a la existencia como Unidades de Hospitalización a Domicilio se realiza en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social de 1985 (BOE nº 55, 5/3/85), vuelven a mencionarse en la Ley General de Sanidad (BOE nº 102, 2974/86) en la que se citan como Unidades dependientes de la Asistencia Especializada, por último en la reforma del Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE nº

91, 16/4/87) donde se asignan a la Dirección Médica.

Desde entonces y hasta la actualidad su desarrollo ha sido heterogéneo en las diferentes Comunidades Autónomas que conforman nuestro país, tanto en número de Unidades presentes en cada autonomía como respecto a la cartera de servicios desarrollada en cada una, incluso entre las unidades de una misma comunidad autónoma.

En la Comunidad Valenciana, la Consellería de Sanitat del Gobierno Valenciano crea oficialmente las Unidades de HaD y regula su funcionamiento en la Orden de 26 de mayo de 1995 publicada en el DOGV 2527 del 12/6/1995. Pero está impulsando desde 1990 su creación y desarrollo, actualmente son 15 las que están en funcionamiento en los principales hospitales de la red publica.

Dentro de la cartera de Servicios de las Unidades de HaD la nutrición artificial, en sus dos modalidades, enteral y parenteral tiene una tímida, aunque pertinaz evolución, desarrolla la asistencia médica y de enfermería a los pacientes con indicación de nutrición domiciliaria<sup>8-11</sup>. La Federación Española de Hospitalización a Domicilio FEHAD<sup>12</sup> crea el grupo de trabajo en nutrición en mayo de 2003 con el objetivo de fomentar la nutrición en todas las unidades de HaD con criterios homogéneos, desarrollar la formación y estimular la investigación en este campo. Muy anterior es la participación activa de algunas Unidades de HaD en grupos de trabajo de Nutrición Artificial Ambulatoria y Domiciliaria NADYA<sup>13</sup> dependientes de otra sociedad científica, Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral SENPE<sup>14</sup>, donde desde su creación en 1992 han tenido cabida las aportaciones científicas en materia de nutrición de las HaD.

## Material y método

Estudio multicéntrico, transversal, realizado del 26 al 30 (ambos inclusive) de abril del 2004, en el que han intervenido las Unidades de HaD del Hospital de Elda, del Hospital de Játiva y del Hospital de Alcoy. El objetivo que planteamos es conocer el estado de nutrición de todos los pacientes que están siendo tratados en las Unidades de HaD, sea cual sea su causa de ingreso y conocer la prevalencia de desnutrición. Objetivos secundarios del estudio son conocer la prevalencia de tratamientos nutricionales en HaD, su rela-

**Tabla I**  
*Asociación entre el resultado de la Valoración Global subjetiva y otras variables*

Valoración Global Subjetiva	Perdida de peso (2 semanas)	p = 0,720
	Estado Funcional	p = 0,465
	Disminución de la ingesta	p = 0,006 *
	Grado de Estrés	p = 0,000 *
	Patología	p = 0,105
	Soporte nutricional	p = 0,000 *
	Tipo de soporte nutricional	p = 0,727

**Tabla II**  
Resultados Analíticos

		Media	Mediana	Moda	Desviación estándar
Colesterol	< 180 mg/dl = 52,5%	182	177	156	35,7
Albumina	< 3,5 mg/dl = 60%	3,37	3,40	3,30	0,43
Linfocitos	<1600 mm <sup>3</sup> = 27,5%	1622	1400	2350	674

ción con el estado nutricional, la patología y la procedencia del paciente dentro del ámbito sanitario. Para conocer dichos objetivos hemos realizado, a todos los pacientes que se encontraban ingresados en HaD la Valoración Global Subjetiva<sup>15</sup> y una analítica (linfocitos, colesterol, proteínas totales, albúmina). Obteniendo de la historia clínica los datos referentes a procedencia, patología y tratamiento nutricional.

El análisis estadístico, realizado con el programa SPSS v. 11.0, consiste en el cálculo de análisis de frecuencias, Chi cuadrado, regresión lineal simple.

### Discusión

Obtuvimos una muestra de 40 pacientes ingresados, con una edad media de 77,45 años (SD 11 años), el 90% tenían D 65 años, de los cuales el 67,5% eran varones, esta mayor proporción se podría explicar, ya que al intervenir la voluntad del paciente y familia para proceder a su ingreso en HaD y ser fundamental en casi todos los casos la existencia de un cuidador, los varones tienen una mayor facilidad de disponer de cuidador principal, sobre todo en las parejas de edad avanzada que viven solas<sup>16</sup>. Aunque los pacientes pueden proceder de cualquier Servicio Sanitario, tanto de atención primaria como de especializada, en nuestro estudio, todos ellos procedían de Servicios Hospitalarios, encontrando una mayor proporción entre los procedentes del servicio de Urgencias 50%, Medicina Interna 32,5% y Servicios de Cirugía 17,5% (fig.1). La patología responsable del ingreso en HaD principalmente era oncológica 32,5%, patología quirúrgica 7,5%, enfermedad neurológica 7,5% y el 52,5% restante, patologías diversas que hemos englobado en otros, entre los que destaca la patología respiratoria (fig. 2). Mantenían una situación de postración crónica en la cama el 50% de los pacientes, teniendo una actividad funcional completa el 7,5%. El grado de estrés secundario a la patología, que presentaban los pa-

cientes en un 15% es alto, moderado en el 45% de los casos, bajo el 32,5% y un 7,5% no presentaban estrés, encontrando una relación estadísticamente significativa entre el grado de estrés que presentan y el estado nutricional según la VGS ( $p = 0,01$ ), valorando como mal nutridos al 100% de los pacientes que presentan estrés alto y al 75% de los que tienen estrés moderado. No se ha encontrado relación entre el estado funcional de los pacientes y la VGS (tabla I). Los niveles de Colesterol, de Albúmina y los linfocitos se muestran en la tabla II. Según la VGS el 52,5% de los pacientes presentaban un buen estado de nutrición, en el 37,5% existía sospecha de malnutrición y en el 10% de los casos una desnutrición manifiesta. Según el IMC el 12,5% de los pacientes se encontraban por debajo  $\leq 20$ , considerando la edad de nuestra muestra y los valores adaptados para la población geriátrica (IMC población geriátrica 22-27)<sup>17</sup>, el 42,5% de los pacientes presentaban un  $IMC \leq 22$ . Un 42,5% de los pacientes habían presentado pérdida de peso en las últimas dos semanas, habiendo experimentado un aumento del mismo el 7,5%. No han disminuido su ingesta el 62% de los pacientes, de los que la han disminuido, el 22% tomaba una dieta sólida insuficiente, el 15% dieta oral líquida exclusivamente y dieta oral líquida hipocalórica el 10%. Estaban siendo tratados con algún tipo de soporte nutricional el 35%, (uno de ellos recibía nutrición enteral por gastrostomía percutánea), de ellos, el 78% tomaban suplementos y el 14% recibían nutrición enteral oral (fig. 3). No hemos encontrado asociación entre el tipo de patología que presentan los pacientes y el hecho de que estuviesen recibiendo tratamiento nutricional  $p = 0,92$ . Hemos encontrado relación lineal entre el IMC y los niveles de Albumina de forma que para cada unidad que aumenta el IMC la

**Tabla III**  
Relación entre el índice de masa corporal y los resultados analíticos

Índice Masa Corporal	Colesterol	P = 0,031 *
	Albúmina	P = 0,025 *
	Linfocitos	P = 0,093

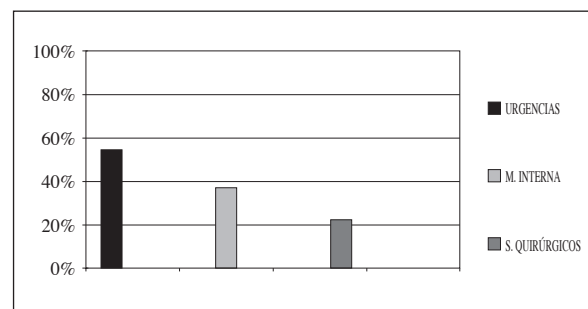


Fig. 1.—Servicio de procedencia de los pacientes.

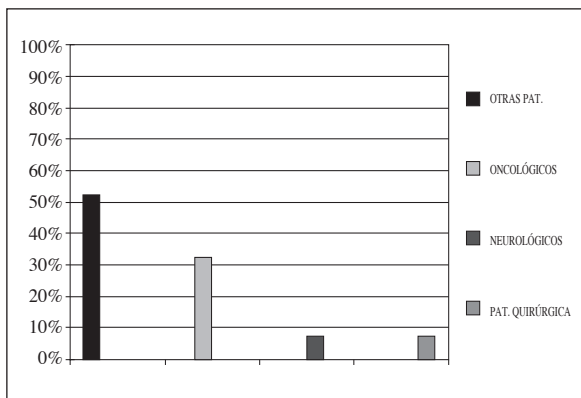


Fig. 2.—Patologías de ingreso en HaD.

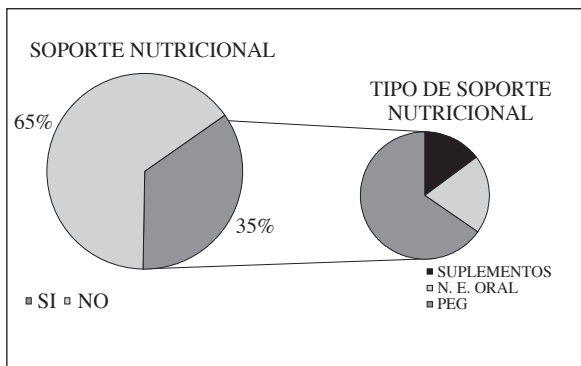


Fig. 3.—Pacientes con soporte nutricional y tipo de soporte que reciben.

albúmina aumenta 0,0269 gr/ dl con una  $p = 0,025$ , también hay relación entre el IMC y el Colesterol aumentando este 2,1463 mg/dl por cada unidad que aumenta el IMC con una  $p = 0,031$ . No hemos encontrado relación entre el IMC y los Linfocitos con una  $p = 0,93$  (tabla III). Todos los pacientes que presentaban malnutrición según la VGS, llevaban algún tipo de soporte nutricional, también el 53% de los pacientes con sospecha de malnutrición y el 2% de los pacientes bien nutridos, presentando una relación significativa entre el soporte nutricional y la VGS con una  $p = 0,0004$ ., sin embargo no hemos encontrado significación entre el tipo de soporte nutricional y el estado de nutrición según la VGS  $p = 0,73$ . Tampoco se ha en-

contrado relación entre la patología y el resultado de la VGS  $p = 0,10$  pero sí que se observa una tendencia de los pacientes oncológicos a presentar peor resultado en la valoración nutricional según la VSG.

## Bibliografía

- Orden del 26 de Mayo de 1995 de la Consellería de Sanitat i Consum por la que se crean las unidades de hospitalización a domicilio del Servicio Valenciano de Salud. (Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, número 2527 pag. 8876-79, de 12-6-95).
- Bluestone EM: The principles and practice of home care. *J Am Med Assoc* 1954 Aug 14;155(16):1379-82.
- Morris DE: Sante Service Bayonne: a French approach to home care. *Age ageing* 1983 Nov;12(4):323-8.
- Gogan I: Home care; the hospital in the home *Can Med Assoc J* 1958 Jan 1;78(1):40-3.
- Médicosparachile.org [homepage en Internet]. Santiago: Médicos para Chile Corporación; [citado 19 nov 2004]. Disponible en: <http://www.medicosparachile.cl>
- Cotta RM, et al.: La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2001;10(1):45-54.
- Sarabia J: La hospitalización a domicilio: una nueva opción asistencial. *Policlínica* 1982;13:20-7.
- Gómez Candela C, Cos Blanco et Al, Grupo NADYA: Nutrición Artificial domiciliaria. Nutrición enteral. *Nutr Hosp* 1995;10:246-251.
- Wanden-Berghe Lozano C: Nutrición Artificial en una Unidad de Hospitalización a Domicilio?. *Nutr Hosp* 1996;1(11):49.
- Gómez Candela C, Planas M, Wanden-Berghe Lozano C, et al.: Artificial Nutrition in the Home. *Nutr Hosp* 1999 Jul-Aug; 14(4): 145-52.
- Wanden-Berghe Lozano C: Volviendo a la Nutrición Oral: Logros en nutrición artificial ambulatoria [CD-ROM]. Murcia: Sánchez Álvarez C, Xandri Gaupera JM, Gómez Ramos MJ editores. ISBN:84-688-0970-5; 2003.
- Fehad.org [homepage en Internet]. Federación Española de Hospitalización a Domicilio [actualizado 1 jul 2004; citado 19 nov 2004]. Disponible en: <http://www.fehad.org>
- Nadya-senpe.com [homepage en Internet]. Hospital Vall d'Hebrón: Grupo de trabajo en Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria de la SENPE; [actualizado 19 ago 2004; citado 19 nov 2004]. Disponible en: <http://www.nadya-senpe.com>
- Senpe.org [homepage en Internet]. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral; [actualizado 1 oct 2004; citado 19 nov 2004]. Disponible en : <http://www.senpe.com>
- Detsky A, Baker MD, McLaughlin J y col.: What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987; 11(1): 8-13.
- Análisis de necesidades y recursos de las personas mayores en España. En Geriatria XXI. Ed EDIMSA. ISBN 84-87054-82-X. Madrid 2000.
- Vega Piñero B: Requerimientos Nutricionales y envejecimiento. En Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Cp 6; pg 57-64. Rubio MA. Ed. SCM 2002.. ISBN 84-7592-662-2