



Siete años de *nutritionDay* en Brasil: ¿estamos mejorando el cuidado nutricional de los pacientes hospitalizados?

Seven years of nutritionDay in Brazil: Are we improving the nutritional care of hospitalized patients?

Sete anos de nutritionDay no Brasil: Estamos melhorando o atendimento nutricional de pacientes internados?

Silvana Paiva Orlandi^{1,2,3*}, María Cristina González^{3,4}.

Recibido: 3 de abril de 2022. Aceptado para publicación: 6 de mayo de 2022.

Publicado en línea: 9 de mayo de 2022.

<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n2.395>

Resumen

Introducción: debido a la alta prevalencia de la malnutrición intrahospitalaria, el proyecto mundial *nutritionDay* (nutriDia Brasil) busca evaluar la atención nutricional brindada a los pacientes hospitalizados.

Objetivo: verificar la evolución de la atención nutricional brindada por los hospitales que participaron en nutriDia Brasil entre 2009 y 2015.

Métodos: nutriDia es una auditoría que se realiza simultáneamente en todos los hospitales participantes en un solo día mediante cuestionarios estandarizados a partir de los cuales se generan informes nacionales. Se realizó un análisis temporal de los datos descriptivos obtenidos a través de los informes desde 2009 hasta 2015.

Resultados: durante este período se evaluaron 5581 pacientes de 265 unidades hospitalarias. Cerca de la mitad de la muestra informó consistentemente una prevalencia de pérdida de peso durante los últimos 3 meses, con valores que oscilaron entre 47,2 % en 2009 y 53,7 % en 2015. Hubo un aumento significativo del uso de suplementos orales ofrecidos a los pacientes entre 2009 y 2015 (de 11,8 % a 18,2 %). Sin embargo, no hubo prácticamente ningún cambio en la terapia de nutrición parenteral y enteral en todos

Summary

Introduction: Due to the high prevalence of hospital malnutrition, the *nutritionDay* worldwide project (nutriDia Brasil) aims to evaluate the nutritional care provided to inpatients.

Objective: To verify the evolution of nutritional care provided by hospitals that participated in nutriDia Brasil between 2009 and 2015.

Methods: nutriDia is an audit that takes place simultaneously in all participating hospitals in a single day, using standard questionnaires from which a national report is generated. A temporal analysis of the descriptive data obtained through the reports from 2009 to 2015 was conducted.

Results: During this period, 5581 patients from 265 hospital units were evaluated. The prevalence of weight loss in the last three months was consistently reported by almost half of the sample, ranging from 47.2% in 2009 to 53.7% in 2015. There was a significant increase in the use of oral supplementation offered to patients from 2009 to 2015 (11.8% to 18.2%). However, enteral and parenteral nutrition therapy remained practically unchanged in all these years (approximately 10% and less than 1%, respectively). From 2012 to 2015, an average of 8% of the units reported not

Resumo

Introdução: Devido à alta prevalência de desnutrição hospitalar, o projeto *nutritionDay* worldwide (nutriDia Brasil) tem como objetivo avaliar os cuidados nutricionais despendidos pelas unidades hospitalares aos seus pacientes.

Objetivo: Verificar a evolução da assistência nutricional prestada pelos hospitais que participaram do nutriDia Brasil entre 2009 e 2015.

Métodos: nutriDia é uma auditoria que ocorre simultaneamente em todos os países participantes em um único dia, utilizando questionários padronizados que geram um relatório nacional. Foi realizada uma análise temporal dos dados descritivos obtidos por meio dos relatórios de 2009 a 2015.

Resultados: Nesse período, foram avaliados 5.581 pacientes de 265 unidades hospitalares. A prevalência de perda de peso nos últimos três meses foi consistentemente relatada por quase metade da amostra, variando de 47,2% em 2009 a 53,7% em 2015. Observou-se um aumento significativo no uso de suplementação oral oferecida aos pacientes de 2009 a 2015 (11,8% para 18,2%). No entanto, a terapia nutricional enteral e parenteral permaneceu praticamente inalterada em todos es-



estos años (aproximadamente 10 % y 1 %, respectivamente). Entre 2012 y 2015, un promedio de 8 % de las unidades informaron no contar con un grupo de soporte nutricional. Por su parte, hubo un aumento significativo en el uso de protocolos nacionales para la valoración nutricional, desde solamente un tercio en 2009 hasta el 92 % en 2015. Con respecto a las dietas hospitalarias, menos del 40 % de los pacientes reportó haber aceptado la totalidad de la dieta durante todas las ediciones, y las causas relacionadas con el paciente (anorexia, náuseas, y vómito) fueron la razón principal.

Conclusiones: se observaron avances importantes con respecto a las rutinas hospitalarias que permiten la identificación temprana de la malnutrición. Sin embargo, es poco lo que se ha avanzado en la implementación de la terapia nutricional, ya sea oral, enteral o parenteral.

Palabras clave: malnutrición, valoración nutricional, terapia nutricional, estado nutricional, malnutrición hospitalaria.

having a Nutritional Support Team. On the other hand, there was a significant increase in the use of national protocols for nutritional assessment, from only one-third in 2009 to 92% in 2015. Regarding hospital diets, less than 40% of the patients reported accepting the hospital diet in its entirety, throughout the editions, with patient-related causes (anorexia, nausea, and vomiting) being the main reason.

Conclusions: Important advances were observed concerning hospital routines that allow early identification of malnutrition. However, little progress has been made in implementing nutritional therapy, whether oral, enteral, or parenteral.

Keywords: Malnutrition, nutritional assessment, nutritional therapy, nutritional status, hospital malnutrition.

ses años (aproximadamente 10% e menos de 1%, respectivamente). De 2012 a 2015, uma média de 8% das unidades relataram não ter uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional. Por outro lado, houve aumento significativo do uso de protocolos nacionais para avaliação nutricional, de apenas um terço em 2009 para 92% em 2015. Em relação à dieta hospitalar, menos de 40% dos pacientes relataram aceitar a dieta hospitalar em sua totalidade, ao longo das edições, sendo as causas referentes ao paciente (anorexia, náusea e vômito) relatadas como principal motivo.

Conclusões: Foram observados avanços importantes em relação às rotinas hospitalares que permitem a identificação precoce da desnutrição. No entanto, pouco progresso tem sido feito na implementação da terapia nutricional, seja oral, enteral ou parenteral.

Palavras-chave: Desnutrição, avaliação nutricional, terapia nutricional, estado nutricional, desnutrição hospitalar.

¹ Departamento de Nutrición, Universidad Federal de Pelotas, Brasil.

² Hospital Escola UFPel EBSERH. Pelotas, Brasil.

³ Grupo de Estudos em Composição Corporal e Nutrição (COCONUT). Pelotas, Brasil.

⁴ Programa de posgrado en Salud y Comportamiento, Universidad Católica de Pelotas, Brasil.

*Correspondencia: Silvana Paiva Orlandi. silvana.paiva@ufpel.edu.br

INTRODUCCIÓN

La malnutrición es una condición clínica originada en la deficiencia de uno o más nutrientes esenciales, la cual se traduce en una serie de cambios en la composición corporal y las funciones fisiológicas. La malnutrición hospitalaria ha sido tema de atención desde los años 1970⁽¹⁾. Ha constituido desde entonces una preocupación para los profesionales de la salud debido a la gran importancia del estado nutricional para el tratamiento de los pacientes, puesto que es un factor de riesgo para una peor evolución clínica al afectar la función inmunitaria e interferir con la susceptibilidad a las infecciones, la cicatrización y la respuesta inflamatoria^(2,3). Por consiguiente, la malnutrición hospitalaria se ha asociado con un aumento de la estancia hospitalaria, mayores tasas de mortalidad y mayores costos para el sistema de atención en salud⁽⁴⁾.

Estudios importantes en Brasil y en el mundo han demostrado que la prevalencia de la malnutrición hospitalaria es elevada. Uno de esos estudios, la Encuesta Nacional de Evaluación Nutricional en Brasil (IBRANUTRI), mostró la presencia de malnutrición en un 48,1 % de los 4000 pacientes hospitalizados en el Sistema Unificado en Salud (SUS), con malnutrición grave en el 12,6 % y moderada en el 35,5 %⁽⁵⁾. Otro estudio grande, el Estudio Latinoamericano de Nutrición, evaluó a 9233 pacientes del Sistema de Información Unificado de Salud (SIUS) en 12 países y demostró que el 50,2 % de esos pacientes tenía algún grado de malnutrición. Más concretamente, el 12,6 % y el 37,6 % tenían malnutrición grave y moderada, respectivamente⁽⁶⁾.

La literatura señala que es posible prevenir el riesgo de malnutrición y mejorar el pronóstico de los pacientes hospitalizados mediante el uso de protocolos estandarizados para valorar el estado nutricional al momento

de la hospitalización⁽⁷⁾. En un estudio reciente realizado a partir de una extensa base de datos de Suiza se determinó que los pacientes identificados como malnutridos y que recibieron terapia nutricional permanecieron menos tiempo en el hospital, y en ellos fue menor la tasa de rehospitalización a 30 días⁽⁴⁾.

Además de los protocolos estandarizados, otro factor importante al hablar del cuidado de la malnutrición a nivel hospitalario es el desempeño de los grupos de apoyo nutricional (GAN). Estos grupos son equipos multidisciplinarios creados para garantizar y mejorar la calidad y la seguridad de los tratamientos nutricionales. Los GAN se encargan de verificar y optimizar continuamente la calidad de los procedimientos en los aspectos principales del manejo nutricional, implementando procesos de tamizaje mediante herramientas validadas, valoración del estado nutricional, planes adecuados de cuidado nutricional, tratamiento nutricional oportuno y dirigido, y seguimiento preciso para monitorizar todos los aspectos de la atención, desde las dietas hasta la nutrición artificial⁽⁸⁾.

Considerando la alta prevalencia de la malnutrición hospitalaria y el hecho de que existe tanto en los países en desarrollo como los del primer mundo⁽⁹⁻¹¹⁾, se creó el proyecto *nutritionDay*, que inició en 2006 y en la actualidad se realiza en 71 países. Se trata de un proyecto multicéntrico cuyo objetivo es evaluar, mediante auditorías anuales, la atención nutricional proporcionada por los hospitales a sus pacientes, además de generar conciencia entre los profesionales y las instituciones médicas acerca de la importancia de un cuidado nutricional adecuado para asegurar la mejor recuperación de los pacientes y la mejor utilización de los recursos institucionales.

Por medio de cuestionarios estandarizados se obtiene información sobre la aplicación del cuidado nutricional a nivel del paciente y de la institución. En Brasil, el proyecto recibió el nombre de *nutriDia Brasil* y tuvo su primera edición en 2009.

El objetivo del presente estudio fue realizar un análisis temporal de la evolución de la atención nutricional ofrecida por los hospitales que participaron en *nutritionDay* en Brasil desde 2009 hasta 2015.

MÉTODOS

Para el estudio se tomaron los datos obtenidos de 7 ediciones de *nutriDia Brasil* a partir de informes que abarcaron el período comprendido entre 2009 y 2015.

Se consideraron los datos recabados hasta 2015, debido a que a partir de 2016 se introdujeron cambios a los protocolos de estudio, los cuales se tradujeron en modificaciones de los cuestionarios utilizados y, por consiguiente, en la presentación de resultados, lo que impidió la comparación con algunos parámetros de investigación de los años anteriores.

El comité de ética aprobó todas las ediciones de los países anfitriones y, en Brasil, el comité de ética aprobó el proyecto de la Coordinación Nacional de Hospitales y todos los pacientes recibieron el formulario de consentimiento libre e informado enviado a los hospitales en el que se solicitaba el consentimiento para participar voluntariamente en el estudio. Cada paciente recibió un código a fin de mantener la confidencialidad de la información y garantizar que no fuera posible identificar ni a los pacientes ni a las unidades.

La muestra anual constó de todos los pacientes hospitalizados en las unidades registradas el día de la auditoría que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Por tanto, no se calculó un tamaño de muestra porque depende del tamaño de las unidades de cada hospital participante.

La recopilación de los datos fue realizada por el personal de cada una de las instituciones utilizando cuestionarios estandarizados puestos a disposición por el Centro de Coordinación en Viena. El primer cuestionario describe la estructura y los recursos de la unidad, el segundo se refiere a la información de paciente y el tercero recoge información sobre la historia nutricional previa del paciente y la ingesta durante el día en cuestión.

En el presente estudio se analizaron los datos relativos a las unidades hospitalarias, tales como la presencia de un GAP (síndrome psicointestinal), la evolución de los protocolos y las guías utilizados en cada unidad, y el tamizaje nutricional al momento del ingreso al hospital. Además, se analizaron los datos relacionados con el paciente como el diagnóstico nutricional, los datos demográficos y antropométricos, la pérdida de peso no intencional en los últimos tres meses, el uso de terapia nutricional y las causas de no ingerir la totalidad de la dieta hospitalaria.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico Stata (versión 16.0). Se realizaron análisis descriptivos de las variables estudiadas utilizando frecuencias relativas y absolutas para las variables categóricas y medias, y desviación estándar (DE)/mediana y rango intercuartílico (RIC) para las variables continuas. Se utilizó la prueba del chi cuadrado para estudiar

la variación de las frecuencias de los parámetros nutricionales a través de los años y se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se evaluó en total a 5581 pacientes hospitalizados en 265 hospitales del país entre 2009 y 2015. En las 7 ediciones de *nutritionDay* en Brasil, más de la mitad de la muestra eran hombres, con edades entre 5 y 106 años. Con respecto al índice de masa corporal (IMC), fue similar a través de los años y osciló entre $24,2 \pm 5,0$ kg/m² y $25,2 \pm 5,8$ kg/m², mientras que el peso promedio osciló entre $65,5 \pm 16,3$ y $67,9 \pm 17,4$ kg, también para ambos sexos (**Tabla 1**).

La prevalencia de pérdida de peso en los últimos 3 meses se reportó consistentemente en casi la mitad de la muestra, oscilando entre 47,2 % en 2009 y 53,7 % en 2015, al considerar todas las ediciones ($p < 0,001$). Los datos mostraron un aumento significativo de la suplementación oral (SO) ofrecida a los pacientes entre 2009 y 2015. Su uso pasó de 11,8 % en el primer año a 18,2 % en 2015 ($p = 0,003$). Sin embargo, el uso de la terapia de nutrición enteral (TNE) y de la terapia de nutrición parenteral (TNP) se mantuvo prácticamente sin cambio durante todos esos años, en cerca del 10 % y menos del 1 %, respectivamente (**Tabla 2**).

Con respecto a la estructura del cuidado nutricional en las unidades hospitalarias, por una parte, el 100 % de los hospitales que participaron en los primeros 3 años del estudio reportó la existencia de GAN, con una disminución significativa de los hospitales con GAN en los últimos años ($p = 0,047$). A partir de 2012 participaron hospitales que reportaron no tener GAN (8 % en pro-

medio), pero que tenían interés en participar en el estudio. Por otra parte, se observó un aumento significativo en el uso de protocolos nacionales para la valoración nutricional, con uso reportado solamente en un tercio de los hospitales en 2009, cifra que se elevó al 92 % en 2015 ($p < 0,001$). Vale la pena señalar que todavía hay variación considerable en la implementación de rutina de la medición del peso corporal al momento del ingreso, desde 26 % hasta 77 % de los pacientes a través de los años ($p = 0,001$) (**Tabla 3**).

En la **Tabla 4** aparecen los resultados sobre la aceptación de la dieta hospitalaria durante el período de estudio. Se observa que menos del 40 % de los pacientes reportó haber aceptado la totalidad de la dieta hospitalaria a través de las distintas ediciones. En la **Figura 1** se ilustran las principales razones expuestas por los pacientes para no consumir las dietas ofrecidas por el hospital. A través de los años, las principales razones para no consumir las dietas fueron las relacionadas con el paciente (anorexia, náuseas y vómito), seguidas de causas diagnósticas/terapéuticas y la presentación de la dieta hospitalaria (46,6 %, 14,7 % y 14,1 %, respectivamente).

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue resaltar los cambios ocurridos a nivel nacional en la atención nutricional brindada a los pacientes por parte de las unidades de las instituciones hospitalarias de 20 estados de Brasil que participaron en *nutritionDay* entre 2009 y 2015.

Con respecto a la estructura de las unidades hospitalarias, se observaron avances en la práctica de rutinas para la detección temprana y efectiva de la malnutrición, tales como protocolos nacionales, cuya utilización aumentó

Tabla 1. Datos demográficos y antropométricos de los pacientes participantes en nutriDia Brasil (2009-2015)

Año	Unidades (n)	Pacientes (n)	Masculinos (%)	Edad en años Mediana (RIC)	Peso (kg) Media \pm DE	IMC (kg/m ²) Media \pm DE
2009	39	718	54,9	57 (10-104)	66,5 \pm 16,5	24,6 \pm 5,6
2010	37	847	60,4	54 (14-93)	65,5 \pm 16,3	24,4 \pm 5,6
2011	13	432	55,8	61 (17-97)	65,7 \pm 15,5	24,2 \pm 5,0
2012	41	785	55,2	58 (14-94)	66,3 \pm 16,1	24,6 \pm 5,4
2013	61	1350	55,4	59 (5-101)	66,6 \pm 16,3	24,9 \pm 5,7
2014	36	700	55,1	59 (13-104)	67,7 \pm 16,5	25,1 \pm 5,2
2015	38	749	52,6	60 (11-106)	67,9 \pm 17,4	25,2 \pm 5,8

Tabla 2. Pérdida de peso en los últimos 3 meses y terapia nutricional implementada en los pacientes participantes de nutriDia Brasil (2009-2015)

	2009 (n = 718)	2010 (n = 847)	2011 (n = 432)	2012 (n = 785)	2013 (n = 1350)	2014 (n = 700)	2015 (n = 749)
Pérdida de peso (3 meses; $p < 0,001$)^a							
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sí	339 (47,2)	424 (50,1)	255 (59,0)	467 (59,5)	741 (54,9)	355 (50,7)	402 (53,7)
No o aumentó	239 (33,3)	251 (29,6)	108 (25,0)	235 (29,9)	438 (32,4)	263 (37,6)	284 (37,9)
No sabe	50 (7,0)	32 (3,8)	11 (2,6)	41 (5,2)	93 (6,9)	45 (6,4)	49 (6,5)
Faltante	90 (12,5)	140 (16,5)	58 (13,4)	42 (5,4)	78 (5,8)	37 (5,3)	14 (1,9)
Terapia nutricional ($p = 0,003$)^a							
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SO	85 (11,8)	92 (10,9)	64 (14,8)	100 (12,7)	217 (16,1)	126 (18,0)	136 (18,2)
NE	68 (9,5)	74 (8,7)	50 (11,6)	89 (11,3)	144 (10,7)	62 (8,9)	74 (9,9)
NP	7 (1,0)	5 (0,6)	4 (0,9)	7 (0,9)	8 (0,6)	7 (1,0)	5 (0,7)
NE + NP	4 (0,6)	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	3 (0,2)	2 (0,3)	1 (0,1)

^aPrueba de chi cuadrado.

Tabla 3. Rutina hospitalaria de atención nutricional en instituciones participantes en nutriDia Brasil (2009-2015)

Variable	2009 (n = 39)	2010 (n = 37)	2011 (n = 13)	2012 (n = 41)	2013 (n = 61)	2014 (n = 36)	2015 (n = 38)	Valor p^a
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Presencia de GAN	39 (100)	37 (100)	13 (100)	39 (95)	59 (97)	31 (86)	35 (92)	0,047
Uso de protocolos nacionales	13 (33)	26 (70)	11 (85)	27 (66)	49 (80)	26 (72)	35 (92)	< 0,001
Peso al ingreso	10 (26)	16 (43)	10 (77)	23 (56)	36 (59)	26 (72)	16 (42)	0,001

^aPrueba de chi cuadrado.





del 33 % en 2009 al 92 % en 2015. Este hallazgo es muy apropiado puesto que el enfoque frente a la malnutrición de los pacientes hospitalizados no depende solamente de la terapia nutricional elegida, sino también de la aplicación en el momento correcto y apropiado de las guías y los protocolos por parte de los profesionales dedicados a la atención de los pacientes malnutridos⁽¹²⁾.

Todas las unidades que participaron en los 3 primeros años contaban con GAN. Sin embargo, entre 2012 y 2015, en promedio el 8 % de las unidades reportó que no contaba con la presencia de un grupo establecido. Varios estudios muestran mejoras significativas del estado nutri-

cional de los pacientes y mejores desenlaces clínicos, además de la reducción de los costos cuando un GAP realiza el seguimiento adecuado de los pacientes^(8,13,14).

Los informes sobre pérdida de peso no intencional durante los últimos 3 meses se evaluaron como una de las variables predictivas de malnutrición, y se encontró un porcentaje elevado, para un promedio en 7 años del 53,6 % del total de la población estudiada. Esta alta prevalencia es motivo de preocupación puesto que la pérdida de peso compromete la mejoría del cuadro clínico en varias situaciones. La pérdida de peso no intencional sigue siendo un parámetro importante en

Tabla 4. Ingesta del paciente a la hora del almuerzo en nutriDia Brasil (2009-2015)^a

	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)
 Todo	244 (40,2)	254 (36,8)	141 (40,2)	267 (36,8)	474 (40,1)	251 (38,5)	280 (40,2)
 ½	147 (24,3)	188 (27,2)	80 (22,8)	173 (23,9)	305 (25,8)	157 (24,1)	193 (27,8)
 ¼	83 (13,7)	129 (18,7)	54 (15,4)	133 (18,3)	252 (21,3)	131 (20,1)	125 (18,0)
 Nada	75 (12,4)	101 (14,6)	73 (20,8)	126 (17,4)	139 (11,8)	100 (15,3)	88 (12,7)
? Sin respuesta	57 (9,4)	19 (2,7)	3 (0,8)	26 (3,6)	11 (1,0)	13 (2,0)	9 (1,3)
Total (n)	606	691	351	725	1181	652	695

^aPrueba de chi cuadrado: $p = 0,001$.

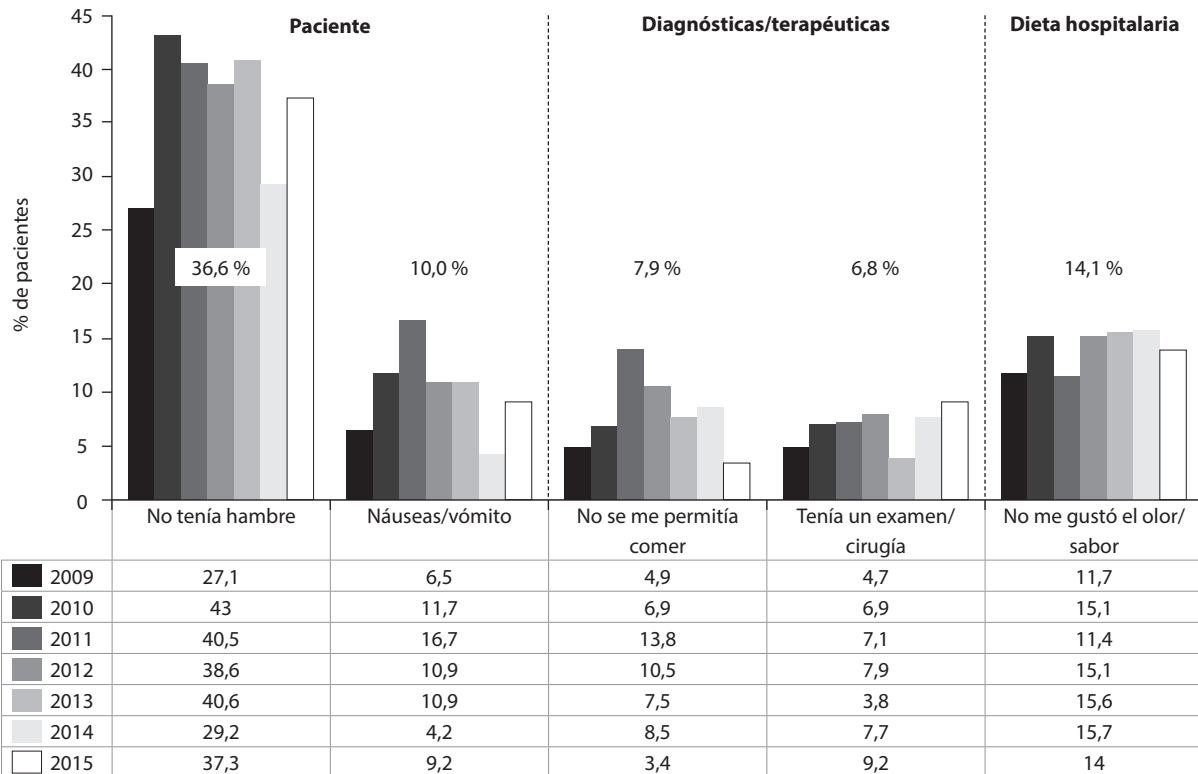


Figura 1. Causas de no aceptar la totalidad de los alimentos en nutriDia Brasil (2009-2015).

la evaluación nutricional al ser uno de los 3 criterios fenotípicos de la Iniciativa del Liderazgo Global sobre Desnutrición (GLIM)⁽¹⁵⁾.

En lo que se refiere a la frecuencia de uso de la terapia nutricional, este estudio mostró que la suplementación oral fue la que se utilizó con mayor frecuencia durante todos los años analizados, con un aumento significativo del 11,8 % en 2009 al 18,2 % en 2015. Este aumento podría atribuirse a la mayor disponibilidad de suplementos nutricionales orales en el mercado de Brasil durante el último decenio. La suplementación nutricional es una herramienta de intervención nutricional bien establecida que ha demostrado mejorar el pronóstico del paciente en distintas situaciones clínicas, con mejoría del estado nutricional, la función inmunitaria, la fuerza y la tolerancia a las terapias impuestas al paciente⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. En cambio, la terapia de nutrición enteral y parenteral no presentó prácticamente cambio alguno durante todos estos años (aproximadamente 10 % y menos del 1 %, respectivamente).

Por consiguiente, aunque se han observado avances significativos en cuanto a las rutinas hospitalarias que permiten la identificación temprana de la malnutrición, es poco lo que se ha avanzado en la implementación de la terapia nutricional, ya sea enteral o parenteral. Se requieren estudios adicionales para comprender las barreras que impiden la prescripción nutricional en los hospitales de Brasil.

En cuanto a la aceptación de la dieta hospitalaria, se les preguntó a los pacientes sobre el tamaño del almuerzo ofrecido durante el día del estudio. Las causas más frecuentes reportadas para no consumir la totalidad de la dieta estuvieron relacionadas con el paciente, entre ellas anorexia, náuseas y vómito. Sin embargo, algunos de los problemas reportados tuvieron que ver con la organización de la unidad o los protocolos quirúrgicos, como omitir una comida por ayuno para exámenes o procedimientos quirúrgicos. Un problema que merece atención es el rechazo de la comida ofrecida por razones organolépticas como el sabor y el olor. Esto es algo en lo que los servicios de nutrición y dietética pueden trabajar a fin de mejorar la aceptación. En este sentido, los estudios han sugerido el uso de la *Mealtime Audit Tool* (herramienta de auditoría a la hora de las comidas), la cual podría servir para identificar y eliminar las barreras de la ingesta en los pacientes hospitalizados, para mejorar la aceptación⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Entre 2009 y 2015 se observaron algunas mejoras en los hospitales de Brasil en *nutritionDay*, entre ellas, la adopción de guías nacionales para la atención nutricional y un mayor uso de los suplementos nutricionales orales. Sin embargo, todavía hay muchos hospitales sin GAN que implementen de rutina la valoración nutricional y las terapias nutricionales adecuadas. Se podrían manejar algunas de las causas reportadas del rechazo de la dieta hospitalaria, como el olor o el sabor, a fin de mejorar la aceptación por parte de los pacientes. Las deliberaciones sobre estos resultados en las reuniones nacionales podrían aumentar el reconocimiento entre los profesionales y promover la implementación de nuevos protocolos con el fin de resolver estos problemas.

Agradecimientos

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a las instituciones brasileñas que participaron durante los años comprendidos entre 2009 y 2015, y también a la coordinación internacional de *nutritionDay worldwide* en Viena, por todo su apoyo.

Contribución de los autores

SPO y MCG participaron en el diseño, análisis de los datos, redacción y finalización del trabajo que llevó al artículo en cuestión.

Conflictos de interés

Ninguno.

Referencias bibliográficas

1. Bistran BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA*. 1976;235(15):1567-70.
2. Abugroun A, Nayyar A, Abdel-Rahman M, Patel P. Impact of Malnutrition on Hospitalization Outcomes for Older Adults Admitted for Sepsis. *Am J Med*. 2021;134(2):221-226.e1. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.06.044
3. Lanctin DP, Merced-Nieves F, Mallett RM, Arensberg MB, Guenter P, Sulo S, et al. Prevalence and Economic Burden of Malnutrition Diagnosis Among Patients Presenting to United States Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. 2021;28(3):325-335. doi: 10.1111/acem.13887

4. Kaegi-Braun N, Mueller M, Schuetz P, Mueller B, Kutz A. Evaluation of Nutritional Support and In-Hospital Mortality in Patients With Malnutrition. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2033433. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.33433
5. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7-8):573-80. doi: 10.1016/s0899-9007(01)00573-1
6. Correia MI, Campos AC; ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition*. 2003;19(10):823-5. doi: 10.1016/s0899-9007(03)00168-0
7. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Ceconello I, Linetzky Waitzberg D. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev Nutr*. 2008;21(5):552-61. doi: 10.1590/S1415-52732008000500008
8. Reber E, Strahm R, Bally L, Schuetz P, Stanga Z. Efficacy and Efficiency of Nutritional Support Teams. *J Clin Med*. 2019 22;8(9):1281. doi: 10.3390/jcm8091281
9. Kang MC, Kim JH, Ryu SW, Moon JY, Park JH, Park JK, et al. Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Patients: a Multicenter Cross-sectional Study. *J Korean Med Sci*. 2018;33(2):e10. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e10
10. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958-967. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
11. van Vliet IMY, Gomes-Neto AW, de Jong MFC, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and predischage. *Nutrition*. 2020;77:110814. doi: 10.1016/j.nut.2020.110814
12. Hamilton C, Boyce VJ. Addressing malnutrition in hospitalized adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2013;37(6):808-15. doi: 10.1177/0148607113497224
13. DeLegge MH, Kelly AT. State of nutrition support teams. *Nutr Clin Pract*. 2013;28(6):691-7. doi: 10.1177/0884533613507455
14. López-Martín C, Abilés J, Garrido Siles M, Faus Felipe V. Impacto de la creación de un equipo de soporte nutricional en la calidad, seguridad y efectividad de la nutrición parenteral. *Nutr Hosp*. 2012;27(3):871-8. doi: 10.3305/nh.2012.27.3.5738
15. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002
16. Cereda E, Turri A, Klersy C, Cappello S, Ferrari A, Filippi AR, et al. Whey protein isolate supplementation improves body composition, muscle strength, and treatment tolerance in malnourished advanced cancer patients undergoing chemotherapy. *Cancer Med*. 2019;8(16):6923-6932. doi: 10.1002/cam4.2517
17. Bumrungpert A, Pavadhgul P, Nunthanawanich P, Sirikancharod A, Adulbhan A. Whey Protein Supplementation Improves Nutritional Status, Glutathione Levels, and Immune Function in Cancer Patients: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial. *J Med Food*. 2018;21(6):612-616. doi: 10.1089/jmf.2017.4080
18. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2009(2):CD003288. doi: 10.1002/14651858.CD003288.pub3
19. McCullough J, Marcus H, Keller H. The Mealtime Audit Tool (MAT) - Inter-Rater Reliability Testing of a Novel Tool for the Monitoring and Assessment of Food Intake Barriers in Acute Care Hospital Patients. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(9):962-970. doi: 10.1007/s12603-017-0890-7