



SOPORTE NUTRICIONAL HOSPITALARIO: CUANDO COMER ES PARTE DEL TRATAMIENTO

Luisa Martínez Cobo
Hospital Universitario Cardenal Herrera CEU
Servicio de Hospitalización y UCI
C/ Ramón y Cajal s/n Alfara del Patriarca (Valencia), España

El soporte nutricional es un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos en estado crítico o con patologías que comprometen la ingesta o el metabolismo.

Una nutrición adecuada no solo mejora el pronóstico y la recuperación, sino que también reduce complicaciones, estancias hospitalarias y mortalidad.

Es importante establecer una correcta evaluación nutricional, adaptando los distintos tipos de alimentación disponibles (enteral y parenteral), seleccionar dietas según el estado del paciente, y minimizar los riesgos asociados como el síndrome de realimentación.

La correcta nutrición no solo actúa como complemento terapéutico, sino que, en muchas situaciones, se convierte en una intervención médica en sí misma, capaz de mejorar el pronóstico, reducir complicaciones, acelerar la recuperación y aumentar la supervivencia.

Los pacientes ingresados pueden presentar múltiples causas que afectan su capacidad de alimentarse adecuadamente. Algunas causas son el estrés metabólico, procesos inflamatorios sistémicos, incapacidad física para comer, vómitos, náuseas, o incluso cambios metabólicos que aumentan los requerimientos energéticos.

El objetivo por alcanzar con la alimentación hospitalaria es favorecer la recuperación en tiempo y calidad, aportar todos los nutrientes necesarios para los procesos metabólicos, evitar la pérdida de peso y aumentar la masa muscular. Todo esto favorece a su vez el estado inmunológico del paciente y con ello su supervivencia.

Cuando un paciente está en un estado de malnutrición las consecuencias que derivan de esto son múltiples y todas negativas. Si son pacientes postquirúrgicos, la cicatrización se retrasa, el sistema inmune no se ve reforzado y por tanto aumenta la posibilidad de adquirir infecciones nosocomiales, disminuye la masa muscular y el peso, con lo cual la termorregulación del paciente se ve implicada, y con todos estos cambios, la tasa de mortalidad de estos pacientes aumenta.

Por tanto, conociendo la importancia de un soporte alimentario adecuado, lo primero que habrá que hacer es establecer un plan completo de alimentación. Para ello hay que conocer de qué se compone el alimento, es decir, hay que conocer conceptos como que son los macronutrientes y micronutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales) y que es la energía metabólica (**cantidad de energía utilizable por el organismo** que se obtiene a partir de los alimentos una vez que estos han sido digeridos, absorbidos y metabolizados. Es la energía **realmente disponible** para que las células realicen todas sus funciones vitales: mantener la temperatura corporal, reparar tejidos, mover músculos, sintetizar proteínas, e impulsar el sistema inmunológico, entre muchas otras tareas.



Para tener una evaluación nutricional completa es necesaria información fundamental como los hábitos alimentarios anteriores, el resultado de un examen físico, el análisis de los signos clínicos del paciente y la identificación del estado nutricional actual del paciente (anorexia, caquexia, hiporexia, sarcopenia etc.)

La nutrición hospitalaria tiene como objetivos aumentar y mejorar la recuperación de los pacientes en tiempo y calidad, mantener la masa muscular, evitar la pérdida de peso y reforzar el sistema inmunitario. Con todo ello la tasa de supervivencia se ve incrementada de forma importante.

Establecer un soporte nutricional completo en un paciente es un paso en el que se debe analizar varios factores. Generalmente se debe empezar lo antes posible en el momento que se detectan signos de desnutrición, imposibilidad de ingesta o deficiencias en la ingesta calórica adecuada. Los valores importantes son el peso del paciente, la patología, los días de anorexia presentados, la vía de alimentación, el tipo de dieta y la necesidad calórica diaria.

Los métodos de alimentación asistida que podemos ver normalmente en el ámbito veterinario son varios teniendo en cuenta que cada uno tienen procedimientos de colocación diferentes, así como indicaciones y manejos distintos.

Los tipos de soporte nutricional engloban la **nutrición enteral**, indicada cuando el tracto gastrointestinal está funcional. Es la vía de elección para prevenir la translocación bacteriana. Este tipo de alimentación consiste en colocación de tubos (nasogástricos, esofágicos, de gastrostomía, o yeyunostomía). La elección de cada uno de ellos depende de cada caso, estado del paciente y previsión de manejo futuro del paciente en casa, según su evolución.

Algunos de estos sistemas requieren anestesia para su colocación, y un manejo de la estoma que se genera, tanto por parte del personal de hospitalización como en un futuro de los tutores.

Por otro lado, otro método es la **nutrición parenteral total** (incluyendo glucosa, aminoácidos y lípidos) o **parcial** (incluyendo algunos macronutrientes). Ésta es la elección cuando el sistema digestivo no puede ser utilizado. Este método requiere la colocación de una vía central. Las complicaciones de este método son mayores que la enteral en cuanto a reacciones metabólicas (hiperglucemia, reacciones electrolíticas, etc., mecánicas (flebitis, oclusiones del catéter) o sépticas (derivadas del manejo inadecuado de las vías de administración).

Cuando ya está la vía de nutrición elegida, el paso siguiente es diseñar un plan de nutrición adecuado considerando requerimientos energéticos, tipo de dieta, tiempo de ayuno y tipo de alimentación (aquí dependerá del tipo de sonda elegida).

Los cálculos de RER (requerimiento energético en reposo) se realizan mediante una fórmula:

- Para animales de 2 a 30 kg: $RER = (30 \times \text{peso en kg}) + 70$
- Para <2 kg o >30 kg: $RER = 70 \times (\text{peso en kg})^{0.75}$

Estos valores son siempre cálculos para las 24 horas del día. Dependiendo de los días de anorexia con que llega el paciente, la cantidad diaria se aumentará gradualmente, empezando por administrar 1/3 de RER total. La dosis en cada toma se aumentará al siguiente día si no ha habido ningún tipo de reacción adversa a la alimentación.

En caso de que sí la hubiera se puede rebajar la cantidad empezando de nuevo el protocolo con 1/5 de RER diario e ir subiendo hasta poder alcanzar el RER total. Muchos pacientes empiezan a ingerir alimento por sí mismos antes de lo previsto, con lo que hay que ajustar de nuevo las dosis si se cambia el tipo de dieta.



Con cualquier tipo de sonda hay que conocer muy bien el manejo, tanto a la hora de la administración como del mantenimiento de esta, respecto a limpiezas, cuidado de la piel, etc.

La alimentación por sonda siempre debe ser con comida adecuada para el tipo de sonda. De lo contrario corremos el riesgo de obstruir la sonda y perder la utilidad de esta.

Los tubos que permiten alimentación de lata específica para tubos o alimentación diluida también requieren vigilancia.

En todas las sondas, la alimentación debe estar atemperada, y se administra a una velocidad de 1-2ml/min y siempre observando la reacción del paciente en el proceso. Con cualquier señal de deglución extraña, náuseas o incomodidad se debe parar y volver a asegurarnos que la sonda está correctamente colocada.

Todas las sondas se limpian antes y después, y específicamente las sondas nasogástricas se comprueban antes mediante la prueba del vacío. Nunca se administra alimentación si hay dudas.

Idealmente se debe llevar un registro de los protocolos a seguir en el plan de nutrición establecido, con las cantidades, las tomas, registro de lo que pasa en cada administración y cambios en el plan durante la estancia del paciente, así como cambios de dieta y cantidades.

Otra opción que puede ser útil es tener un plan B para pacientes que son exquisitos en su alimentación diaria. Posiblemente el problema no sea tanto que están inapetentes, sino que no les gusta lo que se les ofrece. Para ello se puede considerar tener algo de alimentación casera a mano (pollo, pescado, caldo, lonchas de pavo). Esto nunca debe sustituir ni fundamentar la totalidad de la ingesta diaria, ya que no se va a alcanzar la cantidad de nutrientes necesarios.

Aun así, teniendo cuidado en el plan personalizado, se puede generar un **síndrome de realimentación**. Los signos clínicos que se advierten son desequilibrios electrolíticos severos, en los que el fósforo, el magnesio y el potasio disminuyen. A su vez se genera una retención de líquidos y aparecen alteraciones cardíacas, musculares y neurológicas.

Normalmente los pacientes que desarrollan este síndrome son pacientes con más de 3 semanas de hiporexia, anorexia de más de 5 días o pacientes que de manera continuada han estado ingiriendo menos del 80% de las necesidades energéticas diarias.

Conclusión

El soporte nutricional hospitalario es una intervención que va mucho más allá de simplemente “dar de comer” al paciente.

Requiere un abordaje integral, técnico y sensible a las particularidades fisiopatológicas de cada paciente. La alimentación, cuando es administrada con conocimiento y planificación, puede marcar la diferencia entre la recuperación y la complicación. Es por ello por lo que debe ocupar un lugar prioritario en el manejo de pacientes hospitalizados.

En el momento del alta se debe concienciar a los tutores de la importancia de seguir con una correcta nutrición del paciente y evitar que el proceso de malnutrición se repita.



sevc
SOUTHERN EUROPEAN VETERINARY CONFERENCE
CONGRESO NACIONAL AVEPA

SEVILLA, 23-25 Octubre 2025

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cline et al. 2021 AAHA Nutrition and Weight Management Guidelines for Dogs and Cats. J Am Anim Hosp Assoc. 2021; Jul 1 57(4):153–178.
2. Freeman et al, 2011. WSAVA Nutritional Assessment Guidelines Task Force. Compend Contin Educ Vet. 2011 Aug;33(8): E1-9.
3. Yuki Okada, BA, Delaney SJ (2020). Nutrition for the hospitalized patient and the importance of nutritional assessment in critical care. Advances in small animal care, Vol 1, pp 207-225.