

[PROTOCOLO DE NUTRICIÓN ENTERAL PEDIATRÍA HGUA]



[Módulo Gastroenterología pediátrica y nutrición]

Autores:

Laura Ureña Horno, Óscar Manrique Moral, Fernando Clemente Yago y Máxima Mateo García

Fecha de elaboración: Noviembre 2018

Fecha prevista de revisión: 2 años (o actualización previa relevante).

Nivel de aplicación: R3



El soporte nutricional en pediatría es necesario cuando los requerimientos energéticos no pueden ser suministrados parcial o totalmente mediante la ingesta oral espontánea de alimentos naturales. La preservación total o parcial de la funcionalidad del tubo digestivo será determinante a la hora de elegir la vía de soporte nutricional. Siempre que sea posible, será de elección la nutrición enteral.

INDICACIONES MÁS FRECUENTES DE NE/SOPORTE NUTRICIONAL EN HGUA

- Síndrome de intestino corto
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Pseudoobstrucción intestinal
- Parálisis cerebral
- Traumatismo moderado/grave
- Paciente oncológico
- Paciente en UCIP

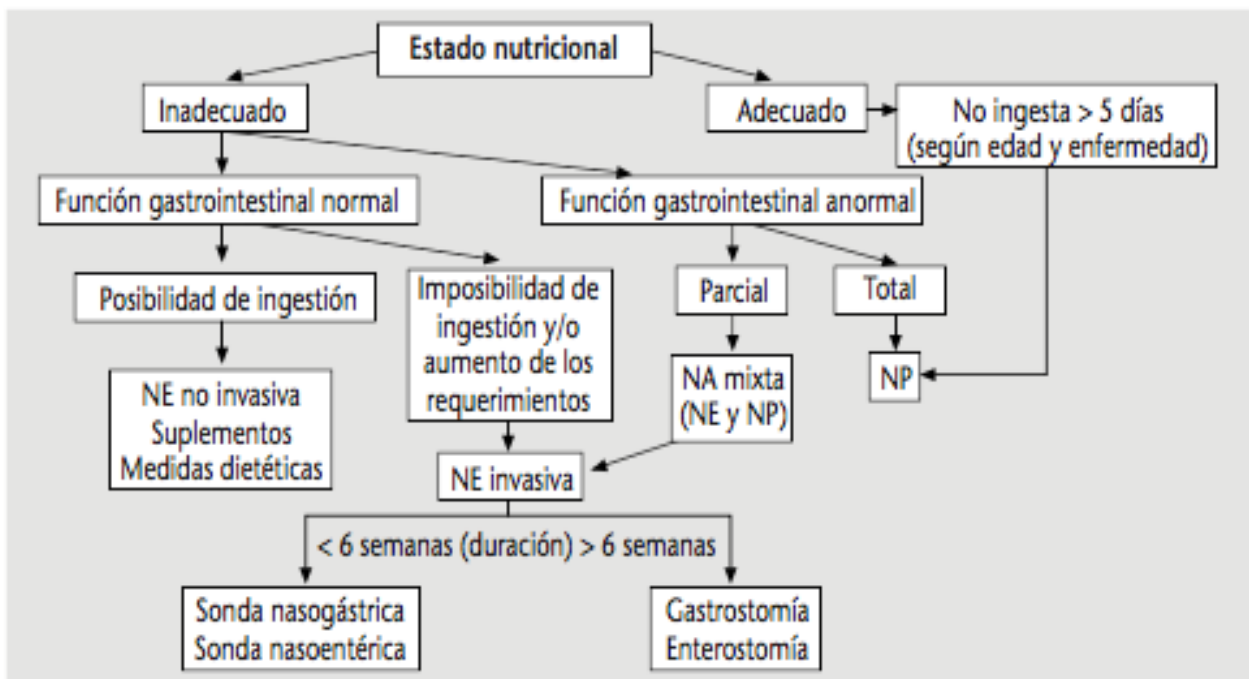


Figura 1. Intervención nutricional. NA: nutrición artificial; NE: nutrición enteral; NP: nutrición parenteral (tomada de Martínez Costa et al. Nutrición enteral y parenteral en pediatría. An Esp Pediatr 2000;52:1-33).

CRITERIOS ANTROPOMÉTRICOS DE RIESGO ELEVADO DE DESNUTRICIÓN

- Pérdida aguda de peso >10%
- Pérdida crónica de peso >5% (3-6 meses)
- Relación peso/talla muy afectada (<p3)
- Disminución del % peso standard <85%
- Detención de velocidad de crecimiento de causa nutricional

NECESIDAD DE VALORACIÓN NUTRICIONAL---CRIBADO NUTRICIONAL

PRIMERAS 24 HORAS

- Pérdida significativa del percentil habitual de manera progresiva y mantenida
- Pacientes con adecuado estado nutricional si durante el ingreso van a tener un estrés metabólico moderado >5 días
- Limitación importante de la digestión o absorción mantenida >5 días
- Alteración metabólica o aumento del gasto energético mantenida >3 días

2) CÁLCULO DE REQUERIMIENTOS

Debemos diferenciar antes de iniciar la NE entre los requerimientos calóricos por edad y las necesidades de líquidos totales, para ello contamos con unas tablas adaptadas para el cálculo de GET y factores que pueden implicar mayor gasto energético (ver anexo 1)

En los pacientes gravemente desnutridos es importante considerar el riesgo de desarrollar un síndrome de realimentación, por ello es importante que la instauración de la nutrición sea progresiva, especialmente los primeros 7-10 días. En casos graves iniciaremos el aporte calórico por 10-15 kcal/kg/d.

La recuperación debe ser un proceso progresivo y adaptado a la situación clínica del paciente. El objetivo en caso de pacientes con desnutrición grave podría ser aportar energía de recuperación suficiente para permitir una ganancia de peso/día que duplique o triplique las normales para la edad.

$$\text{Energía total de recuperación (kcal)} = (\text{Peso ideal} - \text{Peso actual (g)}) * 5$$

2.1) NECESIDADES DE LÍQUIDOS

Además del aporte calórico, debemos tener en cuenta las necesidades de líquido totales del paciente, podemos administrarlos en forma de agua libre o con sueroterapia añadida, de ser necesario.

Pretérmino y RN	60-100 ml/kg/d
1-10 kg	100 ml/kg/d
11-20 kg	1000+ 50 ml/kg/d por cada Kg > 10kg
>20 kg	1500+ 20 ml/kg por cada Kg>20kg

3) CONTRAINDICACIONES NE

- Situaciones que requieran reposo intestinal absoluto
- Situaciones de obstrucción intestinal

4) VÍAS DE ACCESO Y MATERIAL

VÍAS DE ACCESO PARA NE PEDIÁTRICA	
SONDA OROGÁSTRICA	GASTROSTOMÍA
SONDA NASOGÁSTRICA	YEYUNOSTOMÍA
SONDA NASODUODENAL	GASTROYEYUNOSTOMÍA
SONDA NASOYEYUNAL	

- **Sonda nasogástrica:** elección si existe riesgo de broncoaspiración
- **Sonda nasoduodenal o nasoyeyunal :** de elección en pacientes con sospecha de aspiración de contenido digestivo (íleo paralítico, RGE grave, pancreatitis aguda o presencia de fistulas traqueoesofágicas). Debemos tener en cuenta que si empleamos estas sondas la infusión de NE debe ser CONTINUA.

4.1 ELECCIÓN DE SONDA

Para la NE deben utilizarse sondas de silicona o poliuretano que ocasionan menos lesiones por decúbito al ser un material más flexible y blando. Se colapsan fácilmente por lo que no son

adecuadas para aspiración. Con los cuidados adecuados pueden mantenerse durante 4 semanas. El tamaño adecuado en pediatría depende del peso/tamaño (ver anexo 3):

Calibre (French)	
RN y < 5 kg	5-6
5-20kg	6-8
<20kg	8-10
Adolescentes	10-14

Las sondas empleadas para las ostomías también son de poliuretano o silicona, el tope interno suele ser rígido o llevar un balón para evitar su extracción.

El calibre de las sondas de gastrostomía en pediatría suelen oscilar entre 20-22 French

Si es la primera vez que vamos a usar una sonda sujeta a una gastrostomía/yejunostomía debemos tener en cuenta lo siguiente:

- **Gastrostomía/yejunostomía quirúrgica:** no es necesario esperar a que el paciente tenga deposición. Se recomienda iniciar la NE entre 24-48 horas tras la intervención.
- **Gastrostomía/ gastroyejunostomía percutánea:** si el paciente no presenta náuseas, vómitos ni distensión abdominal con la sonda pinzada, podemos iniciar la NE 6 horas después de la implantación de la sonda.

4.2 TÉCNICA DE INSERCIÓN DE SONDAS

- Inserción gástrica: Con el paciente sentado o incorporado y el cuello ligeramente flexional se introduce la sonda por un orificio nasal permeable. Se empuja la sonda suavemente y, si el paciente puede colaborar, se le pide que trague o beba mientras avanza la sonda.
- Inserción yeyuno: De la misma manera que previamente pero nos ayudamos de cambios postura les (decúbito lateral derecho). Ocasionalmente precisa colocación mediante endoscopia.

4.3 MANTENIMIENTO DE SONDA

- Cambio de sonda cada 3-6 meses o si tiene mal aspecto
- Comprobación periódica de posición
- Purgar después de cada toma/tras medicación. En infusión continua c/6-8horas
- Evitar aspiración
- Cambio de esparadrappo hipoalergénico nasal cada 24 horas
- En caso de obstrucción de sonda lavar con agua esterilizada, si esto fracasa se puede emplear Kreon (12000U disueltas en 650 mg de bicarbonato sódico + agua estéril)

Las sondas oro/nasoenterales se usan para NE con duración inferior a 4 semanas, aunque puede ampliarse si se prevé que la situación de NE será reversible a corto plazo. Este tipo de sonda no debe emplearse en pacientes con TCE graves y deben ser colocados por personal entrenado y comprobando su adecuado posicionamiento. Existen diferentes técnicas para la comprobación de la colocación de sonda; la radiografía de tórax ha demostrado ser la única prueba fiable a la hora de

corroborar el posicionamiento de la sonda, sin embargo la técnica de inflado, el pH y la distancia de fijación pueden ser útiles a diario.

Situaciones en las que se debe comprobar la posición de sonda	Técnica de elección
Tras colocación inicial	Rx de tórax
Si sospechamos desplazamiento	Rx de tórax
Si aparece dificultad respiratoria en relación con la infusión de alimento	Rx de tórax
Tras un periodo de no utilización si NO sospechamos desplazamiento	pH, infusión de aire o fijación externa
Si aparece disconfort o reflujo a orofaringe	pH, infusión de aire o fijación externa

4.4 CONTENEDORES

Los contenedores deben ser IMPERMEABLES, CERRADOS AL EXTERIOR, TRANSPARENTES Y CON INDICADORES DE CAPACIDAD FÁCIL DE LEER. Se recomienda usar el propio contenedor de la fórmula ya que reduce el riesgo de contaminación, ahorra costes, está correctamente identificado y permite administrar volúmenes exactos (puede ser botella de cristal, envase de plástico, copa, botellín y tetrabrick). En caso de usar otro contenedor flexible o semirrígido se recomienda usar una sola vez durante 24-36 horas consecutivas.

4.5 LÍNEAS DE ADMINISTRACIÓN

Deben ser de plástico transparente y flexible. Existen diferentes modelos para la administración mediante bomba o gravedad. Están dotadas de cabezal con filtro, cámara de goteo, regulador de flujo y conector a la sonda.

SE RECOMIENDA CAMBIARLAS CADA 24H.

5) TÉCNICAS DE INFUSIÓN

NE CONTINUA. Indicaciones:

- Siempre en NE postpilórica
- Situaciones de absorción de nutrientes reducida (I. Corto, malabsorción)
- Alto riesgo de aspiración
- Intolerancia a NE en bolos

NE INTERMITENTE. Indicaciones:

- Tránsito hacia alimentación oral
- Siempre que sea posible en NE domiciliaria
- Pacientes no críticos sin riesgo de aspiración

NE CÍCLICA. Indicaciones:

- Continua alterna con intermitente (principalmente continua durante la noche).

5.1 RITMOS:

En la siguiente tabla se recogen las recomendaciones de ritmo inicial e incrementos según edad/tipo de infusión

NUTRICIÓN ENTERAL CONTINUA

Edad	Ritmo inicial	Incremento	Máximo
Pretérmino	0.5-2 ml/kg/h	0,2-1 ml/kg/h	4-8 ml/kg/h
0-1 año	10-20 ml/h	5-10 ml/h	55 ml/h
2-6 años	20-30 ml/h	10-15 ml/h	70-90 ml/h
7-14 años	30-40 ml/h	15-20 ml/h	110-130 ml/h
>14años	30-60 ml/h	25-30ml/h	125-150ml/h

Recomendaciones Documento consenso SENPE/SEGHNP/ANECIPN/SECP sobre vías de acceso en nutrición enteral pediátrica. 2011

NUTRICIÓN ENTERAL INTERMITENTE

Edad	Ritmo inicial	Incremento	Máximo
Pretérmino	1.5-2 ml/kg/h	0,3-2 ml/kg/h en tomas alternas	120-125 ml/kg/d
0-1 año	60-80 ml c/4h	20-40 ml c/4h	80-240 ml c/4h
2-6 años	80-120 ml c/4h	40-60 ml c/4h	250-375 ml c/4h
7-14 años	120-160 ml c/4h	60-80 ml c/4h	430-520ml c/4-5h
>14 años	200 ml c/4h	120 ml c/4h	500 ml c/4-5h

Recomendaciones Documento consenso SENPE/SEGHNP/ANECIPN/SECP sobre vías de acceso en nutrición enteral pediátrica. 2011

6) ELECCIÓN DE FÓRMULA

La elección de la fórmula que vamos a emplear es el paso más importante y debemos atender a una serie de características según la edad y la composición.

Fórmulas para lactantes y prematuros	Intentan imitar la composición de la leche materna por tanto, consideramos isocalórica a 0.7 kcal/ml. Ajustada a limitaciones digestivas, renales y metabólicas del niño <1 año
Fórmulas para niños 1-10 años	Proporción de macro y micro nutrientes adaptado a las necesidades del niño
Fórmulas para niños mayores de 10 años y adultos	Composición adaptada a las recomendaciones para edad adulta

6.1 Fórmula según densidad energética

	Isocalórica	Hiperclórica
Lactantes y < 1 año	0.7 kcal/ml	1-1.2 kcal/ml
Mayores de 1 año	1-1.2 kcal/ml	1.5-2 kcal/ml

6.2 Fórmula según complejidad de componentes

	Proteínas	Grasas	Hidratos de carbono
Poliméricas	Caseína y seroalbúmina	Origen vegetal DHA y AA	Lactosa
Semielementales hidrolizadas	o Proteínas hidrolizadas a péptidos y aminoácidos	LCT/MCT	Lactosa o dextrinomaltosa según tolerancia
Elementales aminoácidas	o 100% AA libres	MCT mayoritariamente	Polímeros de glucosa

6.3 Fórmulas según cantidad de proteínas.

En pediatría el contenido proteico supone el 10-15% del valor calórico total. Si queremos usar una fórmula hiperproteica (16-18%) debemos emplear una fórmula de adultos.

6.4 Fórmulas según patología concreta:

Existen diferentes formulaciones adaptadas a problemas metabólicos o enfermedades crónicas. Ej: Ketocal en dieta cetogénica, fórmulas para diabetes, fórmulas exentas de disacáridos, fórmulas hipoproteicas en insuficiencia renal...

6.5 Fórmulas con o sin fibra

6.6 Otras consideraciones:

Sabor, contenido de ácidos grasos.

Una vez hemos tenido en cuenta las consideraciones previamente citadas podemos elegir la fórmula que más se adapte a las necesidades de nuestro paciente. Para ello debemos seguir el esquema referido previamente, y así indicarlo al servicio de farmacología.

7) COMPLICACIONES Y CONTROLES

- Complicaciones relacionadas con vía de acceso (lavado de sonda, malposición...)
- Tolerancia: Evaluar residuo gástrico antes de la toma en NEI (debe ser <50% de toma) o cada 4-6 horas en NEDC (<50% administrado en las 2 horas previas)
- Trastornos metabólicos (deshidratación, hiper/hipoglucemia, hiper/hipopotasemia):
 - o Glucosa y glucosuria a diario, tras 7 días semanalmente
 - o Albúmina, calcio, potasio e iones cada semana.
 - o BUN, HB, colesterol, triglicéridos y enzimas hepáticas cada 14 días

7.1 GASTROINTESTINALES

- Vómitos
- Retención gástrica
- RGE
- Estreñimiento
- Diarrea (vigilar osmolaridad de fórmula, tener en cuenta que fórmulas hidrolizadas son más osmolares)

7.2 METABÓLICAS

- **Síndrome realimentación:** en pacientes desnutridos vigilar alteraciones iónicas durante la primera semana e iniciar alimentación con valores referidos en este protocolo.
- Déficit de nutrientes específicos

7.3 RELACIONADAS CON LA VÍA DE ACCESO

- Obstrucción, malposición, desplazamiento...
- Gastrostomía: la gastrostomía requiere unos cuidados especiales y es importante vigilar la aparición de granulomas, infección o pérdida de contenido periestomía.

7.4 RELACIONADAS CON EL PACIENTE

Rechazo de la alimentación oral, trastorno de masticación o deglución: es importante iniciar de manera concomitante a la nutrición enteral fisioterapia oral.

ANEXO 1

APORTES CALÓRICOS ADAPTADOS HGUA 2018 (Dr. Manrique)

Edad	Requerimientos Kcal/kg/día en varones					GET OMS 2004
	MB	ADEA	Excretas	Actividad	Crecimiento	
1 m	30	7,91	11,3	25	40	113
2 m	33	7,28	10,4	22	31	104
3 m	36	6,65	9,5	19	24	95
4 m	39	5,74	8,2	17	12	82
5 m	40	5,67	8,1	15	12	81
6 m	40	5,67	8,1	17	10	81
7 m	41	5,53	7,9	15	9	79
8 m	41	5,53	7,9	15	9	79
9 m	42	5,53	7,9	16	8	79
10 m	42	5,6	8	18	6	80
11 m	42	5,6	8	21	4	80
12 m	42	5,67	8,1	23	2	81
2 a	43	5,04	8,4	26	2	84
3 a	43	4,8	8	22	2	80
4 a	39	4,62	7,7	24	2	77
5 a	37	4,44	7,4	23	1	74
6 a	35	4,38	7,3	25	1	73
7 a	32	4,26	7,1	26	1	71
8 a	31	4,14	6,9	26	1	69
9 a	29	4,02	6,7	24	3	67
10 a	28	3,9	6,5	24	3	65
11 a	26	3,72	6,2	23	3	62
12 a	25	3,6	6	23	3	60
13 a	23	3,48	5,8	23	3	58
14 a	22	3,36	5,6	22	3	56
15 a	21	3,18	5,3	21	3	53

Edad	Requerimientos Kcal/kg/día en mujeres					GET
	MB	ADEA	Excretas	Actividad	Crecimiento	
1 m	31	7	11	20	37	107
2 m	34	7	10	19	30	101
3 m	37	7	9	18	24	94
4 m	39	6	8	18	13	84
5 m	40	6	8	16	12	83
6 m	41	6	8	18	10	82
7 m	42	5	8	14	9	78
8 m	42	5	8	13	9	78
9 m	42	5	8	15	8	78
10 m	42	6	8	17	6	79
11 m	42	6	8	19	4	79
12 m	42	6	8	21	2	79
2 a	44	5	8	22	2	80
3 a	44	5	8	23	2	81
4 a	40	5	8	23	2	77
5 a	38	4	7	23	1	74
6 a	35	4	7	24	1	72
7 a	33	4	7	24	1	69
8 a	31	4	7	24	1	67
9 a	29	4	6	21	3	64
10 a	25	4	6	23	3	61
11 a	23	3	6	22	3	58
12 a	22	3	6	22	3	55
13 a	20	3	5	21	3	52
14 a	19	3	5	19	2	49
15 a	19	3	5	18	2	47

EXCRETAS (Solo si ↑)

- Heces = Grasa + Proteínas+ HC
- Orina = Proteínas.
- Sudor (solo en F.O.)

DESNUTRICIÓN

• Energía total de recuperación

$$ETR (kcal) = [P \text{ objetivo (gr)} - P \text{ actual (gr)}] \times 5$$

• Energía diaria

$$(kcal) = ETR / \text{días programados}$$

IMPORTANTE:

Recordar en pacientes gravemente desnutridos en manera crónica el riesgo de **síndrome de realimentación**.

CAUSA

FIEBRE

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

QUEMADURA

INFECCIÓN LEVE-GRAVE

POLITRAUMATISMO

AUMENTO GET

12% por cada grado >37%

15-25%

60-100%

20-40%

30-50%

ANEXO 2: FÓRMULAS DISPONIBLES EN HGUA 2018

FÓRMULAS LACTANTES

Presentación	Características	Indicación	Prot (*)	HdC (*)	Lip (*)	Energía (*)
NAN ALPREM CLINIC 1 70ml	Fórmula parcialmente hidrolizada		2.9g/100 ml	8.4g	4g	85kcal
DAMIRA 2000 400g	SUSPENDIDA					
NEOCATE 400 g	Dieta elemental normoproteica 0-12m	Alergia alimentaria/alteraciones GI	1.8g/100 mL	7.2 g	3.4	67kcal
NIDINA PREMIUM 1 Y 2	Dieta completa 1: 0-4 M 2: 4-6M	Complemento / reemplazo LM	1.3g/100 mL	7.5 y 8.2g	3.6 y 3.2g	67kcal
INFATRINI 100 mL	Dieta completa polimérica normoproteica y normocalórica	Lactantes 0-12 meses <9kg	2.6g/100 mL	10.3g	5.4g	101kcal
INFASOURCE 90 mL	Dieta completa oligomérica normoproteica	Fallo medro	2.3g/90 mL	9.3 g	4.9g	90kcal/90 ml
PREGESTIMIL 400g	Fórmula hidrolizada lactosa sin	APLV	1.9g/100 mL	6.9g	3.8g	68kcal
AL 110 lactosa 400 g	NAN sin lactosa 0-12 M	Deficiencia de lactasa/diarrea	1.4g/100 mL	7.8g	3.4g	67kcal
(*) gr o kcal/100 mL						

Las fórmulas para lactantes NO incluyen saborizantes

FÓRMULAS DISPONIBLES HGUA 2018

FÓRMULAS PARA >1 AÑO

Presentación	Indicación	Proteínas	HdC	Lípidos	Energía
Isosource Junior Fibra	Fórmula completa polimérica	2.7gr/100mL	17gr/100mL	4.8gr/100 mL	120 kcal/100mL
Resource CF	Complemento alimentario	4.9 gr/sobre	16gr	7.4gr	150kcal/100 mL
Resource Junior	Fórmula completa polimérica	3gr/100 mL	20 gr/100 mL	6.2 gr/100 mL	150 kcal/100mL
Novasource junior	Fórmula peptídica	3 gr/100 mL	13.8 gr/100 mL	3.6gr/100mL	100kcal/100 mL
Novasource junior peptide	Fórmula peptídica	4.5 gr/100mL	18gr/100mL	6.6gr/100mL	150kcal/100 mL

MÓDULOS NUTRICIONALES

PRESENTACIÓN	INDICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
DUOCAL 400G	Aporte calórico extra exento de proteínas	Contiene HdC y lípidos Dietas con restricción proteica
KETOCAL	Fórmula cetogénica	Indicación en dieta cetogénica/epilepsia refractaria
ACEITE MCT	Módulo triglicérido cadena media	Malabsorción grasa, dieta cetogénica y trastornos metabólicos de oxidación de ácidos grasos de cadena larga
NAN FM85	Fortificador LM	Aporte proteico/calórico extra en prematuridad y bajo peso

ANEXO 3 MATERIAL DISPONIBLE HGUA (SONDAS)

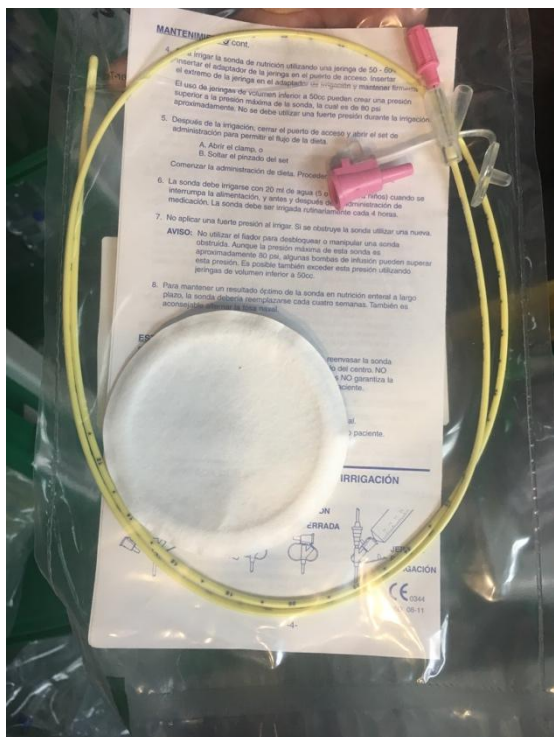


Sondas FLOCARE PUR TUBE

Material: poliuretano

Tamaños: 6,8,10,12 y 14 Fr

Marca: Nutricia



Sondas CORPAK

Material: poliuretano

Fiador: si

Tamaño: 5,6,8,10 y 12 Fr

Marca: CORFLO

POLYMED RYLE'S TUBE

Sondas de PVC disponibles en HGUA para alimentación enteral de corta duración.

Tamaños 6-10 Fr

Protocolo Nutrición enteral pediátrica HGUA

(1)

Cuestionario STAMP adaptado para población pediátrica española

Paso 1: diagnóstico (véase listado)	
¿Tiene el niño un diagnóstico con consecuencias nutricionales?	Puntuación
Consecuencias nutricionales seguras	3
Consecuencias nutricionales posibles	2
Consecuencias nutricionales ausentes	0
Paso 2: aporte nutricional	
¿Cuál es el aporte nutricional del niño?	Puntuación
Ausencia de aporte nutricional	3
Aporte nutricional que ha disminuido recientemente o deficiente	2
Sin cambios en los hábitos de alimentación y buen aporte nutricional	0
Paso 3: peso y altura	
¿Qué percentil peso/talla le corresponde? (tablas de Hernández, 1988)	Puntuación
Percentil peso/talla < 3	3
Percentil peso/talla 3-25	1
Percentil peso/talla > 25	0
Paso 4: riesgo global de desnutrición	
Sume las puntuaciones de las casillas correspondientes a los pasos 1 a 3 para calcular el riesgo global de desnutrición	Puntuación
Riesgo elevado	≥4
Riesgo intermedio	2-3
Riesgo bajo	0-1

Cuestionario STAMP adaptado para población pediátrica española (continuación)

Paso 5: plan asistencial	
Riesgo global de desnutrición	Utilice directrices terapéuticas o políticas nutricionales locales para elaborar un plan asistencial para el niño
Riesgo elevado	Adopción de medidas Derivación a personal especializado en nutrición Control según el plan asistencial
Riesgo intermedio	Control del aporte nutricional del niño durante 3 días Repetición del cribado con STAMP después de 3 días Modificación del plan asistencial según proceda
Riesgo bajo	Continuación con la asistencia clínica habitual Repetición del cribado con STAMP de forma semanal mientras el niño siga hospitalizado Modificación del plan asistencial según proceda

Modificado de McCarthy et al., 2012.
STAMP: Screening Tool for Assessment of Malnutrition in Pediatrics.

Cuestionario STRONGkids

Exploración nutricional pediátrica	No	Sí
¿Presenta una patología subyacente que determina un riesgo nutricional (véase listado) o está programada una intervención de cirugía mayor?	0	2
Durante el examen objetivo, ¿revela el paciente los signos clínicos de un déficit en el estado nutricional?	0	1
¿Presenta una de las siguientes condiciones? • Episodios frecuentes de diarrea (≥5 deposiciones/día) y/o vómito (>3 veces/día) • Ingesta nutricional reducida en los últimos días • Intervención nutricional anterior • Incapacidad de asumir una ingesta nutricional adecuada a causa del dolor	0	1
¿Se ha registrado una pérdida de peso durante los últimos meses o semanas?	0	1

Puntuación	Riesgo nutricional	Intervención y seguimiento
4-5 puntos	Riesgo elevado	Se recomienda un plan de apoyo nutricional. Considere la prescripción de suplementos nutricionales orales en espera de una confirmación del estado clínico del paciente.
1-3 puntos	Riesgo intermedio	Considere la necesidad de un apoyo nutricional. Compruebe el peso dos veces por semana y haga una evaluación semanal del estado nutricional del paciente.
0 puntos	Riesgo bajo	No es necesaria ninguna intervención nutricional. Compruebe el peso con regularidad y haga una evaluación semanal del paciente.

Modificado de Hulst et al., 2010.