

LA NUTRICIÓN EN EL PACIENTE INTERNADO

Desde hace más de veinte años existe una seria preocupación por la pérdida de peso antes, durante y después de la internación con sus consecuencias.

Autores como D. Elwyn en 1973 llama la atención sobre síndrome simil Kwashiorkor en pacientes hospitalizados.

Butterworth en 1974 informa sobre “el esqueleto en el armario del hospital” para señalar la gravedad de la desnutrición en el paciente internado.

A pesar de estos dramáticos llamados, los profesionales médicos subvaloramos el estado nutricional del paciente, siendo los responsables de los efectos deletéreos correspondientes.



¿Qué es un malnutrido?

"Un trastorno de la composición corporal, resulta de un consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales, que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a su enfermedad y su tratamiento.

Marasmo  **Caquexia.**

Desnutrición tipo Kwashiorkor

Desnutrición Mixta

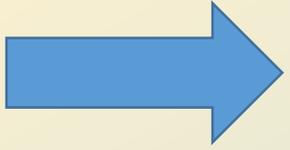
MANUAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA
C. Gómez Candela, C. Iglesias Rosado,
Al de Cos Blanco Unidad de Nutrición
Clínica y Dietética. Hospital Universitario
LA PAZ. Madrid

Consideramos que el abordaje es multidisciplinario integrado con especialistas, psicólogos, nutricionistas, sanitaristas, administrativos.

El estado nutricional del paciente debe formar parte de la historia clínica de internación en forma sistemática y otorgarle el tiempo necesario sin limitaciones.

Lo importante es examinar en cada paciente su estado nutricional estadificarlo y evaluar riesgo de desnutrición según su causa de internación al ingreso hasta un máximo de 48 horas.(Tabla 1).

Qué diferencia existe entre cribado y el estado nutricional del paciente que se interna?

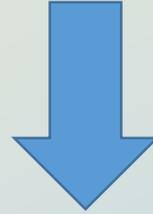


Cribado: implica factores de riesgo que inciden según su estado clínico y la patología que padece.



Estado nutricional: evaluar su estado que puede ser desde satisfactorio, pasando por desnutrición leve, moderada o severa hasta la caquexia y sarcopenia.

LAS CONSECUENCIAS DE LAS DESNUTRICIÓN



CALIDAD DE VIDA

MAYOR TENDENCIA A LAS INFECCIONES.

DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR.

MÁS DÍAS DE INTERNACIÓN CON AUMENTO DE LA MORBIMORTALIDAD.

REINTERNACIONES EVITABLES.

AUMENTO DE LOS GASTOS.

La desnutrición estuvo en 50,2% de pacientes estudiados hospitalizados mayores de 18 años. La desnutrición se relacionó con la edad > de 60 años, cáncer y mayor duración de la estancia hospitalaria.

M Isabel TD Correia. Antonio Carlos Campos. Prevalencia de la desnutrición hospitalaria en América Latina :estudio multicéntrico ELAN.2013

Múltiples estudios realizados desde 1974 hasta los últimos datos disponibles indican que el alrededor de 35 a 40% de los pacientes ingresan desnutridos o con riesgo de estarlo, elevándose al 70% al alta hospitalaria.

Gabriel R. Monti.Hospital central de San isidro.Pcia de Buenos Aires.

Desnutrición hospitalaria : una patología subdiagnosticada .Revista de AMA.

Vol.121.Número 4 de 2008.

La herramienta más usada es la Valoración Global Subjetiva(VGS) sobretodo en pacientes oncológicos y la Mini Nutritional Assesment (MNA) en adultos mayores.

La herramienta de oro para la evaluación nutricional debe ser sensible y suficientemente específica **para predecir los resultados relacionados con la nutrición.**

LA NUTRICIÓN EN EL PACIENTE INTERNADO

Consideraciones generales de una alimentación saludable.

Conceptos sobre dietas veganas y otras variedades.

Cribado y evaluación del paciente internado.

Planillas de fácil aplicación .Dras Gaset, Israel.

Algunas patologías y nutrición:

EPOC, Cáncer, insuficiencia renal aguda y crónica, hepatopatías, enfermedad inflamatoria intestinal.

Nutrición enteral y parenteral: indicaciones.

La nutrición en el perioperatorio.

LO IMPORTANTE DE UNA DIETA:

VARIADA, ADECUADA, ARMÓNICA, SUFICIENTE.

**NINGÚN ALIMENTO REEMPLAZA LA
PROTEÍNA ANIMAL.(AA esenciales)**

Adquirir espíritu crítico.

AMINOÁCIDOS ESENCIALES

Histidina. Leucina, isoleucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptofano, valina.

FUNCIONES:

Reparación de heridas, crecimiento y desarrollo.

Lisina e isoleucina: participan en la formación de colágeno, metabolismo de calcio.

Fenilalanina: formación de neurotransmisores que estimulan la sinapsis nerviosa.

Ayudan a la concentración y aprendizaje.

Triptofano: controla el apetito, participa en la conciliación del sueño.

Treonina: efecto en la metabolización de las grasas.

DIETAS VEGETARIANAS: compensan con la ingesta de huevo, leche y derivados.

DIETAS VEGANAS: SON TOTALMENTE VEGETARIANAS.

SE ACONSEJA NO INCLUIRLAS HASTA APROXIMADAMENTE LOS 18 AÑOS:

VENTAJAS :

Control del peso, diabetes, menos predisposición a ca de mama y colon, normotensión arterial, digestiones ligeras, disminución de patología cardiovascular, mayor esperanza de vida.

INCONVENIENTES:

Déficit de vit. B12 y AA esenciales, vit. D con salud ósea debilitada. Disminución de absorción de minerales.

Aumento de peso en los que no controlan la ingesta de pastas, arroz, queso, galletas.

Anemia crónica macro y/o microcítica.

La alimentación diaria debe tener macro y micronutrientes para cubrir las necesidades fisiológicas.

Dieta saludable:

Reducir la gr̄asa saturada.

Reducir la ingesta cal̄rica.

Aumentar las frutas, verduras y fibras.



Dieta variada equilibrada y adecuada.

Debe imponerse

Frente

A

Hábitos alimentarios poco saludables

Cuyas consecuencias son

Exceso de peso, hipertensión arterial, hipercolesterolemia,

Diabetes, obesidad

Síndrome metabólico



Ensombrecen la evolución y pronóstico de vida

Ante una internación aguda o crónica.

QUÉ ABORDAJE CONSIDERA MÁS POSITIVO PARA TRATAR LA DESNUTRICIÓN DEL PACIENTE INTERNADO? Señale el ítem positivo

- a) Del médico internista.**
- b) Del especialista en nutrición.**
- c) Del psicólogo.**
- d) Enfoque multidisciplinario.**

Respuesta: d



**Dieta rica en frutas y verduras
Ricas en ácido fólico,
antioxidantes(vit.C,E,carotenos), vit.K
Calcio, potasio.**

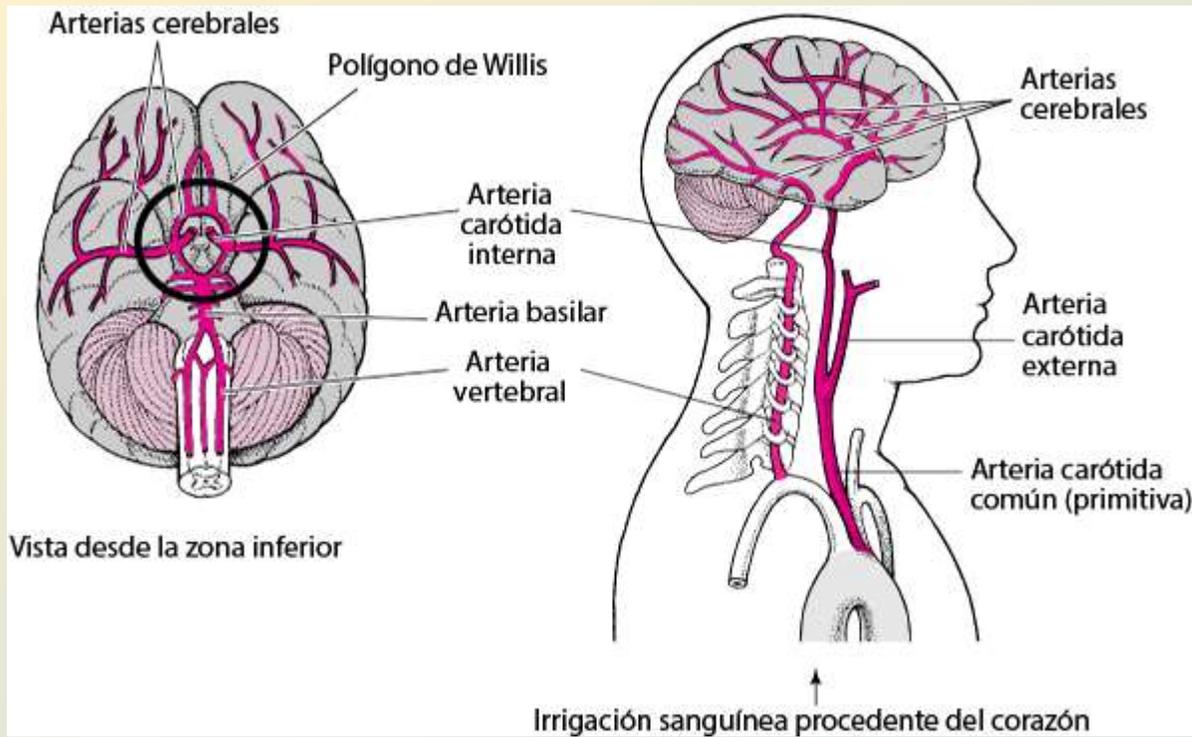


PROTECCIÓN ENDOTELIAL

**Disminuyen en un 40% el riesgo de muerte
cardiovascular por cada ración adicional .**

**Hay estudios que las crucíferas disminuyen el
riesgo cardiovascular en un 15%**

Cursos on line desde 1998.Multimedia S.L.Valencia.correo@luisbonilla.com



**Cada 200 gramos de fruta adicional por día,
Disminuye el riesgo en un 32% de accidente
Cerebrovascular.**

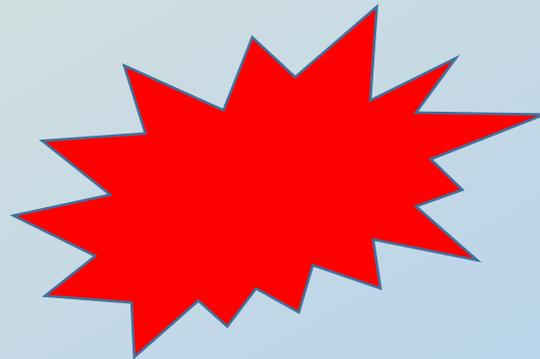
**Disminuye la placa de ateroma, mejora el perfil
lipídico y regula la cascada de citoquinas.**

Manual MSD .Versión para público.

A pesar de los ingentes esfuerzos que se han realizado para mejorar los porcentajes de malnutrición hospitalaria éstos se mantienen entre el 30 -50%.

ASPEN: Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral.(2002)

ESPEN: Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo.(2002)



ESCASA RESPUESTA

CAUSAS A CONSIDERAR:

Falta de enfoque sistematizado en la historia clínica de internación al ingreso o como máximo a las 48 horas.

Subestimación de la cultura del cuidado de la nutrición con un enfoque social, familiar, multidisciplinario.

Subvaloración del tamizaje o riesgo que implica el estado nutricional al ingreso hospitalario por causas agudas o crónicas.

Consideración insuficiente de sus costumbres, si es autoválido.

Limitación del tiempo del profesional para evaluar nutrición del paciente, infraestructura hospitalaria insuficiente.

FALSO O VERDADERO.: señale lo verdadero

- a) El cribado implica evaluar el riesgo nutricional del paciente ante una contingencia aguda o crónica.**
- b) La evaluación nutricional del paciente se hace al finalizar la internación.**

Respuesta: a

SEÑALE A SU CRITERIO ,LA CAUSA MÁS PROBABLE DE DESNUTRICIÓN EN LA INTERNACIÓN:

- a) Consideración suficiente de su cultura alimentaria.**
- b) Historia clínica incompleta.**
- c) Subvalorización del tamizaje o riesgo que implica la internación ante patología del paciente.**
- d) Ninguna de las anteriores.**

Respuesta: c

CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA

Incidencia negativa en el pronóstico de su patología aguda y/o crónica.

Mayor tendencia a las infecciones.

Reinternaciones evitables.

Más días de internación con aumento de la morbimortalidad.

Aumento del gasto sanitario.

Hipoproteïnemia.

GLIM: Liderazgo Global de Malnutrición

Es un evento integrado por las sociedades científicas mundiales relacionadas con la nutrición clínica(USA, Europa, América Latina, Asia.)

Es un replanteo de criterios de tamizaje y evaluación ,más integrales que ASPEN y ESPEN.

Conclusiones de GLIM:

Tamizaje nutricional al ingreso hospitalario y su seguimiento.

Evaluación de su estado nutricional por cualquier herramienta validada, práctica, sencilla de usar.

Establecer soporte al paciente con dificultades en la ingesta.

Educación en nutrición.

Formación de Comité multidisciplinario.

CRITERIOS FENOTÍPICOS:

Si hubo pérdida de peso involuntario.

Si tiene el paciente IMC bajo o hubo diferencia con controles anteriores.

CRITERIOS ETIOLÓGICOS:

Si está reducida la ingesta.

Si existe indicio de condiciones inflamatorias, de enfermedad.

DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN O MALNUTRICIÓN

UN CRITERIO FENOTÍPICO.

CONSIDERAR FUNDAMENTALMENTE:

PESO: disminución más del 5% en los últimos 3 meses.

MASA MUSCULAR: evaluar fuerza muscular, tejido adiposo, descartar ascitis.

UN CRITERIO ETIOLÓGICO.

Lobatón, Ernesto.2020.Malnutrición hospitalaria: etiología y criterios para su diagnóstico y clasificación.Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. Vol3(1).121-127.

SEGÚN EL MÉTODO GLIM, CÓMO HACE EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN?

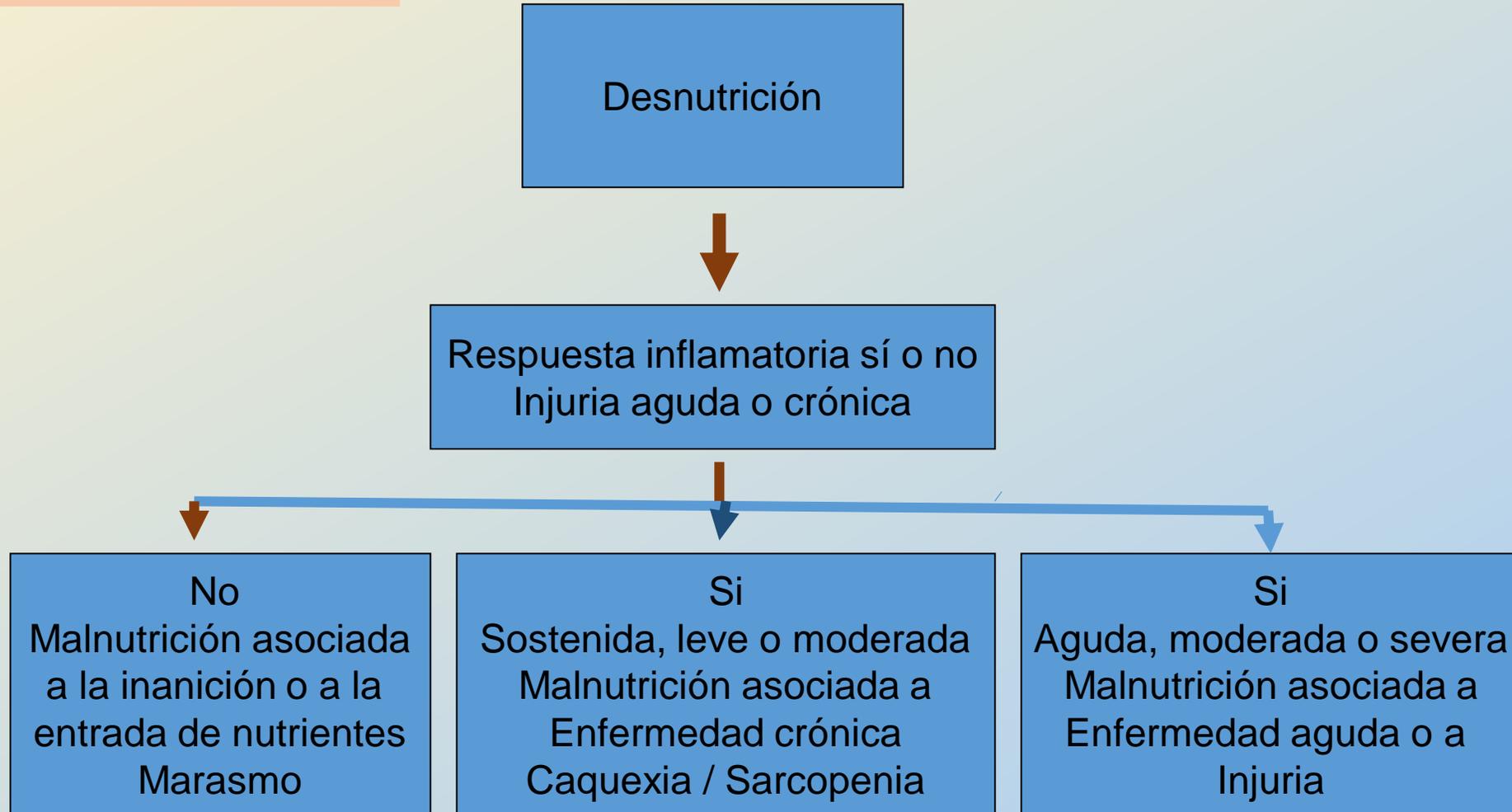
- a) Con dos criterios fenotípicos.**
- b) Con dos criterios etiológicos.**
- c) Con ninguno.**
- d) Con un criterio fenotípico y un criterio etiológico.**

Respuesta: d

Cobra relevancia las condiciones sociales del paciente, si es autoválido, convicciones religiosas, alimentación según sus costumbres, estado al ingreso

Con el correr de los años se instauraron métodos más sofisticados y más específicos para la evaluación, pero de difícil practicidad por insuficiente infraestructura, mayor exposición a radiaciones y muy caros. A saber: Tomografía computada y ultrasonografía, resonancia magnética nuclear, conductancia de cuerpo entero, impedancia , absorciometría de rayos X de energía dual, hidrodensitometría.

La TC y la ultrasonografía diferencian la disminución de la masa muscular y lo diferencian del tejido adiposo subcutáneo e intermuscular.



1. Malnutrition Syndromes : A Conundrum vs Continuum Jensen MD et al JPEN 33; 7: 710 – 716. 2009
2. Adult Starvation and Disease-Related Malnutrition : A proposal for Etiology-Based Diagnosis in the Clinical Practice Setting From the Intrnational Consensus Guideline Committee JPEN 34; 2: 156-159. 2010

QUÉ ES LA SARCOPENIA?

Pérdida de masa muscular y consecuencias funcionales?

Pérdida de fuerza muscular? Dinapenia.

Pérdida de la potencia muscular? Kratopenia.

SEGUNDO CONSENSO EUROPEO SOBRE SARCOPENIA EN 2010:

El Grupo Europeo de Trabajo sobre la Sarcopenia en Personas de Edad Avanzada(EWGSOP 2) con cambios que propone la OMS presenta nuevo algoritmo :

Aumento del riesgo de fracturas.

Disminución de la capacidad de realizar actividades diarias.

Asociar a enfermedades cardíacas, respiratorias y neurológicas.



**Trastornos de movilidad,
Disminución de la calidad de vida.
Pérdida de la independencia
Necesidad de institucionalizarlos
Aumento de costos sanitarios.**

**La masa muscular se incrementa durante la juventud y adultez.
A partir de los 50 años comienza la pérdida de masa muscular 1-2% y fuerza muscular 1-5% por año.
Sarcopenia aguda (menos de 6 meses) y crónica.**

Se cree que hay una MEMORIA MUSCULAR producto de núcleos adicionales que persisten en el tiempo, formando un gran sincitio muscular que persiste con los años hasta el envejecimiento.

Se aconseja ejercicios tempranos para reforzar el crecimiento muscular.

En consecuencia, el ejercicio durante la adolescencia, cuando el crecimiento muscular se ve reforzado por las hormonas, la nutrición y un sólido conjunto de satélites, podría servir funcionalmente para permitir que los individuos "acumulen" mionúcleos que podrían ser utilizados más adelante en la vida para frenar los efectos del envejecimiento y posiblemente prevenir la sarcopenia.

*Autor/a: Lawrence M. Schwartz Fuente: Front. Physiol.,
25 January 2019 |
<https://doi.org/10.3389/fphys.2018.01887> [Skeletal
Muscles Do Not Undergo Apoptosis During Either Atrophy
or Programmed Cell Death-Revisiting the Myonuclear
Domain Hypothesis](#)*

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE Y EVALUACIÓN DE SARCOPENIA:

- 1. Medición de la fuerza de puño con dinamómetro.**
- 2. Levantarse sentarse de la silla sin ayuda .Evalúa fuerza de cuádriceps y grupo muscular en 30 segundos.**
- 3. TC y RMN: estándares de oro para evaluar cantidad de músculo en forma no invasiva.**
- 4. Absorimetría dual de rayos X. Evalúa mayor masa muscular en forma no invasiva.**
- 5. Antropometría: pliegue tricipital no es confiable .Se prefiere circunferencia de pantorrilla.**
- 6. Creatinina marcada con deuterio.**

EVALUACIÓN DE SARCOPENIA A TRAVÉS DE:

- a) TC y RMN como estándares de oro para evaluar cantidad de músculo en forma no invasiva.**
- b) Pliegue tricipital.**
- c) Capacidad de alimentarse en forma autoválida.**
- d) Absorimetría dual de rayos X.**

Respuesta: a

Escala SARC-F versión en español

Ítem	Preguntas	Puntaje
1. Fuerza	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
1. Asistencia para caminar	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
1. Levantarse de una silla	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz, sin ayuda = 2
1. Subir escaleras	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2

1. Caídas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1 a 3 caídas = 1 4 o más caídas = 2
-----------	--	---

Si el puntaje total es ≥ 4 puntos se define como sarcopenia.

Referencia:

Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(12):1142-1146. doi:10.1016/j.jamda.2016.09.008

Versión original en inglés:

Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-2. doi:10.1016/j.jamda.2013.05.018.

El anciano es muy vulnerable del punto de vista nutricional, status social y estado psicológico



CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL:

Aumento de la masa grasa en un 15% al 30% del peso a los 75 años.

Modificación de su distribución: disminución de tejido subcutáneo y miembros y aumento del tronco.

Pérdida de músculo esquelético hasta llegar a la sarcopenia.

Disminución de la fuerza y tolerancia al ejercicio.

Trastornos en la marcha y equilibrio.(predisposición a las caídas).

Disminución del agua corporal por reducción de la ingesta.

Déficit de vitamina D por baja exposición al sol.

continuación

Enlentecimiento digestivo: constipación, disminución del peristaltismo y secreciones.

Pérdida de piezas dentarias: trastornos en la masticación.

Gastritis atrófica con disminución de absorción de vit.B12, ac.fólico, hierro, calcio y vit. D.

Disminución de la función renal.

Cambios funcionales del aparato cardiocirculatorio.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS: soledad, negatividad, depresión.

ASPECTOS SOCIALES: viudez, nido vacío, violencia, responsabilidades, demasiado vigilados.

REQUERIMIENTOS DIETÉTICOS DEL ADULTO MAYOR Y ANCIANO

PROGRAMAR DIETA CON LA MAYOR CANTIDAD DE NUTRIENTES EN MENOR CANTIDAD DE ALIMENTOS.

Requerimientos diarios:

Se aconseja(OMS):

Hombre: $13,5 \times$ peso en Kg + 987. Alrededor de 2000Kc por día.

Mujer: $10,5 \times$ peso en Kg + 596. Alrededor de 1600 a 1700Kc por día.

**Hidratos de carbono: 50 al 60% del aporte total de la dieta.
Cereales, vegetales de tipo C, lácteos, legumbres.**

**Grasas: 30 al 35% del aporte total de la dieta.
Ácidos mono y poliinsaturados.(oliva, maíz,
Pollo, pescado azul(atún , caballa, salmón).**

**Proteínas: 12 al 15% del aporte total de la dieta, 1-1,2 gramos / Kg de peso
Leche, huevos, soja, chía, carnes rojas blandas y/o picadas.**

Minerales: Calcio: 1200mg/día . Lácteos y derivados, vegetales de hoja verde.

Fósforo: Relación 1 Ca/ P. arroz, hígado, huevo ,fruta seca.

Hierro: 8mg /día. Huevos, espinaca, lenteja, coles, yema de huevo, pescado, carnes rojas.

Cinc, selenio, manganeso: con la dieta habitual.

Sodio: 2 a 3 g / día.

Fibra.

Agua: 30 a 35 ml por Kilocaloría ingerida.

QUÉ DIETA INDICARÍA PARA PACIENTE SANO MASCULINO DE 80 AÑOS CON PATOLOGÍA AGUDA?

- a) Vegana.
- b) Vegetariana.
- c) **Con: H. de carbono: 50 a 60%. Grasas: 30 a 35% con ácidos mono y poliinsaturados.
Proteínas: 12-15% de su peso. 1 a 1,2 gramos por kg de peso.**
- d) Ninguna de las anteriores.

Respuesta: c

El Paciente anciano

Sano

Enfermo

Frágil

Geriátrico

1



2



3



4



RELACIONE LA FIGURA DEL ANCIANO FRÁGIL CON EL DÍGITO CORRESPONDIENTE

Respuesta : 3

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE

Por favor, conteste al siguiente formulario escribiendo los datos que se le piden o señalando la opción correcta, cuando se le ofrecen varias.

Nombre y Apellidos

Edad ____ años

Fecha //

ALIMENTACIÓN respecto hace 1 mes:

- como más
- como igual
- como menos

Tipo de alimentos:

- dieta normal
- pocos sólidos
- sólo líquidos
- sólo preparados nutricionales
- muy poco
-
-

PESO actual _____kg

Peso hace 3 meses _____kg

ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes:

- normal
- menor de lo habitual
- sin ganas de nada
- paso más de la mitad del día

en cama o sentado

ENFERMEDADES:

Úlceras por presión: SÍ NO

ALBÚMINA antes de tratamiento oncológico:

_____ g/dl

PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico:

_____ mg/dl

DIFICULTADES PARA ALIMENTARSE:

- SÍ
- NO

Si la respuesta era SÍ, señale cuál / cuáles de los siguientes problemas presenta:

- falta de apetito
- ganas de vomitar
- vómitos
- estreñimiento
- diarrea
- olores desagradables
- los alimentos no tienen sabor
- sabores desagradables
- me siento lleno enseguida
- dificultad para tragar
- problemas dentales
- dolor. ¿Dónde? _____

-
- depresión
 - problemas económicos

- falta de apetito
 - ganas de vomitar
 - vómitos
 - estreñimiento
 - diarrea
 - olores desagradables
 - los alimentos no tienen sabor
 - sabores desagradables
 - me siento lleno enseguida
 - dificultad para tragar
 - problemas dentales
 - dolor. ¿Dónde? _____
-

- depresión
- problemas económicos

Edad _____ años

Fecha //

**Muchas gracias. A partir de aquí,
lo completará su Médico**

VALORACIÓN GLOBAL, teniendo en cuenta el formulario, señale lo que corresponda a cada dato clínico

DATO CLÍNICO A B C

Pérdida de peso <5% 5-10% **>10%**

Alimentación Normal deterioro leve -moderado deterioro grave

Impedimentos para ingesta NO leves –moderados graves

Deterioro de actividad NO leve –moderado grave

Edad 65 >65 >65

Úlceras por presión NO NO SÍ

Fiebre / corticoides NO leve / moderada elevada

Tto. antineoplásico bajo riesgo medio riesgo alto riesgo

Pérdida adiposa NO leve / moderada elevada

Pérdida muscular NO leve / moderada elevada

Edemas / ascitis NO leve / moderados importantes

Albúmina (previa al tto) >3,5 3'0 -3,5 **<3,0**

Prealbúmina (tras tto) >18 15 18 **<15**

VALORACIÓN GLOBAL,

A:

VALORACIÓN GLOBAL,

- A: buen estado nutricional
- B: malnutrición moderada o riesgo de malnutrición
- C: malnutrición grave

I FICHA NUTRICIONAL Historia Clínica N°:

Nombre y apellido:

DNI:

Dras Gaset, Margarita. Israel, A. Matilde
SMIBA

Diagnóstico de ingreso:

Señale lo positivo

Estado nutricional:

Impresión clínica: Muy buena:
 Buena:
 Regular:
 Mala:

Peso actual:

Peso ideal:

Medidas antropométricas:

Medida braquiotricipital:

Diámetro de pantorrillas:

Pliegue cutáneo:

Pérdidas por: evaluar cantidad

Diarrea:

Fístulas:

Quemaduras:

Sudoración profusa:

Exámenes complementarios:

Glucemia en ayunas:

Glucemia postprandial:

Hemograma:

Recuento linfocitario:

Proteínas totales en sangre:

Albúmina en sangre:

Enzimas hepáticas:

GPT:

GOAT:

Coagulograma:

KPTT:

T. de Quick:

Fibrinógeno:

Recuento de plaquetas:

Metabolismo lipídico:

colesterol total:

HDL:

Triglicéridos:

Calcemia:

Fosfatemia:

Urea en sangre:

Creatinina en sangre:

urea en orina:

Sodio en sangre:

Sodio en orina:

Potasio en sangre:

Potasio en orina:

Balance nitrogenado:

Proteinas (gr)

urea urinaria(gr)

$$\begin{array}{r} \text{Proteinas (gr)} \\ \hline 6.25 \end{array} - \begin{array}{r} \text{urea urinaria(gr)} \\ \hline 2 \end{array} + 4$$

Evaluar la gravedad según el peso y su seguimiento:

Leve: < al 5 % en los últimos 3 meses.

Moderado: entre 5 y 10 % en los últimos 3 meses.

Grave: más del 10 % en los últimos 3 meses.

