

Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”. Bayamo. Granma

SOBRE EL ESTADO DE LOS CUIDADOS NUTRICIONALES EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD GRANMENSE DE BAYAMO

Julia Matilde Pupo Jiménez¹, Eduardo Valdés Bencosme².

RESUMEN

Introducción: La tasa corriente de desnutrición en el Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” (Bayamo, Granma, Cuba) es del 44.2%. Esta tasa podría reflejar falencias y precariedades en la provisión de cuidados nutricionales al enfermo durante el ingreso. **Objetivo:** Describir el estado corriente de los cuidados nutricionales que se le ofrecen al enfermo atendido en el Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” (HGUCMC). **Locación de estudio:** Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes” (Bayamo, Granma, Cuba). **Serie de estudio:** Ochenta y seis pacientes (Hombres: 57.0 %; Edad promedio: 55.8 ± 15.9 años; Estadía hospitalaria promedio: 13.0 ± 14.6 días) ingresados en el hospital entre los meses de Septiembre y Diciembre del 2018 (ambos inclusive). **Métodos:** Las historias clínicas de los pacientes encuestados fueron auditadas en relación con el reconocimiento de la presencia de trastornos nutricionales en el enfermo, la conducción de ejercicios de evaluación nutricional, el uso de la vía oral para el sostén del estado nutricional, y la prescripción de terapias nutricionales (suplementación nutricional oral incluida). **Resultados:** El 23.3 % de los pacientes encuestados llenaba alguna de las 11 indicaciones para la implementación de un programa especificado de terapia nutricional (mediana de las observaciones; rango de las observaciones: 12.8 % – 46.5 %). Sin embargo, la tasa promedio de uso de las terapias nutricionales fue del 13.0 % (mediana de las observaciones; rango de las observaciones: 0.0 % – 62.5 %). **Conclusiones:** La cuarta parte de los pacientes ingresados en el HGUCMC llena alguna indicación para el uso de una terapia nutricional especificada. Sin embargo, apenas la décima parte de ellos se beneficia de las mismas terapias. Se requiere la definición e implementación de políticas nutricionales de alcance institucional para remediar las falencias encontradas. **Pupo Jiménez JM, Valdés Bencosme E. Sobre el estado de los cuidados nutricionales en un hospital general universitario de la ciudad granmense de Bayamo. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(1):104-114. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.**

Palabras clave: *Cuidados nutricionales / Apoyo nutricional / Terapia nutricional / Aseguramiento de la calidad / Auditoría.*

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesora Asistente. ² Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Recibido: 7 de Febrero del 2020. Aceptado: 11 de Marzo del 2020.

Julia Matilde Pupo Jiménez. Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Clínico-quirúrgico “Carlos Manuel de Céspedes”. Bayamo. Granma.

Correo electrónico: juliapupo.grm@infomed.sld.cu.

INTRODUCCIÓN

En un artículo acompañante se ha mostrado el estado corriente de la desnutrición en el Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”.¹ La tasa corriente de desnutrición hospitalaria (DH) es del 44.2 %, y supera en 6 puntos la estimada para todo el país.¹ De todos los predictores examinados, la DH solo se asoció con la estadía hospitalaria.¹ Asimismo, la DH se distribuyó de forma uniforme entre los distintos servicios y áreas hospitalarias de ingreso.¹

El estado corriente de la DH en la institución podría reflejar falencias y precariedades en la provisión de cuidados nutricionales al enfermo durante el ingreso hospitalario. En virtud de ello, se condujo una auditoría de los procesos hospitalarios de cuidados nutricionales cuyos resultados se muestran en este ensayo.

MATERIAL Y MÉTODO

Locación del estudio: Hospital General Universitario “Carlos Manuel Céspedes” (HGUCMC), Bayamo (Provincia Granma, Cuba). El HGUCMC cuenta con 437 camas y ejecuta entre 14,000 – 17,000 ingresos anuales.

Diseño del estudio: Transversal, analítico.

Serie de estudio: Las características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la presente serie de estudio han sido descritas anteriormente.¹ Brevemente, fueron encuestados 86 pacientes que se atendieron en los distintos servicios de la institución entre los meses de Septiembre del 2018 y Diciembre del 2018 (ambos inclusive). Tales pacientes representaron el 20.0 % de la dotación de camas del hospital.

Los hombres constituyeron el 57.0 % del tamaño de la serie de estudio. La edad promedio del enfermo fue de 55.8 ± 15.9 años. El 40.7 % de los pacientes tenía edades

≥ 60 años. El 80.0 % de los ingresos hospitalarios se concentraron en los servicios de Medicina Interna (27.9 % de la serie de estudio), Cirugía general (25.6 %) y Cuidados críticos (26.7 %). Las enfermedades del corazón y los grandes vasos (20.9 % de la serie de estudio), el cáncer (20.9 %), las enfermedades gastrointestinales (19.8 %), y las afecciones respiratorias (16.3 %) representaron el 77.9 % de los diagnósticos hechos en los enfermos. La estadía hospitalaria promedio fue de 13.0 ± 14.6 días.

Encuesta de Nutrición Hospitalaria:

Los cuidados alimentarios y nutricionales administrados a los pacientes durante la estadía hospitalaria fueron documentados mediante la Encuesta de Nutrición Hospitalaria (ENH). Las características operacionales de la ENH han sido descritas previamente.² Brevemente, la historia clínica del enfermo seleccionado para ser incluido en la presente serie de estudio fue escrutada para documentar la conducción y completamientos de ejercicios especificados de evaluación nutricional, el asentamiento del diagnóstico de desnutrición (si concurría en el enfermo) en la historia clínica, la patencia de la vía oral o, en caso contrario, las causas de la suspensión del uso de la misma; el uso oral de suplementos nutricionales; y la implementación y conducción de esquemas especificados de Nutrición artificial (Enteral/Parenteral).

Adicionalmente, la base de datos del Estudio de Desnutrición Hospitalaria (EDH) construida con las características demográficas, clínicas y sanitarias de los pacientes encuestados en el HGUCMC fue escrutada para identificar aquellos enfermos en los que se presentó alguna de 11 indicaciones diferentes de intervención nutricional, a saber:² Pacientes no desnutridos, pero con estrés moderado/elevado y/o ingresos disminuidos, Suspensión de la vía oral, Ayunos de 5 (o más) días de duración, Pérdida de peso

> 20%, Presencia de infección, Presencia de cáncer, Presencia de falla orgánica crónica, Puntajes (B + C) de la Encuesta Subjetiva Global (ESG) que se empleó como instrumento evaluativo del estado nutricional, Cirugía completada, *Status* post-operatorio (SPO) \geq 5 días en los pacientes operados; y Estadía hospitalaria \geq 15 días.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los valores corrientes de los indicadores de calidad del proceso en cuestión se estimaron de los datos anotados localmente en los formularios de la ENH. El valor estimado del indicador de calidad se contrastó con la especificación correspondiente, y se denotó el indicador como satisfactorio si el valor estimado era igual o mayor que la especificación pertinente*. Dada la naturaleza descriptiva de este estudio, no se aplicaron técnicas de inferencia estadística para evaluar la naturaleza de las asociaciones que pudieran sugerirse del examen de los hallazgos.

Consideraciones éticas: Debido a la naturaleza de esta investigación como una auditoría de procesos orientada a la historia clínica del enfermo, no se percibió que fuera necesario la obtención del consentimiento informado del paciente. No obstante, se hicieron las previsiones del caso para garantizar el anonimato, la discreción y la confidencialidad en el tratamiento estadístico-matemático de los datos recuperados de las historias clínicas de los pacientes encuestados.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los pacientes incluidos en la base de datos de la ENH que llenaron alguna indicación para el inicio de

* Los indicadores de calidad de los cuidados alimentarios y nutricionales se trazaron hasta las citas bibliográficas que establecían su pertinencia. Las citas se muestran en la referencia [2].

un esquema de apoyo nutricional. El 23.3 % de los pacientes encuestados fue incluido en alguna de las 11 indicaciones para la implementación de un programa especificado de terapia nutricional (mediana de las observaciones; rango de las observaciones: 12.8 % – 46.5 %). La presencia de infección (46.5 %), la calificación como “Desnutrido” después de la administración de la ESG (44.2 %), el completamiento del pan quirúrgico (27.9 %), la pérdida de peso > 20.0 % (26.7 %), y la estadía hospitalaria \geq 15 días (23.3 %) fueron las indicaciones más frecuentes de inicio de una terapia nutricional en la serie presente de estudio.

El EDH ha provisto estándares para la evaluación de los cuidados alimentarios y nutricionales que recibe el paciente durante la hospitalización en 4 dominios, a saber:² la evaluación nutricional del paciente, el uso de la vía oral y la suplementación oral, la Nutrición enteral, y la Nutrición parenteral. Cada uno de estos aspectos será examinado a continuación.

Sobre los ejercicios hospitalarios de evaluación nutricional

El registro regular y sistemático de las características antropométricas del paciente al ingreso en el centro, y mientras se prolongue el ingreso, implica la existencia de balanzas debidamente calibradas al alcance del mismo.³⁻⁴ Sin embargo, en el presente estudio, solo habían balanzas disponibles a menos de 50 metros del enfermo en el 22.1 % de las instancias.

Las historias clínicas auditadas tenían anotados los valores de la talla y el peso corporal del paciente en el momento del ingreso. En contraste con este hallazgo, en ninguna de las historias se había registrado el valor evolutivo del peso corporal, sobre todo, en aquellos pacientes con estadías \geq 15 días.

Tabla 1. Pacientes en la base de datos de la Encuesta de Nutrición Hospitalaria que llenaron alguna de las 10 indicaciones de apoyo nutricional. Los resultados en cada categoría se presentan como el número de enfermos, junto con los porcentajes respecto del tamaño muestral.

Categoría	Hallazgos
Pacientes no desnutridos, pero con estrés moderado/elevado y/o ingresos alimentarios disminuidos	12 [13.9]
Suspensión de la vía oral	11 [12.8]
Ayunos de 5 (o más) días de duración	17 [19.8]
Pérdida de peso > 20%	23 [26.7]
Presencia de infección	40 [46.5]
Presencia de cáncer	17 [19.8]
Presencia de falla orgánica crónica	13 § [15.1]
Puntajes B/C de la ESG	38 [44.2]
Cirugía completada	24 [27.9]
• En los pacientes operados: SPO ≥ 5 días	8 [33.3] ¶
Estadía hospitalaria ≥ 15 días	20 [23.3]

§ Se incluyen los casos de falla renal, hepática, cardíaca y respiratoria.

¶ Proporción calculada respecto de los 24 pacientes en los que se completó el plan quirúrgico.

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 86.

La desnutrición energético-nutricional (DEN) debe incluirse en la lista de problemas de salud del enfermo si ésta estuviera presente. En tal sentido, y a pesar de que la administración de la ESG reveló que casi la mitad de los pacientes encuestados estaba desnutrida, en ninguna de las historias clínicas auditadas se encontró el diagnóstico de DEN. Es más: en solo el 4.7 % de las historias clínicas existía alguna referencia al estado nutricional del paciente.

Se ha propuesto que en todo paciente hospitalizado se determinen la albúmina sérica y los conteos totales de linfocitos (CTL) como indicadores del estado nutricional que han sido avalados por la práctica clínica.⁵⁻⁶ La albúmina sérica sirve para evaluar la tasa hepática de síntesis de proteínas plasmáticas. La existencia de estados de hipoalbuminemia habla por consiguiente de la deprivación de proteínas de alto valor biológico en la dieta regular del enfermo.⁷

Por su parte, el CTL se ha tenido como un indicador primario de la competencia inmune del sujeto. Los estados de linfopenia apuntarían hacia la inmunodepresión y la inmunosupresión.⁸⁻¹⁰

En tal sentido, la auditoria completada por los autores reveló que las cifras basales (léase también al ingreso) de la albúmina sérica estaban anotadas en el 75.6 % de las historias clínicas. Por su parte, los CTL basales estaban registrados en el 96.5 % de las instancias. No obstante, en ninguna de las historias clínicas se encontraron los valores prospectivos de estos indicadores bioquímicos, en particular en aquellos enfermos con 15 (o más) días de hospitalización.

Tabla 2. Estado de los estándares descriptivos de los procesos auditados de cuidados nutricionales del paciente hospitalizado.

Estándar	Valor corriente del indicador
Estándar 1. Respecto de la evaluación nutricional del paciente:	
• Deben existir balanzas a menos de 50 metros de la cama del paciente	22.1
• El paciente debe ser tallado y pesado en el momento del ingreso institucional	100.0
• En todo paciente con 15 días (o más) de estadía institucional: Debe registrarse periódicamente el peso del paciente. Se recomienda una frecuencia semanal de registro	0.0
• Si está presente: Debe documentarse en la Historia Clínica del paciente el diagnóstico de desnutrición en cualquier momento dentro de las primeras 72 horas siguientes al ingreso institucional	0.0
• Deben estar registrados en la Historia Clínica del paciente los valores (iniciales) de Albúmina sérica en cualquier momento dentro de las primeras 72 horas siguientes al ingreso institucional	75.6
• Deben estar registrados en la Historia Clínica del paciente los Conteos Totales (iniciales) de Linfocitos en cualquier momento dentro de las primeras 72 horas siguientes al ingreso institucional	96.5
• En todo paciente con 15 días (o más) de estadía institucional: Deben registrarse periódicamente los valores de la Albúmina sérica. Se recomienda una frecuencia quincenal de monitoreo	0.0
• En todo paciente con 15 días (o más) de estadía institucional: Deben registrarse periódicamente los Conteos Totales de Linfocitos. Se recomienda una frecuencia semanal de monitoreo	0.0
Estándar 2. Respecto de las indicaciones dietoterapéuticas hechas al paciente: La dieta prescrita al paciente debe corresponderse con la condición actual de salud, y estar en capacidad de satisfacer las necesidades nutrimentales que estén incrementadas por situaciones concurrentes de estrés metabólico	<i>No evaluado</i>
Estándar 3. Respecto del uso de suplementos nutricionales orales:	
• Pacientes no desnutridos, pero que reciben suplementación nutricional para sostener el estado nutricional debido a: Estrés metabólico moderado/elevado, Ingresos dietéticos disminuidos	6.5

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 86.

Sobre la prescripción dietética hospitalaria

Durante la estadía hospitalaria, el paciente debe recibir una dieta suficiente nutricional, a la vez que variada, equilibrada, inocua y palatable.¹¹⁻¹² Se tienen evidencias sobre las distintas falencias que afectan al proceso de la prescripción

dietética hospitalaria.¹³⁻¹⁴ Sin embargo, la auditoria hecha como parte del EDH no incluyó el dominio de la prescripción dietética hospitalaria. No obstante, se ha de mencionar que el 87.2% de los pacientes encuestados se alimentaba por vía oral en el momento de la encuesta.

Tabla 2. Estado de los estándares descriptivos de los procesos auditados de cuidados nutricionales del paciente hospitalizado (Continuación).

Estándar	Valor corriente del indicador
Estándar 4. Respecto de la necesidad de intervención nutricional:	
• Pacientes con vía oral suspendida en el momento de la ENH que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	18.2
• Pacientes con ayuno ≥ 5 días que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	29.4
• Pacientes con pérdida de peso $\geq 20\%$ que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	13.0
• Pacientes con diagnóstico de infección que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	10.0
• Pacientes con diagnóstico de cáncer que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	11.8
• Pacientes con diagnóstico de enfermedad orgánica crónica (cardíaca/renal/respiratoria/hepática) que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	0.0
• Pacientes con un programa quirúrgico completado que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	25.0
• <i>De ellos:</i> Pacientes con ≥ 5 días de realizada una operación quirúrgica que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	62.5
• Pacientes con ≥ 15 días de estadía hospitalaria que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	10.0
• Pacientes con puntajes B/C después de aplicada la ESG que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral)	15.8

Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie: 86.

Sobre la suplementación nutricional oral

El EDH completado en el HGUCMC reveló la presencia de pacientes no desnutridos en los que concurrían ingresos dietéticos disminuidos y/o estrés metabólico en grado variable asociado/secundario al problema de salud que motivó el ingreso hospitalario. Esta subpoblación de enfermos fue “pequeña”, y solo representó el 13.9 % de los pacientes encuestados. Estos pacientes podrían beneficiarse de la suplementación de la figura dietética prescrita con preparaciones genéricas de nutrientes

enterales.¹⁵ Sin embargo, solo el 6.5 % de los enfermos incluidos en esta categoría recibía algún tipo de suplemento.

Sobre la nutrición artificial hospitalaria

Se reconocen varias indicaciones para el inicio de una terapia nutricional especificada en los pacientes hospitalizados.² Se esperaría que el 90.0 % (o más) de los pacientes que llenara tal indicación reciba tal terapia.² De acuerdo con los resultados encontrados en el presente estudio, la tasa promedio de uso de las terapias nutricionales

fue del 13.0 % (mediana de las observaciones; rango de las observaciones: 0.0 % – 29.4 %). Desagregada según la indicación presente para el inicio de la terapia nutricional, la tasa de uso de las mismas fue como sigue (en orden descendente): *Ayuno* ≥ 5 días: 29.4 %; *Cirugía completada*: 25.0 %; *Vía oral suspendida*: 18.2 %; *Puntajes (B + C) de la ESG*: 15.8 %; *Pérdida de peso* ≥ 20.0 %: 13.0 %; *Presencia de cáncer*: 11.8 %; *Presencia de infección*: 10.0 %; *Estadía hospitalaria* ≥ 15.0 días: 10.0 %; y *Presencia de enfermedad orgánica crónica*: 0.0 %; respectivamente. Se ha de destacar que el 62.5 % de los pacientes que acumulaban ≥ 5 días de evolución después de completada la cirugía propuesta estaba sujeto a terapia nutricional. Durante la auditoria solo se encontraron 2 (2.3 % del tamaño de la serie de estudio) esquemas de NE, y otros 4 (4.6 %) de NP.

DISCUSIÓN

Este trabajo expande y complementa los resultados del EDH conducido en el HGUCMC¹ al presentar el estado corriente de los cuidados nutricionales que se le ofrecen al enfermo durante la hospitalización. La cuarta parte de los enfermos encuestados (quienes a su vez representaron la quinta parte de la dotación hospitalaria de camas) llenaba alguna de cualquiera de 11 indicaciones que se reconocen clásicamente para la implementación de un esquema especificado de terapia nutricional. Sin embargo, solo poco más de la décima parte de ellos estaba sujeto a nutrición artificial (sea ésta enteral y/o parenteral). De hecho, el número de esquemas de nutrición artificial implementados corrientemente en el HGUCMC fue apenas del 5.0 %.

El presente trabajo confirma los hallazgos del EDH conducido en los hospitales del país en ocasión del Estudio

ELAN Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria.¹⁶⁻¹⁷ La mayoría de los pacientes hospitalizados es capaz de sostener efectivamente el estado nutricional mediante el consumo de alimentos por vía oral por el tiempo que se prolongue la hospitalización, lo que haría de la prescripción dietética la principal intervención nutricional en un centro de salud.^{11-12,18}

Habiendo dicho lo anterior, un número “pequeño”[†] (y por ello, “manejable”[‡]) de los enfermos que se alimentan por vía oral se beneficiaría adicionalmente mediante la suplementación con nutrientes de características generales que aporten cantidades adicionales de energía y nitrógeno proteico junto con micronutrientes selectos tales como el hierro, el zinc, el cobre, el selenio y el ácido fólico.¹⁹

En contraste con la mayoría descrita más arriba, en todo hospital se pueden reconocer “bolsones” de pacientes en riesgo de desnutrición debido a causas diversas que recorren desde el impacto nutricional de la enfermedad de base hasta las prácticas culturales que le impiden al enfermo sostener el estado nutricional, entre ellas, la suspensión repetida de la vía oral y los ayunos frecuentes y/o prolongados. Los estudios son consistentes en que, a pesar del tamaño de los mismos[§], estos subgrupos se encuentran dispersos en toda la geografía hospitalaria.²⁰ Se ha de hacer notar que en este estudio los servicios de Cirugía General y Cuidados Intensivos concentraron a la

[†] En este estudio estos pacientes representaron el 13.0 % del tamaño de la serie de estudio.

[‡] La suplementación oral se podría considerar una práctica costo-efectiva de intervención nutricional en el hospital que se revertiría en ahorros fiscales importantes y una tasa superior de éxitos a una fracción del costo del suplemento. Para más detalles: Consulte: Referencia [21].

[§] Por “pequeño” se quiere decir que el número de pacientes que pueda necesitar terapia nutricional durante la estancia en el hospital puede representar entre el 5.0 – 10.0 % de los ingresos hospitalarios anuales. Para más detalles: Consulte: Referencia [2].

mitad de los enfermos desnutridos, los que los convierte en áreas de alto riesgo nutricional.

La desnutrición en los pacientes hospitalizados puede tener repercusiones de todo tipo en la respuesta al tratamiento médico-quirúrgico instalado²²⁻²³ y la gestión sanitaria.²⁴⁻²⁵ De forma complementaria, las intervenciones nutricionales pueden mejorar la respuesta terapéutica, y con ello, impactar positivamente en los costos de la atención médica, y la calidad percibida de la misma por el paciente y los familiares.²⁶⁻²⁷ Aun así, llama la atención la pervivencia de las elevadas tasas de DH, el impacto negativo de la misma en los presupuestos hospitalarios, y el poco éxito logrado en la contención primero, y la reversión después, de este problema de salud.

Lo anteriormente dicho reflejaría, en parte, la ausencia de un enfoque integrado en el tratamiento de la DH que se traslade, por un lado, a una política institucional orientada al reconocimiento, identificación, intervención y eventualmente la prevención de la misma; y por el otro, a la construcción de una organización hospitalaria que se ocupe de la implementación, conducción y gestión de dicha política y, de esta manera, el aseguramiento continuo de los cuidados nutricionales entre el hospital y el hogar del enfermo durante los diferentes estadios de la actuación médico-quirúrgica.²⁸ Por otro lado, la pervivencia de la DH a pesar de los esfuerzos emprendidos para la contención de la misma también hablaría de una cultura hospitalaria que no reconoce a los cuidados nutricionales como parte indisoluble de la seguridad hospitalaria,²⁹ un derecho humano inalienable del enfermo,³⁰ y una poderosa herramienta de intervención médica, sanitaria y económica.³¹

CONCLUSIONES

La cuarta parte de los pacientes hospitalizados en el HGUCMC llena alguna indicación para el inicio de terapia nutricional. Sin embargo, solo poco más de la décima parte de ellos es sujeto de algún esquema especificado de nutrición artificial (sea éste enteral y/o parenteral). La tasa corriente de uso de la nutrición artificial fue apenas del 5.0 % de la población hospitalaria encuestada.

Futuras extensiones

Futuras investigaciones deben servir para documentar el estado actual de la prescripción dietética en el HGUCMC. Estudios completados en otros hospitales del país han revelado que la figura dietética que se le prescribe al paciente no informa ni sobre la composición nutrimental de la misma, ni sobre la textura y la consistencia de los alimentos a servir.¹³⁻¹⁴

Asimismo, futuras investigaciones se deben orientar también a documentar las características de los esquemas hospitalarios de terapia nutricional que se encuentran instalados corrientemente en los pacientes. Los esquemas de terapia nutricional que se conducen en los hospitales de Cuba se caracterizan por el bajo componente tecnológico incorporado dentro de los mismos.³²

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Julia Matilde Pupo Jiménez y Eduardo Valdés Bencosme contribuyeron a partes iguales en el diseño de la investigación reseñada en este trabajo, la conducción de las tareas prescritas, el procesamiento de los datos, el análisis de los resultados, y la redacción del ensayo con las conclusiones.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por la ayuda brindada en la redacción de este ensayo.

SUMMARY

Rationale: Current malnutrition rate in the “Carlos Manuel de Céspedes” General University Hospital (Bayamo city, Province of Granma, Cuba) is 44.2 %. This rate could reflect failures and vulnerabilities in the provision of nutritional care to the patient during hospitalization. **Objective:** To describe the state of nutritional care currently provided to the patient assisted in the “Carlos Manuel de Céspedes” General University Hospital (HGUCMC). **Study location:** “Carlos Manuel de Céspedes” General University Hospital (Bayamo city, Province of Granma, Cuba). **Study serie:** Eighty-six patients (Males: 57.0 %; Average age: 55.8 ± 15.9 years; Average hospital length: 13.0 ± 14.6 days) admitted to the hospital between the months of September and December of 2018 (both included). **Methods:** Clinical charts of the surveyed patients were audited regarding the recognition of the presence of nutritional disorders in the patient, the conduction of hospital exercises of nutritional assessment, use of the oral route for sustaining nutritional status, and prescription of nutritional therapies (oral nutritional supplementation included). **Results:** Twenty-three-point-three percent of the surveyed patients filled any of 11 indications for a specified nutritional therapy program (median of the observations; range of observations: 12.8 % – 46.5 %). However, average rate of usage of nutritional therapies was 13.0 % (median of the observations; range of observations: 0.0 % – 62.5 %). **Conclusions:** A quarter of the patients admitted to the HGUCMC fills an indication for the use of a specified nutritional therapy. However, barely a tenth of them benefits of such therapies. Definition and implementation of nutritional therapies of institutional reach are required in order to remedy the observed failures. **Pupo Jiménez JM, Valdés Bencosme**

E. On the state of nutritional care in a university general hospital of the Granma city of Bayamo. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(1):104-114. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Nutritional care / Nutritional support / Nutritional therapy / Quality assessment / Audit.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pupo Jiménez JM, Valdés Bencosme E. Sobre el estado de los cuidados nutricionales en un hospital general universitario de la ciudad granmense de Bayamo. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30:91-103.
2. Santana Porbén S, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients- Results from The ELAN-Cuba Study. Clin Nutr 2006;25:1015-29.
3. Espinosa Borrás A, Martínez González C, Barreto Penié J, Santana Porbén S. Esquema para la evaluación antropométrica del paciente hospitalizado. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2007;17:72-89.
4. Waitzberg DL, Correia MITD. Nutritional assessment in the hospitalized patient. Curr Op Clin Nutr Metab Care 2003;6:531-8.
5. Santana Porbén S. Evaluación bioquímica del estado nutricional del paciente hospitalizado. Nutrición Clínica [México] 2003;6:293-311.
6. Selberg O, Sel S. The adjunctive value of routine biochemistry in nutritional assessment of hospitalized patients. Clin Nutr 2001;20:477-85.
7. Kudsk KA, Tolley EA, DeWitt RC, Janu PG, Blackwell AP, Yeary S, King BK. Preoperative albumin and surgical site identify surgical risk for major

- postoperative complications. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2003;27:1-9.
8. O'Daly BJ, Walsh JC, Quinlan JF, Falk GA, Stapleton R, Quinlan WR, O'Rourke SK. Serum albumin and total lymphocyte count as predictors of outcome in hip fractures. *Clin Nutr* 2010;29:89-93.
 9. Rocha NP, Fortes RC. Total lymphocyte count and serum albumin as predictors of nutritional risk in surgical patients. *ABCD Arq Bras Cir Dig [São Paulo]* 2015;28:193-6.
 10. De Ulíbarri JI, González Madroño A, de Villar NG, González P, González B, Mancha A; *et al.* CONUT: A tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005; 20:38-45.
 11. Iff S, Leuenberger M, Rösch S, Knecht G, Tanner B, Stanga Z. Meeting the nutritional requirements of hospitalized patients: An interdisciplinary approach to hospital catering. *Clin Nutr* 2008;27: 800-5.
 12. Díaz Lorenzo T, Cardona Gálvez M. Las Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos en el hospital. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:162-83.
 13. Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. Estado de la prescripción dietética en los hospitales cubanos. ¿A cada quién según sus necesidades? *Publicación científica RNC dedicada a la Nutrición Clínica* 2009;18:69-84.
 14. Garcés García-Espinosa L, Santana Porbén S, Barreto Penié J, Gutiérrez Rojas AR, Argüelles Barreto D, Díaz Hernández JM; *et al.* Estado de la prescripción dietética en un hospital clínico quirúrgico terciario. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:228-45.
 15. Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, Stryckman B, Goldman DP. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. *Am J Managed Care* 2013;19:121-8.
 16. Barreto Penié J; for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005;21:487-97.
 17. Santana Porbén S. Estado de la desnutrición en los hospitales de Cuba: Una actualización necesaria. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2015;31:1900-9. Reimpreso en: *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:356-70.
 18. Pouillart PR, Gidoín-Dewulf E, Foissy C, Joubert E, Thieulent M, Compère O, Bendjaballah S. The role of cooking for hospital food service in cancer care-units: Nutrition is a supportive care while cooking appears to be a prescription. *J Cancer Ther* 2016;7:352-352. Disponible en: <http://doi:10.4236/jct.2016.75038>. Fecha de última visita: 17 de Junio del 2019.
 19. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev* 2012;11: 278-96.
 20. Anthony PS. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutr Clin Pract* 2008;23:373-82.
 21. Tapenden KA. The value of nutrition intervention. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2013;37:160.
 22. van Tonder E, Gardner L, Cressey S, Tydeman-Edwards R, Gerber K. Adult malnutrition: Prevalence and use of nutrition-related quality indicators in South African public-sector hospitals. *South Afr J Clin Nutr* 2019;32:1-7.
 23. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: Prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environm Res Public Health* 2011;8:514-27.

24. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazare M, Pereira NS. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clin Nutr* 2007;26:778-84.
25. Freijer K, Tan SS, Koopmanschap MA, Meijers JMM, Halfens RJG, Nuijten MJC. The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr* 2013;32:136-41.
26. Laur C, McCullough J, Davidson B, Keller H. Becoming food aware in hospital: A narrative review to advance the culture of nutrition care in hospitals. *Healthcare* 2015;3:393-407.
27. Laur C, Keller HH. Implementing best practice in hospital multidisciplinary nutritional care: An example of using the knowledge-to-action process for a research program. *J Multidisciplinary Healthcare* 2015;8:463-463. Disponible en: <http://doi:10.2147/JMDH.S93103>. Fecha de última visita: 8 de Junio del 2019.
28. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2013;37:482-97.
29. Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, Correia MITD, Ochoa JB, Ferreira AM, Texeira MA, Arenas-Moya D, Arenas-Márquez H, León-Sanz M, Rodríguez- Veintimilla D. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2019;36:974-80. Disponible en: <http://doi:http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>. Fecha de última visita: 17 de Noviembre del 2019.
30. Garcés García-Espinosa L, Santana Porbén S. La desnutrición hospitalaria: La pieza perdida dentro del rompecabezas de la seguridad hospitalaria. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2019;29:410-25.
31. Santana Porbén S. La desnutrición hospitalaria: ¿Mal inherente a los sistemas actuales de salud, y/o próximo reto a vencer? *Publicación científica RNC dedicada a la Nutrición clínica* 2009;18:5-17.
32. Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. *La Nutrición Artificial en los hospitales de Cuba. Una actualización. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:384-93.