

Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. La Habana

SOBRE EL ESTADO DE LOS GRUPOS DE APOYO NUTRICIONAL EN LOS HOSPITALES DE CUBA

Sergio Santana Porbén¹.

RESUMEN

Introducción: La intervención de la desnutrición hospitalaria (DH) y la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al enfermo conllevan la inceptión y gestión de una organización multi-, inter- y transdisciplinaria dedicada exclusivamente a tales fines. El grupo de apoyo nutricional ha sido propuesto como tal organización. **Objetivo:** Presentar el estado corriente de los GAN que operan en los hospitales de Cuba. **Diseño del estudio:** Encuesta multicéntrica, transversal. **Métodos:** Se identificaron 11 hospitales que cuentan con un GAN. Los gestores del GAN respondieron una encuesta de 12 ítems sobre la estructura del grupo, los procesos implementados para la prestación de cuidados alimentarios y nutricionales, y los resultados del GAN en las esferas asistencial, docente e investigativa. **Resultados:** El GAN está compuesto (como promedio) por 5 especialistas. El 47.5 % de estos especialistas trabajan en el GAN con dedicación exclusiva, y el 48.5 % declaró haber completado distintas formas de capacitación en temas de Alimentación y Nutrición. El 81.8 % de los GAN encuestados está encabezado por un médico. El 72.7 % de los grupos dispone de un local propio. El 81.8 % tiene conexión a la red INFOMED, mientras que un 72.7 % cuenta con conexión propia a INTERNET. El 90.9 % de los GAN tiene instalado servicio de telefonía local y larga distancia nacional (LDN), y el 81.8 % cuenta con un buzón de correo electrónico. El 90.9 % de los GAN encuestados cuentan con un protocolo/guía/manual para el diagnóstico/seguimiento/intervención de los pacientes, así como con archivos y gabinetes para el almacenamiento/conservación de las historias clínicas de los pacientes vistos por el grupo. El 54.5 % de los grupos cuenta con una base de datos computarizada para el registro de los datos colectados durante la intervención nutricional en el enfermo, y las incidencias relativas a la misma. El 90.9 % de los GAN encuestados conduce un programa de alcance institucional de educación continuada y capacitación en Nutrición clínica y hospitalaria. Los GAN encuestados han atendido el 26.7 % de los ingresos hospitalarios reportados en el último año de actividades. La tasa de administración de los distintos ejercicios de la actuación nutricional fue como sigue: *Evaluación nutricional:* 93.5 %; *Prescripción dietética:* 27.6 %; *Suplementación vitamino-mineral:* 44.2 %; *Nutrición enteral:* 17.3 %; y *Nutrición parenteral:* 8.5 %; respectivamente. Las enfermedades respiratorias (12.1 % de los pacientes atendidos), los tumores malignos (26.0 %), y las enfermedades del Sistema Nervioso Central (10.0 %) fueron las 3 primeras causas de la actuación del GAN. La actuación del GAN fue menor en las enfermedades del corazón y los grandes vasos (16.1 %), la Diabetes mellitus (10.7 %) y el politraumatismo de elevada complejidad (3.3 %) que emergieron como las tres primeras causas de mortalidad dentro de la serie de estudio. La publicación de las experiencias y los saberes acumulados en el desempeño de los GAN hospitalarios es desigual de institución a institución. **Conclusiones:** La extensión, magnitud, ramificaciones y repercusiones de la DH obliga a la

¹ Médico, Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Profesor Asistente. Máster en Nutrición en Salud Pública.

Recibido: 5 de Febrero del 2020. Aceptado: 10 de Marzo del 2020.

Sergio Santana Porbén. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. Calle 17 esquina a Calle 2. Vedado. Municipio Plaza. La Habana.

Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu.

iniciación y la gestión de organizaciones institucionales capaces de lidiar efectivamente con la misma. La estructura técnica y documental del GAN hospitalario debe mejorarse para absorber una cuota mayor de asistencia. La adopción de alianzas con actores extrahospitalarios también servirá para que el GAN hospitalario alcance mayores cotas de efectividad asistencial. Se debe promover a la vez que proteger la labor investigativa de los GAN hospitalarios. *Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. Sobre el estado de los grupos de apoyo nutricional en los hospitales de Cuba. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(1):174-194. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Palabras clave: Desnutrición hospitalaria / Grupo de apoyo nutricional / Apoyo nutricional / Estructura / Procesos / Resultados / Impacto / Investigación.

INTRODUCCIÓN

Las acciones de control y aseguramiento de la calidad de los cuidados alimentarios y nutricionales que se le brindan al enfermo se han enfocado, bien al resultado final del proceso pertinente mediante la realización de inspecciones, o bien al propio proceso a través de auditorías.¹ No obstante, las exigencias actuales de la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales obligan a trascender lo que sería visto como el modelo clásico de evaluación * de la calidad mediante la inspección del bien | producto | servicio para asumir la evaluación integral de la organización que brinda tales cuidados donde se incluya también la estructura que la soporta, las competencias del recurso humano contenido dentro de ella, y el impacto sobre el entorno en que opera. En virtud de lo anteriormente expuesto, la evaluación integral de la organización hospitalaria proveedora de los cuidados alimentarios y nutricionales implica la definición de los correspondientes estándares de calidad, así como las especificaciones y los indicadores para cada elemento constituyente de la organización.

* Evaluación: Acción y efecto de evaluar. Estimar | apreciar el valor de las cosas no materiales. Fuente: Enciclopedia SALVAT. SALVAT SA. Barcelona: 1962.

Del modelo de producción de la calidad

Para que sea efectiva la producción de bienes y/o la oferta de servicios[†], una organización[‡] requiere de 3 elementos interrelacionados y ordenados jerárquicamente: estructura, proceso, y resultado; tal y como se muestra en la Figura 1. La estructura[§] ocupa el escalón inferior del modelo por cuanto determina la “envoltura” y los contenidos de los procesos propios de la actividad productiva. La estructura implica la instalación civil que acoge la organización especificada, y el equipamiento colocado. Asimismo, la estructura contempla el personal que opera la organización, junto con los presupuestos correspondientes.

† Servicio: Acción y efecto de servir. Utilidad o provecho que resulta a uno de lo que otro ejecuta en atención suya. Fuente: Enciclopedia SALVAT. SALVAT SA. Barcelona: 1962.

‡ Organización: Conjunto de elementos que interactúan entre sí con la intención de cumplir un propósito. Los elementos que componen la organización se relacionan entre sí a través de/mediante la función administrativa, que es la que transforma los esfuerzos humanos y los recursos materiales en bienes y servicios que, a su vez, son producidos/tienen como fin cubrir las necesidades de los consumidores. Fuente: Dressler G. Organización y administración. Enfoque situacional. Prentice-Hall. New York: 1976.

§ Estructura: Forma y disposición de, e interrelación entre, las partes que constituyen una organización. Fuente: Dressler G. Organización y administración. Enfoque situacional. Prentice-Hall. New York: 1976.

Figura 1. Modelo de interpretación del diseño de una organización hospitalaria dedicada a la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al enfermo.



Fuente: Referencia [1].

Sobre la estructura así definida se superponen los procesos** que se conducen dentro de la organización, y que resultan en los bienes | productos | servicios anticipados de acuerdo con las misiones y los encargos sociales de la misma ††. La correcta conducción de las acciones prescritas en los correspondientes procesos debe resultar en el

** Proceso: Actividad estructurada que convierte una indicación/orden (entrada) en un bien | servicio | producto (salida) mediante la ejecución de una secuencia de acciones especificadas, y el consumo de recursos | insumos, horas-hombre incluidas. Fuente: Referencia [1].

†† Organización = Estructura + Procesos.

aseguramiento de una tasa “elevada” de éxitos, junto con niveles disminuidos de errores | incidentes | no conformidades.

Es inmediatamente obvio que una organización se distinguirá entonces por los resultados †† de su quehacer, sean éstos tangibles o no. Los resultados obtenidos representan, en última instancia, la cara visible de la existencia y actuación de la

†† Resultado: Acción y efecto de resultar. Efecto y consecuencia de un hecho u operación. Nacer, originarse, proceder una cosa de otra. En la literatura anglosajona: *Outputs*. Fuente: **Bruns DE**. Laboratory-related outcomes in healthcare. Clin Chem 2001;47:1547-52.

organización en cuestión, y el aspecto primero por el cual será valorada | apreciada | evaluada | juzgada.

Finalmente, toda organización con su actuación tiende a modificar el entorno dentro del cual se inserta. El término “impacto”^{§§} se utilizaría entonces para designar el cambio supraestructural (léase cultural) que la organización ejerce sobre los diferentes estamentos de la sociedad.

De las organizaciones hospitalarias para la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales

La desnutrición suele afectar entre la tercera parte y la mitad de los enfermos atendidos en un hospital.²⁻³ Las causas de este problema (que ya se ha hecho global) de salud suelen ser múltiples, y recorren tanto desde la respuesta del sujeto a la enfermedad y la terapéutica instalada, hasta las prácticas culturales que adoptan los grupos básicos de trabajo de la institución durante la estancia del enfermo en el centro asistencial.⁴ En este punto, no se debe pasar por alto el desconocimiento que los grupos básicos de trabajo exhiben en temas aunque sea esenciales de alimentación y nutrición como el elemento más influyente en el presente estado de las cosas.⁵

Dada la magnitud y las repercusiones que tiene para la vida del enfermo y la gestión sanitaria, la desnutrición hospitalaria (DH) solo puede ser enfrentada efectivamente mediante organizaciones de naturaleza multi-, inter-, y trans-disciplinario que se verticalicen en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al enfermo a lo largo del tránsito por las distintas etapas del tratamiento médico-

quirúrgico.⁶ Tales organizaciones deben estar definidas en el organigrama hospitalario, ocupar un lugar físico dentro del centro, estar integradas por personal competente y entrenado, y contar con los insumos y los presupuestos requeridos para su operación.⁶ Asimismo, estas organizaciones deberán encargarse de conducir los procesos propios de los cuidados alimentarios y nutricionales, desde la evaluación del estado nutricional hasta la implementación, conducción y gestión de esquemas de nutrición artificial, e incluyendo la prescripción dietética, la suplementación vitamino-mineral, y la nutrición enteral volitiva.⁷

Encima de estas misiones y encargos asistencialistas, las organizaciones hospitalarias que se dediquen a la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales también deben asumir tareas docentes y educativas, e investigativas, orientadas las primeras a difundir entre los grupos básicos de trabajo las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición” del enfermo; y catalogar, documentar, diseminar y gestionar la experiencia que se acumule en la identificación, tratamiento, y prevención en última instancia de la desnutrición hospitalaria las segundas.⁷

Las distintas organizaciones hospitalarias que se han propuesto para la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al enfermo han sido discutidas previamente.⁶ En todo momento estas formas deben examinarse como hitos en el desarrollo de las disciplinas de Nutrición clínica y hospitalaria y el conocimiento de la ontogenia y la filogenia de la desnutrición hospitalaria.⁶

§§ Impacto: Beneficios en términos de cuidados de salud. En la literatura anglosajona: *Outcomes*. Fuente: **Bruns DE.** Laboratory-related outcomes in healthcare. Clin Chem 2001;47:1547-52.

De la evaluación de la organización hospitalaria creada para la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales

Se ha hecho natural que la actividad de una organización sea evaluada de los resultados que ésta emite (sean los mismos productos, bienes o servicios) mediante los métodos tradicionales de control de la calidad.¹ Obviamente, los resultados de estas organizaciones constituyen la evidencia primera de la actividad de las mismas por las cuales son juzgadas por terceras partes.

Las presiones administrativas, fiscales y políticas que se ejercen hoy en día sobre los sistemas de salud han justificado trascender los objetivos de la inspección de los resultados de la actividad de una organización para ocuparse de la forma en que se conducen los procesos hospitalarios relativos a la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales mediante la realización de auditorias.⁸⁻¹⁰

Las estructuras de las organizaciones, y en particular, las competencias del personal que provee los cuidados alimentarios y nutricionales, también han sido abiertas al escrutinio por terceras partes. El conocimiento del personal médico y paramédico en temas de Alimentación y Nutrición, y su influencia sobre la forma en que se conducen en una institución especificada los cuidados alimentarios y nutricionales, parece ser el determinante principal de la calidad de los resultados de la organización.¹¹⁻¹³ En efecto, la concurrencia de desviaciones significativas de los procesos auditados respecto de las “Buenas Prácticas” junto con conocimientos insuficientes en los temas examinados de Alimentación y Nutrición pudiera explicar (en parte) la invarianza de las tasas de prevalencia de la desnutrición hospitalaria en todo el mundo,^{4,14} y apuntaría hacia la necesidad de definir contenidos y competencias mínimamente requeridos para

el desempeño adecuado de los prestadores de tales cuidados al enfermo.¹⁵⁻¹⁶

Luego, a los fines de la evaluación integral de una organización verticalizada en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales, se deben incluir también las herramientas requeridas para establecer la calificación teórica y práctica de los prestadores de los cuidados. Igualmente, hoy también se ha recomendado que se documente y evalúe en qué medida los insumos, los presupuestos de operación, y la dotación tecnológica aseguran la realización de los beneficios implícitos en la operación de la organización hospitalaria verticalizada en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales.

En el caso que ocupa el presente artículo, cualquier organización hospitalaria dedicada a la provisión de cuidados nutricionales debiera producir un cambio positivo y duradero en las prácticas culturales hospitalarias de magnitud tal que se acompañara de una reducción significativa de la tasa hospitalaria de desnutrición. Por lo tanto, en el sistema de evaluación de las organizaciones hospitalarias se deberían incorporar las herramientas que permitan medir tal impacto.

El impacto de la organización hospitalaria no se limita solo al dominio asistencialista de actuación, y se extiende igualmente a la docencia, la investigación y la producción literaria científica.¹⁷ Por consiguiente, el impacto de la organización hospitalaria en tales dominios también debe ser objeto de evaluación.

Antecedentes y objetivos de la presente investigación

La Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo (SCNCM) condujo en el 2011 un Taller de Expertos dedicados a presentar el estado de la red de grupos dedicados a la provisión de apoyo nutricional en los hospitales de Cuba

construida al amparo del Proyecto Ramal número M982012 titulado “Creación y Puesta en Funcionamiento de los Grupos de Apoyo Nutricional (GAN) en Hospitales”, del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, y asentado en el (ahora extinto) Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos de La Habana.¹⁸

La realización de una encuesta orientada a la evaluación de los distintos dominios (estructura, procesos, resultados e impacto) del GAN hospitalario en las actividades asistencial, docente e investigativa fue una de las recomendaciones formuladas a la conclusión del mencionado Taller de Expertos. En virtud de lo anteriormente dicho, se presentan en este trabajo los resultados de esta encuesta con el estado corriente de los grupos hospitalarios de apoyo nutricional en Cuba.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: Encuesta multicéntrica, transversal de resultados.

Instituciones participantes: Fueron elegibles para ser incluidos en esta encuesta aquellos hospitales en los que funcionaba un GAN entre Enero del 2017 – Diciembre del 2018 (ambos incluidos). Los responsables de los GAN fueron interrogados sobre las características sanitarias de la institución de pertenencia, y rellenaron el formulario remitido por el GCEDH sobre el estado de los indicadores de estructura, procesos, resultados e impacto del grupo.

Descripción de la encuesta de resultados del GAN: El diseño de la encuesta administrada sobre los resultados de los GAN hospitalarios se expone en el Anexo 1. Brevemente, la actuación del GAN fue calificada de acuerdo con los 12 ítems siguientes: 1) *Sobre los recursos humanos*, 2) *Sobre la documentación y los registros*, 3) *Sobre el local y utillaje*, 4) *Sobre la Educación continuada y la capacitación*, 5) *Sobre la evaluación nutricional*, 6) *Sobre la*

prescripción dietética, 7) *Sobre la suplementación vitamina-mineral*, 8) *Sobre la Nutrición enteral*, 9) *Sobre la Nutrición parenteral*, 10) *Sobre los resultados de la actuación del Grupo*, 11) *Resultados en la esfera investigativa*, y 12) *Productos literarios*. A su vez, cada uno de los ítems incluidos dentro del diseño de la encuesta comprendió varios acápites para describir mejor el funcionamiento del GAN hospitalario.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los resultados anotados en los formularios fueron ingresados en una hoja de cálculo electrónico construida sobre EXCEL para OFFICE de WINDOWS (Redmon, Virginia, Estados Unidos). Los datos fueron reducidos ante estadígrafos de locación (mediana), dispersión (rango), y agregación (frecuencias absolutas | relativos, porcentajes) según el tipo de la variable, y anticipando la plausibilidad de los resultados.

El estado del desempeño del GAN hospitalario en cada uno de los dominios de interés fue estimado de la mediana de los resultados en cada ítem. Dada la naturaleza descriptiva de la encuesta, no se ensayaron asociaciones entre variables especificadas.

RESULTADOS

Veintidós hospitales fueron convocados a participar en la presente encuesta. Tres (13.6 %) de ellos no respondieron al pedido del GCDEH. De los 19 hospitales respondedores, 8 no contaban con un GAN funcionante en el momento de la encuesta. Finalmente, la serie de estudio quedó conformada con 11 centros (50.0 % de los hospitales convocados) que rellenaron la encuesta remitida. Las instituciones encuestadas exhiben un parque hospitalario de 4,443 camas (*mediana de los resultados*: 410 camas/institución; *rango*: 764 camas), y ejecutan anualmente 128,838 ingresos (*mediana de los resultados*: 13,330

ingresos/institución; *rango*: 27,238). La tasa mediana de ocupación hospitalaria es del 80.0 % (*rango*: 38.0 %).

Sobre la composición del GAN

Los GAN encuestados suman 101 nutricionistas de variado origen y formación curricular: *Médicos*: 27; *Licenciados en Nutrición*: 29; *Técnicos de nivel medio en Dietética*: 8; *Licenciados en Enfermería*: 12; *Técnicos de nivel medio en Enfermería*: 5; *Farmacéuticos y bioquímicos*: 4; y *Otras especialidades/profesiones*: 16; respectivamente. Cuarenta y ocho (47.5 %) de ellos trabajan en el GAN con dedicación exclusiva. Además, 49 (48.5 %) de los integrantes de los GAN declararon haber completado distintas formas de capacitación en temas de Alimentación y Nutrición que recorren desde diplomados hasta Maestrías.

La composición mediana del GAN hospitalario es de 5 integrantes (*rango*: 36). Las especialidades representadas en el GAN son las que siguen: *Médicos*: 3; *Licenciados en Nutrición*: 3; *Técnicos de nivel medio en Dietética*: 1; *Licenciados en Enfermería*: 2; *Técnicos de nivel medio en Enfermería*: 5; *Farmacéuticos y bioquímicos*: 1; y *Otras especialidades/profesiones*: 1; respectivamente. Nueve (81.8 %) de los 11 GAN encuestados están encabezados por un médico.

Sobre el local y utillaje del GAN

Ocho (72.7 %) de los GAN encuestados disponen de un local para el trabajo como grupo. El 81.8 % tiene conexión propia a la red INFOMED sostenida por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. El 72.7 % también cuenta con una conexión propia a la red de redes INTERNET. El 90.9 % de los GAN tiene instalado servicio de telefonía local y larga distancia nacional (LDN), y el

81.8 % cuenta con un buzón propio de correo electrónico.

Sobre el estado de la documentación y los registros del GAN

Diez (90.9 %) de los GAN encuestados cuentan con un protocolo/guía/manual para el diagnóstico/seguimiento/intervención de los pacientes. El 54.5 % de los grupos cuenta con una base de datos computarizada para el registro de los datos colectados durante la intervención nutricional en el enfermo, y las incidencias relativas a la misma. En todas estas instancias es posible obtener retroalimentación estadística para la elaboración de informes de progreso. El 90.9 % de los GAN cuenta con archivos y gabinetes para el almacenamiento y conservación de las historias clínicas de los pacientes vistos por el grupo.

Sobre las actividades de educación continuada y capacitación en Nutrición

El 90.9 % de los GAN encuestados conduce un programa de alcance institucional de educación continuada y capacitación en Nutrición clínica y hospitalaria que suma 3,716 horas (*mediana de las observaciones*: 100 horas/institución; *rango*: 1,764 horas). Las actividades de educación continuada y capacitación incluyen cursos, talleres y diplomados para el personal médico y paramédico del centro, así como la impartición de conferencias y seminarios a alumnos incluidos dentro de los procesos formativos de las distintas carreras de las Ciencias Médicas.

Sobre la conducción de ejercicios hospitalarios de evaluación nutricional

Los GAN encuestados declararon que conducen ejercicios de evaluación nutricional en los hospitales donde se

insertan. El 80.8 % de estos ejercicios se realizan dentro de las primeras 72 horas del ingreso hospitalario.

Los ejercicios conducidos en el paciente comprenden: *Administración de diferentes herramientas de pesquaje nutricional*: 9***; *Evaluación antropométrica*: 11; *Evaluación bioquímica*: 11; *Evaluación dietética*: 9; *Evaluación funcional*: 7; y *Reconstrucción de la composición corporal del sujeto mediante bioimpedancia eléctrica*: 1; respectivamente.

Sobre la prescripción dietética

El 80.8 % de los GAN encuestados cuenta con pautas locales para la prescripción de dietas hospitalarias. En el 77.8 % de las instancias la(o)s nutricionistas del grupo inspeccionan el proceso de la prescripción dietética.

Sobre la suplementación vitamino-mineral

El 90.9 % de los GAN encuestados cuenta con pautas locales para la suplementación de la prescripción dietética del enfermo con diferentes suplementos vitamínicos y minerales. En el 80.0 % de las instancias el grupo inspecciona el proceso de la suplementación vitamino-mineral.

En el 54.5 % de las instituciones estudiadas una persona distinta de las que componen el GAN hospitalario puede también prescribir suplementos vitamínicos y minerales, a saber: especialistas en la atención al paciente grave y críticamente enfermo, médicos de cabecera del enfermo, y los que se desempeñan en los servicios de la institución que se destacan por tasas

elevadas de desnutrición hospitalaria. En el 66.7 % de las instancias el GAN cuenta con vías para la supervisión y validación de la suplementación vitamino-mineral hecha por otros especialistas.

Sobre la Nutrición enteral

El 90.9 % de los GAN examinados cuenta con pautas locales tanto para la prescripción de la Nutrición enteral hospitalaria, como para la supervisión de la conducción de este proceso.

En el 54.5 % de los hospitales que contienen un GAN personas distintas de las que integran el grupo pueden prescribir regímenes de Nutrición enteral, entre ellos, los médicos cirujanos y los especializados en la atención al paciente grave y críticamente enfermo. En el 83.3 % de las instancias el GAN cuenta con vías para la supervisión y validación de la Nutrición enteral prescrita por otros especialistas.

Sobre la Nutrición parenteral

El 90.9 % de los GAN encuestados cuenta con pautas locales para la prescripción de la Nutrición parenteral hospitalaria. Además, en el 90.0 % de las instancias el GAN tiene formas para la supervisión de la conducción de la Nutrición parenteral hospitalaria.

En el 63.6 % de los hospitales participantes personas diferentes de las que componen el GAN pueden también prescribir esquemas de Nutrición parenteral. En el 71.5 % de las veces el GAN supervisa y valida el proceso de la Nutrición parenteral implementado por otros especialistas.

*** Herramientas administradas: *Encuesta Subjetiva Global de evaluación nutricional* (Detsky et al., 1987): 7; *MiniEncuesta Nutricional del Anciano* (Guigoz, Vellas, Garry; 1999): 1; *Otras* (sin especificar): 1.

Tabla 1. Casos vistos por los grupos hospitalarios de apoyo nutricional. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de pacientes vistos por los grupos en los hospitales encuestados según la enfermedad de base del enfermo. También se presentan el número y el porcentaje de tales pacientes que fueron sujetos de apoyo nutricional.

Problema de salud	Ingresos anuales	Vistos por el GAN		Sujetos a apoyo nutricional	
		Número	[%]	Número	[%]
Enfermedades respiratorias §	8,228	997	12.1	691	69.3
Tumores malignos	3,745	973	26.0	468	48.1
Enfermedades del Sistema Nervioso Central	1,969	197	10.0	197	100.0
Enfermedades gastrointestinales ¶	1,747	1114	63.8	1006	90.3
Enfermedades infecciosas: Sistémicas y locales (piel y partes blandas) ¥	1,304	347	26.6	84	24.2
Enfermedades del corazón y los grandes vasos	1,182	99	8.4	51	51.5
Diabetes mellitus y otras enfermedades endocrinas	1,037	36	3.5	32	88.9
Enfermedades malformativas congénitas	968	702	72.5	669	95.3
Lesiones complejas £	920	0	0.0	0	0.0
Litiasis urinaria	480	4	0.8	4	100.0
Otras causas asociadas a la desnutrición en la infancia	406	353	86.9	328	92.9
Enfermedades del tejido colágeno	206	21	10.2	21	100.0
Enfermedad renal crónica	178	31	17.4	31	100.0
Todos los problemas de salud	22,370	4,874	21.8	3,582	73.5

§ Se incluyen las influencias y las neumonías

¶ Se incluyen las afecciones de la vesícula biliar y el árbol biliar

¥ Se excluyen las enfermedades respiratorias

£ Comprenden las fistulas y las lesiones por trauma

Sobre los resultados de la actuación de los GAN hospitalarios

Los GAN encuestados han atendido 7,286 pacientes en el último año de actividades: el 26.7 % de los ingresos hospitalarios reportados.

A nivel del hospital participante, el GAN ha asistido al 3.5 % de los ingresos institucionales (mediana de los resultados: 457 enfermos/institución; rango: 3,969).

En los pacientes vistos por el GAN hospitalario se han conducido los procesos de la actuación nutricional de la manera siguiente: *Evaluación nutricional*: 427 (93.5 % de los enfermos); *Prescripción dietética*: 126 (27.6 %); *Suplementación vitamino-mineral*: 202 (44.2 %); *Nutrición enteral*: 79 (17.3 %); y *Nutrición parenteral*: 39 (8.5 %); respectivamente.

Sobre los problemas de salud intervenidos por el GAN hospitalario

Cinco (45.5 %) de los GAN encuestados remitieron datos sobre los problemas de salud intervenidos por el grupo. La Tabla 1 muestra tales problemas, junto con los pacientes que en cada uno de ellos fueron atendidos por el GAN. Las enfermedades respiratorias (36.8 %), los tumores malignos (16.7 %), las enfermedades del Sistema Nervioso Central (8.8 %), las enfermedades gastrointestinales (7.8 %), y las enfermedades infecciosas tanto sistémicas (diferentes de las influencias y las neumonías) como locales (incluidas las de la piel y partes blandas) (5.8 %); representaron los 5 primeros problemas de salud dentro de los ingresos acumulados anualmente. El 21.8 % de estos ingresos fue atendido por el GAN hospitalario (*Rango de las observaciones: Mínimo: 0.0 % vs. Máximo: 86.9 %*). El 73.5 % de los casos atendidos por el GAN fue sujeto de intervenciones alimentarias y nutricionales (*Rango de las observaciones: Mínimo: 0.0 % vs. Máximo: 100.0 %*).

Sobre el impacto del GAN hospitalario en la mortalidad institucional

Cuatro (36.4 %) de los GAN encuestados remitieron datos sobre la mortalidad institucional. La Tabla 2 resume el cuadro de mortalidad institucional. Las enfermedades del corazón y los grandes vasos (32.0 %), la Diabetes mellitus (21.6 %), el politrauma de elevada complejidad (19.9 %), las enfermedades cerebrovasculares (13.9 %), y los tumores malignos (12.3 %) ocuparon las primeras 5 causas de mortalidad en los hospitales examinados. En contraste con lo anterior, el número de pacientes vistos y atendidos por el GAN hospitalario en cada categoría fue reducido, y en todos los casos menor del

20.0 %. De hecho, solo el 15.3 % de los pacientes fallecidos fue atendido por el GAN.

Sobre la actuación del GAN hospitalario en la investigación científica y la gestión de contenidos

Nueve (81.8 %) de los GAN encuestados remitieron datos sobre la actuación del grupo en los dominios de la investigación científica y la gestión de contenidos propios en temas de Alimentación y Nutrición. Se acumularon en el último año de actividades 249 presentaciones en eventos de diverso tipo, a saber: *Locales: 44.6 %; Regionales: 11.6 %; Nacionales: 34.5 %; e Internacionales: 9.2 %* de las presentaciones reportadas; respectivamente. Sin embargo, la distribución de los eventos por grupo encuestado fue desigual: *Locales: 8 (mediana de las observaciones; rango: 38); Regionales: 0 (mediana de las observaciones; rango: 16); Nacionales: 2 (mediana de las observaciones; rango: 45); e Internacionales: 1 (mediana de las observaciones; rango: 12);* respectivamente.

En lo que respecta a las publicaciones científicas, se colectaron 106 publicaciones, que se distribuyeron de la manera siguiente: *Nacionales: 73; Regionales: 3; y Extranjeras: 30;* respectivamente. El 98.1 % de las publicaciones fue en lengua castellana. De forma similar a lo anotado más arriba, la producción científica fue muy desigual (datos no mostrados).

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta el primer reporte integral del estado de los grupos de apoyo nutricional que operan en los hospitales del Sistema Cubano de Salud. En virtud de tal, este reporte complementa y expande los resultados expuestos previamente durante un taller de expertos de la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo.

Tabla 2. Impacto de los grupos hospitalarios de apoyo nutricional sobre la mortalidad hospitalaria. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de pacientes que compusieron la mortalidad institucional observada en el último año de actividades. También se presentan el número y el porcentaje de los pacientes fallecidos que fueron atendidos por el grupo durante la estancia hospitalaria.

Problema de salud	Ingresos anuales	Tasa de mortalidad		Casos atendidos por el GAN	
		Número	Frecuencia (%)	Número	Frecuencia (%)
Enfermedades del corazón y los grandes vasos	1,084	347	32.0	174	16.1
Diabetes mellitus	338	73	21.6	36	10.7
Politrauma de elevada complejidad	181	36	19.9	6	3.3
Enfermedades cerebrovasculares	874	122	13.9	35	4.0
Tumores malignos	4,020	494	12.3	398	9.9
Enfermedades respiratorias §	9,041	651	7.2	591	6.5
Enfermedades del tejido colágeno	206	13	6.3	21	10.2
Enfermedad renal crónica	581	22	3.8	132	22.7
Enfermedades malformativas congénitas	721	16	2.2	138	19.1
Enfermedades gastrointestinales ¶	1,436	27	1.9	1,028	71.6
Litiasis urinaria	480	5	1.0	4	0.8
Otras causas asociadas a la desnutrición en la infancia	389	3	0.8	165	42.4
Otras enfermedades infecciosas £	697	3	0.4	371	53.2
Todos los problemas de salud	20,048	1,812	9.0	3,077	15.3

§ Se incluyen las influencias y las neumonías

¶ Se incluyen las afecciones de la vesícula biliar y el árbol biliar

£ Se excluyen las influencias y las neumonías

La composición del GAN hospitalario sigue los lineamientos anotados en la literatura internacional.¹⁹⁻²⁰ En efecto, los GAN se conciben como una organización hospitalaria donde concurren profesionales de varias disciplinas médicas y paramédicas dedicadas todas a la provisión de cuidados

alimentarios y nutricionales al paciente durante la hospitalización.

Los GAN encuestados son en su mayoría encabezados por un médico. No obstante, dos puntos son llamativos en este aspecto: menos de la mitad de los grupos se dedica de forma exclusiva a la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales, y

también menos de la mitad de ellos han completado cursos de capacitación en temas de Alimentación y Nutrición requeridos para la formación de las debidas competencias.

La dedicación exclusiva de los GAN hospitalarios a la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales ha sido cuestionada en varias oportunidades.²¹ Este cuestionamiento ha progresado hasta el desmantelamiento de los GAN existentes en el hospital, el cierre de tales espacios, y la exclusión de los nutricionistas del ámbito hospitalario.²² Es inmediato que tales decisiones no se trasladan a cambios en las tasas globales de la desnutrición hospitalaria. La complejidad de este fenómeno epidemiológico, y de los determinantes que influyen en su pervivencia, obligan a acciones concertadas de especialistas altamente calificados y dedicados exclusivamente a la intervención de la desnutrición constatada en los hospitales, si se desea un impacto duradero.

La capacitación continua de los integrantes del GAN hospitalario es instrumental en la intervención efectiva de la DH.⁵ También es importante que el GAN actúe como el difusor dentro de la institución de las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado”. En congruencia con ello, la mayoría de los GAN hospitalarios conduce programas propios de educación continuada de alcance institucional a los fines de difundir entre los grupos básicos de trabajo las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado”.

Se ha propugnado que el GAN hospitalario sea encabezado y conducido por un médico, habida cuenta de que los cuidados alimentarios y nutricionales son procesos asistenciales, y como tales, deben ser administrados por médicos.²⁰ Sin embargo, hoy es cada vez más común que los GAN hospitalarios sean encabezados por profesionales paramédicos como el nutricionista, la enfermera, o un

farmacéutico: expresión de una mayor presencia de estos actores en los escenarios de prestación de cuidados de salud.

La estructura de soporte logístico y documental del GAN hospitalario también fue examinada en este trabajo. Más de las tres cuartas partes de los GAN encuestados dispone de local propio dentro de la institución, y cuenta con medios para comunicarse con sus pares a la vez que retirar información tenida como imprescindible para la gestión del grupo. La mayoría de los GAN también tiene gabinetes y archivos para almacenar y custodiar los datos colectados durante el seguimiento de los pacientes atendidos. Sin embargo, apenas la mitad de los GAN encuestados cuenta con una base de datos computarizada para el registro y tratamiento de las incidencias acumuladas durante la actuación nutricional. Las exigencias de la asistencia médica contemporánea, el tratamiento y la reducción estadística de grandes volúmenes de datos, la retroalimentación constante, y la necesidad de dar fe a terceras partes de la actuación del GAN, obligan a la implementación y gestión de bases de datos computarizadas mediante aplicaciones informáticas apropiadas.²³

La mayoría de los GAN encuestados cuenta con pautas locales para la prestación dentro de la institución de los cuidados alimentarios y nutricionales que requiera el enfermo. En tal sentido, los GAN tienen pautas para la conducción de los distintos ejercicios incluidos dentro de los cuidados alimentarios y nutricionales, entre ellos, la evaluación nutricional, la prescripción dietética, la suplementación nutricional, y la nutrición artificial. Asimismo, el GAN hospitalario cuenta con las vías y los mecanismos para la supervisión de la ejecución de tales ejercicios, incluso los provistos por personal diferente de los que compone el grupo.

La encuesta presente sobre el estado de los GAN hospitalarios se extendió al desempeño del grupo en la institución de

pertenencia. La actuación del GAN hospitalario alcanza (como promedio) el 3.5 % de los ingresos institucionales. En la misma cuerda, los procesos propios de la actuación nutricional se han conducido de manera desigual en la población hospitalizada, con valores tan extremos como la evaluación nutricional (administrada en el 93.5 % de los enfermos) hasta la Nutrición parenteral (con un 8.5 %). Tales diferencias podrían explicarse tanto por las características clínicas del enfermo (no todos los pacientes deberían ser considerados como recipientes de Nutrición parenteral), como las sanitarias de la institución (entre ellas, la duración de la estancia hospitalaria y la cultura institucional relativa a las técnicas e insumos de Nutrición artificial). Aun así, resulta llamativa la baja tasa de penetración del GAN dentro de la institución, lo que indicaría que muchos pacientes que se beneficiarían de la intervención nutricional no son remitidos para la atención del grupo.¹⁰

Lo anteriormente dicho se corrobora del examen de la distribución de los enfermos atendidos por los GAN hospitalarios según el problema de salud que determina el ingreso en la institución. Apenas la quinta parte de los enfermos hospitalizados fue sujeto de la atención del GAN, si bien en casi las tres cuartas partes de ellos se implementó un esquema de apoyo nutricional. Se ha de notar que en algunos problemas de salud los casos atendidos por el GAN hospitalario fue menor del 5.0 %, como la Diabetes mellitus y otras enfermedades endocrinas, las lesiones complejas por fístulas y trauma, y la litiasis urinaria.

Otro aspecto del impacto del GAN en la gestión sanitaria de la institución de pertenencia se aprecia del número de casos atendidos por el grupo de entre aquellos que compusieron la mortalidad hospitalaria. Fue llamativo que el GAN atendiera a poco menos de la octava parte de los pacientes

que eventualmente fallecieron durante la internación, y que esta tasa fuera aún más baja en aquellas enfermedades que comportaron una alta mortalidad como el politraumatismo y la enfermedad cerebrovascular, y en las que (precisamente) se anticiparía una frecuencia superior de uso de las terapias de apoyo nutricional. Se han descrito barreras hospitalarias para la nutrición artificial que recorren desde el conocimiento de los grupos básicos de trabajo hasta la ausencia de insumos y tecnologías, la baja percepción del riesgo de la desnutrición para la efectividad terapéutica, y la ausencia de personal calificado para la conducción de los esquemas requeridos de repleción nutricional.¹⁴ También el hospital se ha desdibujado en los últimos años como el ente articulador de las terapias médicas,²⁴⁻²⁵ y ello ciertamente ha conducido a preferir el apoyo nutricional como una terapia costosa, propensa a errores, y que prolonga “innecesariamente” la estadía hospitalaria. Tales barreras deben ser identificadas e intervenidas, a fin de asegurar que el paciente se beneficie máximamente de terapias nutricionales provistas por personal calificado y competente.

Finalmente, el trabajo indagó sobre la actuación de los GAN hospitalarios en los dominios de la investigación científica, la publicación de resultados y experiencias, y la gestión de contenidos. La actuación científica del GAN hospitalario se ha reducido al entorno local donde se desenvuelve que es, en esencia, la institución de pertenencia; y en muy pocas ocasiones ha presentado los resultados de la actuación del mismo en otros ambientes diferentes de los locales, como los nacionales e incluso los internacionales. Asimismo, los grupos encuestados difirieron entre sí respecto del número de eventos en los que ha participado y la cantidad de contenidos publicados, indicando con ello diferentes grados de madurez, aptitud y actitud ante la

investigación científica, por un lado; y percepción de la necesidad de documentar y gestionar experiencias, conocimientos y saberes propios, por el otro. Se debe estimular y proteger la actividad científica del GAN hospitalario como un primer paso para enriquecer el acervo cultural, filosófico e ideológico de la Escuela cubana de Nutrición.

EPÍLOGO

De las consideraciones hechas de acuerdo con los resultados encontrados durante la encuesta emerge un corolario: tal vez sea muy aventurado pretender que un pequeño grupo de especialistas pueda abarcar al menos a la mitad de los ingresos hospitalarios en medio de las circunstancias en que actualmente se prestan los cuidados de salud. Ello obligaría a adoptar nuevos paradigmas de la actuación del GAN para asegurar el *continuum* de los cuidados nutricionales durante todo el tránsito del enfermo por las distintas etapas del tratamiento médico-quirúrgico. En tal sentido, el GAN podría (debería) evolucionar hacia un Servicio de Nutrición Clínica de nuevo tipo,²⁶ deslocalizado en su naturaleza, de alcance institucional, en estrecha alianza con los prestatarios de la atención primaria de salud, y que incorpore la terapia nutricional a domicilio (TND) como un nuevo paradigma de actuación.²⁷⁻²⁸ Próximas investigaciones examinarían entonces el impacto de este Servicio de Nutrición Clínica de nuevo tipo sobre la calidad de los cuidados alimentarios y nutricionales que recibe el enfermo.

CONCLUSIONES

La composición y responsabilidades de los GAN en los hospitales se pueden trazar hasta los lineamientos existentes en la literatura especializada. El GAN cuenta con los recursos humanos y tecnológicos

mínimamente necesarios para la prestación de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado. Una mayor cuota de efectividad terapéutica se logrará mediante cambios en el diseño y la misión del GAN, entre ellos, la alianza con los prestatarios de la atención primaria de salud, y la evolución hacia un Servicio de Nutrición Clínica de nuevo tipo, deslocalizado en su naturaleza, con alcance institucional, y que incorpore la terapia nutricional a domicilio.

AGRADECIMIENTOS

A los integrantes de los grupos hospitalarios de apoyo nutricional que participaron en esta encuesta, por el tiempo, el compromiso y la disposición mostradas.

SUMMARY

Rationale: *Intervention of hospital undernutrition (HU) and provision of food and nutritional care to the patient imply inception and management of a multi-, inter- and trans-disciplinary organization exclusively devoted to these ends. The nutritional support group (NSG) has been fostered as this organization.* **Objective:** *To present the current state of the NSG operating in Cuban hospitals.* **Study design:** *Cross-sectional, multicenter survey.* **Methods:** *Eleven Cuban hospitals having a NSG were identified. Managers of the NSG replied to a 12 items-survey about the structure of the group, the processes implemented for providing food and nutritional care, and the NSG outcomes in the domains of medical care, teaching and research.* **Results:** *The NSG is comprised of (on the average) 5 specialists. Forty-seven-point-five percent of these specialists work in the NSG with exclusive dedication, and 48.5 % of them declared to have completed several forms of training in Food and Nutrition. Eighty-one-point-eight percent of the surveyed NSG is headed by a physician. Seventy-two-point-seven percent of the groups has an office of its own. Eighty-one-point-eight percent of the groups is connected to the Infomed network, while 72.7 % of them have an Internet connection of its own.*

*Ninety-point-nine percent of the NSG have local and long distance telephone services, and 81.8 % an electronic mailbox. Ninety-point-nine percent of the surveyed NSG have a protocol/guideline/manual for diagnosing/ following/ intervening patients, as well as files and cabinets for storage/preservation of the patients's clinical charts assisted by the group. Fifty-four-point-five percent of the groups have a computerized database for recording data collected during nutritional intervention in the patient, and related incidences. Ninety-point-nine percent of the surveyed NSG conducts a program for continuous education and training in Clinical and Hospital nutrition of institutional reach. Surveyed NSG have attended 26.7 % of the hospital admissions during the previous year. Administration rates of the several exercises comprised within the nutritional intervention was as follows: Nutritional assessment: 93.5 %; Diet prescription: 27.6 %; Vitamin-mineral supplementation: 44.2 %; Enteral nutrition: 17.3 %; and Parenteral nutrition: 8.5 %; respectively. Respiratory diseases (12.1 % of the assisted patients), malignant tumors (26.0 %) and Central Nervous System diseases (10.0 %) were the first three causes for NSG intervention. NSG intervention was lower in heart and large vessels diseases (16.1 % of the assisted patients), Diabetes mellitus (10.7 %) and extremely complex trauma (3.3 %) that emerged as the first three causes of mortality in the study serie. Publication of the experiences and knowledge accumulated during performance of the hospital NSG is uneven from institution to institution. **Conclusions:** Extension, magnitude, ramifications and overtones of HU should compel to the inception and management of institutional organizations able to deal effectively with it. Technical and documentary structure of the hospital GAN should be improved in order to absorb a larger quota of care. Adoption of alliances with out-of-the-hospital actors should also serve the hospital NSG for reaching higher quotas of care effectiveness. Research activity of the hospital SNG should be encouraged as well as promoted. **Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria.** On the state of nutritional support groups in the hospitals of Cuba. RCAN Rev Cubana Aliment*

Nutr 2020;30(1):174-194. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929

Subject headings: Hospital undernutrition / Nutritional support group / Nutritional support / Structure / Processes / Outcomes / Impact / Research.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Porbén S. Sistema de control y aseguramiento de la calidad; su lugar dentro de un programa de intervención alimentaria, nutricional y metabólica. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2012;27: 894-907.
2. Castillo Pineda JC de la C, Gómez García A, Velasco N, Díaz-Pizarro Graf JI, Matos Adames A, Miján de la Torre A. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: Association with prognostic variables. The ENHOLA Study. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2016;33:655-62.
3. Santana Porbén S. State of malnutrition in Cuban hospitals; a needed update. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2015; 31(5):1900-9. Reimpreso en: RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2015;25:356-70.
4. Santana Porbén S, Ferraresi E. La epidemiología de la desnutrición hospitalaria. *Publicación RNC dedicada a la Nutrición Clínica* 2009;18:101-17.
5. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Sistema de Educación Continuada en Nutrición Clínica, Nutrición Artificial y Apoyo Nutricional; su lugar dentro de un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2009;24:548-57.
6. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. Tamaño, composición, relaciones, acciones. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2007;22: 68-84.

7. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Programas de intervención en nutrición hospitalaria: Acciones, diseño, componentes, implementación. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005;20:351-7.
8. 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.
9. Miquet Romero LM, Rodríguez Garcell R, Barreto Penié J, Santana Porbén S. Estado de la provisión de cuidados nutricionales al paciente quemado. Auditoría de procesos en un Servicio de Quemados de un hospital terciario. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008; 23:354-65.
10. 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.
11. Goiburú ME, Alonzo LF, Aranda AL, Rivero MF; *et al.* Nivel de conocimiento en Nutrición clínica en miembros del equipo de salud de hospitales universitarios del Paraguay. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2006; 21:591-5.
12. González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23: 44-64.
13. Garcés García-Espinosa L, Santana Porbén S, Barreto Penié J, Gutiérrez Rojas AR, Argüelles Barreto D, Díaz Hernández JM; *et al.* Estado de los conocimientos sobre Alimentación y Nutrición entre los médicos de un hospital verticalizado en la atención de adultos. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:246-56.
14. Santana Porbén S. La desnutrición hospitalaria: ¿Mal inherente a los sistemas actuales de salud, y/o próximo reto a vencer? Publicación RNC dedicada a la Nutrición Clínica 2009;18:5-17.
15. Gigato Mesa E, Hernández Gigato ME, Martínez Sarmiento D, Aguilar Pérez MD. Impacto de un programa de capacitación en nutrición sobre la atención de enfermería en el cuidado del paciente crítico. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:35-49.
16. Castellanos Torrella C. Sobre las competencias de Enfermería en el apoyo nutricional de la cirugía hepatobiliopancreática. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:221-33.
17. Santana Porbén S. La investigación científica en Nutrición clínica y hospitalaria. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21:335-48.
18. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Formas hospitalarias de provisión de cuidados nutricionales al enfermo. Resúmenes de las ponencias presentadas en un Taller de Expertos [Editor: Santana Porbén S]. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21(2 Supl): S1-S94.
19. Suchner U, Dormann A, Hund-Wissner E, Shang E, Senkal M. Requirement for the structure and function of a nutritional support team. *Anaesthesist* 2000;49: 675-84.
20. Hamaoui E. Assessing the Nutrition Support Team. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:412-21.
21. Wesley JR. Nutrition support teams: Past, present, and future. *Nutr Clin Pract* 1995;10:219-28.
22. Goldstein M, Braitman LE, Levine GM. The medical and financial costs associated with termination of a nutrition support nurse. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2000;24:323-7.

23. Santana Porbén S (2005). Sistema de Documentación y Registros; su lugar dentro de un programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005; 20:331-42.
24. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000;78:803-10.
25. Preker A, Harding A. The economics of hospital reform: From hierarchical to market-based incentives. *World Hosp Health Serv* 2003;39:3-10,42,44.
26. Santana Porbén S. Las nuevas dimensiones del Servicio de Nutrición clínica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21(2 Supl):S91-S94.
27. Casasola S, Ferraresi Zarranz EM. Soporte nutricional a domicilio: ¿El paradigma último de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo? *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011; 21:303-21.
28. Fain H. Apoyo nutricional a domicilio en el mundo pediátrico. La experiencia argentina. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2016;26:118-36.

ANEXOS

Anexo 1. Formulario administrado durante la encuesta del estado de los grupos de apoyo nutricional en los hospitales de Cuba.

Hospital:

Número de camas:

Ocupación, %:

Ingresos anuales:

1. Funciona en su hospital un Grupo de Apoyo Nutricional: Sí ___ No ___
2. En caso de respuesta negativa: Funciona algún tipo de organización hospitalaria dedicada a la provisión de cuidados nutricionales al enfermo hospitalizado:
Sí ___ No ___

3. Sobre los recursos humanos: ¿Quiénes integran el grupo?

Categoría	Número	Dedicación a tiempo completo: Sí/No	Capacitación de posgrado: Diplomado Maestría Doctorado
Médicos			
Licenciados en Nutrición			
Técnicos medio en Dietética y Nutrición			
Licenciados en Enfermería			
Técnicos medio en Enfermería			
Bioquímicos/Farmacéuticos			
Otros: Especificar			

4. Sobre el local y utillaje:

- 4.1 Disponen de un local para el trabajo como grupo: Sí ___ No ___
- 4.2 Disponen de conexión a INFOMED: Sí ___ No ___
- 4.3 Disponen de conexión a INTERNET: Sí ___ No ___
- 4.4 Disponen de conexión telefónica: local/larga distancia: Sí ___ No ___
- 4.5 Disponen de servicio de correo electrónico: Sí ___ No ___

5. Sobre la documentación y los registros:

- 5.1 Existe un protocolo/guía/manual para el diagnóstico/seguimiento/intervención de los pacientes: Sí ___ No ___
- 5.2 Cuentan con una base de datos computarizada para el registro de los datos e incidencias relativas a la intervención nutricional en el enfermo: Sí ___ No ___
- 5.3 Es posible obtener retroalimentación estadística de la base de datos: Sí ___ No ___
- 5.4 Existen archivos/gabinetes para el almacenamiento/conservación de las historias clínicas de los pacientes: Sí ___ No ___

Anexo 1. Formulario administrado durante la encuesta del estado de los grupos de apoyo nutricional en los hospitales de Cuba (Continuación).

6. Sobre la Educación continuada y la capacitación:

6.1 Cuentan con un programa de educación continuada: Sí ___ No ___

6.2 Horas de docencia impartidas en el último año transcurrido: _____

7. Sobre la evaluación nutricional:

7.1 Se realizan ejercicios de evaluación nutricional en el paciente hospitalizado: Sí ___ No ___

7.2 La evaluación nutricional se realiza dentro de las primeras 72 horas del ingreso:

Sí ___ No ___

7.3 Qué métodos utilizan para la evaluación nutricional:

Encuesta Subjetiva Global	Sí ___ No ___
Evaluación antropométrica: Talla/Peso/IMC/Antropometría del brazo	Sí ___ No ___
Evaluación bioquímica: Albúmina/Linfocitos/Colesterol/Orina 24 h	Sí ___ No ___
Evaluación dietética	Sí ___ No ___
Evaluación funcional	Sí ___ No ___
Otros	Especificar
Ninguno de los anteriores	

8. Sobre la prescripción dietética:

8.1 Existen pautas para la prescripción de la dieta hospitalaria: Sí ___ No ___

8.2 La nutricionista inspecciona el proceso de la prescripción dietética: Sí ___ No ___

9. Sobre la suplementación vitamina-mineral:

8.1 Existen pautas para la suplementación vitamino-mineral: Sí ___ No ___

8.2 El grupo inspecciona el proceso de la suplementación vitamina-mineral: Sí ___
No ___

8.3 Es posible que alguien ajeno al grupo pueda prescribir suplementos vitamina-minerales al enfermo: Sí ___ No ___

8.4 En caso de respuesta afirmativa:

Quiénes _____

Existen vías para que el grupo valide el servicio prestado: Sí ___ No ___

9. Sobre la Nutrición enteral:

9.1 Existen pautas para la nutrición enteral: Sí ___ No ___

9.2 El grupo inspecciona el proceso de la nutrición enteral: Sí ___ No ___

9.3 Es posible que alguien ajeno al grupo pueda indicar/iniciar un esquema de nutrición enteral: Sí ___ No ___

9.4 En caso de respuesta afirmativa:

Quiénes _____

Existen vías para que el grupo valide el servicio prestado: Sí ___ No ___

Anexo 1. Formulario administrado durante la encuesta del estado de los grupos de apoyo nutricional en los hospitales de Cuba (Continuación).

10. Sobre la Nutrición parenteral:

10.1 Existen pautas para la nutrición parenteral: Sí ___ No ___

10.2 El grupo inspecciona el proceso de la nutrición parenteral: Sí ___ No ___

10.3 Es posible que alguien ajeno al grupo pueda indicar/iniciar un esquema de nutrición parenteral: Sí ___ No ___

10.4 En caso de respuesta afirmativa:

Quiénes _____

Existen vías para que el grupo valide el servicio prestado: Sí ___ No ___

11. Sobre los resultados de la actuación del Grupo:

11.1 Cómo se han conducido los procesos en la institución en el último año?

Proceso	Pacientes vistos x GAN	Veces que se ha completado el proceso	%
Evaluación nutricional			
Prescripción dietética			
Suplementación vitamina-mineral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			

11.2 Cuáles fueron las 5 primeras demandas de atención en la institución durante el último año?

Cuáles recibieron apoyo nutricional?

	Problema de salud	Ingresos anuales	Casos vistos x GAN	Casos sujetos a apoyo nutricional
1				
2				
3				
4				
5				

Anexo 1. Formulario administrado durante la encuesta del estado de los grupos de apoyo nutricional en los hospitales de Cuba (Continuación).

11.3 Cómo ha impactado el GAN en la mortalidad hospitalaria?

	Problema de salud	Ingresos anuales	Mortalidad hospitalaria	Casos vistos x GAN	Fallecidos durante seguimiento x GAN
1					
2					
3					
4					
5					

12. Resultados en la esfera investigativa:

12.1 Cuántas presentaciones ha hecho en:

Eventos locales: _____

Eventos regionales: _____

Eventos nacionales: _____

Eventos internacionales: _____

13. Productos literarios:

Publicaciones en revistas seriadas, arbitradas-por-pares:

Nacionales: _____

Regionales: _____

Extranjeras: _____

Lengua castellana: _____

Otro(s) idioma(s): _____

Comentarios: