

Vicepresidencia. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo.

ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS PARA LA PROVISIÓN DE CUIDADOS NUTRICIONALES AL ENFERMO

Sergio Santana Porbén.[¶]

INTRODUCCIÓN

La desnutrición hospitalaria ha recibido gran atención a partir del artículo de Butterworth “The skeleton in the hospital closet”.¹ La desnutrición puede afectar entre el 35 – 55% de los pacientes atendidos en un hospital, no importa la metodología diagnóstica empleada, o la latitud geográfica. El Estudio ELAN Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria reveló que el 50.2% de los pacientes atendidos en hospitales públicos de la América Latina estaba desnutrido.²

Como parte del Estudio ELAN, el Grupo Cubano para el Estudio de la Desnutrición Hospitalaria condujo el Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria, en 12 hospitales de 6 provincias del país. La frecuencia documentada de desnutrición fue del 41.2%. El 11.1% de los enfermos estaba gravemente desnutrido en el momento de la encuesta.³ Desde aquella fecha hasta el momento en que se redactan estas líneas, estudios similares se han conducido en distintos centros del Sistema cubano de Salud Pública para revelar la magnitud y las repercusiones del problema de la desnutrición hospitalaria.⁴ La Tabla 1 muestra los resultados de algunos de estos estudios.⁵

Estado actual de la problemática en Cuba

El estado actual de la desnutrición hospitalaria parece ser la resultante de la combinación de 3 elementos que difieren entre sí por su dinamismo, y capacidades de adaptación y evolución: Oportunidad, Disponibilidad, y Conocimiento.⁵ Con cada día que pasa la práctica asistencial ofrece nuevas posibilidades para el Apoyo nutricional y la Nutrición artificial. Consecuentemente, las disponibilidades de recursos, insumos y tecnologías se han incrementado, diversificado y refinado para dar respuesta a estas oportunidades. El grado de conocimiento de los equipos de trabajo se ha revelado como el factor más rezagado, y que impide un reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno de la desnutrición asociada a la enfermedad.⁶

¿Cómo enfrentar el fenómeno que representa la desnutrición hospitalaria?

El PRINUMA Programa de Intervención Alimentaria, Nutrimental y Metabólica debe ser el documento rector de cualquier esfuerzo orientado al temprano reconocimiento, el tratamiento oportuno, y la prevención última de la desnutrición hospitalaria.⁷⁻⁸ El PRINUMA se concibe como un sistema estructurado de objetivos, acciones, procedimientos, procesos y documentos

[¶] Profesor de Bioquímica, Escuela de Medicina de La Habana. Profesor de Bioquímica Clínica. Facultad de Biología, Universidad de La Habana. Vicepresidencia. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu

relacionados con las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado. La conducción exitosa del PRINUMA debe traer consigo una reducción de las complicaciones asociadas al tratamiento médico-quirúrgico; reducción de los costos de la atención médica; aumento de la calidad de la atención médica (lo que equivale a satisfacción de expectativas); y ahorros presupuestarios que pueden revertirse en otras esferas de la asistencia médica.

Tabla 1. Resultados de algunos estudios completados en centros de asistencia médica del Sistema cubano de Salud Pública para estimar la magnitud y repercusiones de la desnutrición hospitalaria.

Población objeto de estudio	Frecuencia de desnutrición	Escenario	Año
Recién nacidos prematuros	81.4 Herramienta: Encuesta de Metcoff	Hospital Gineco-obstétrico	2006
Niños y adolescentes	33.3 Herramienta: Antropometría	Hospital Pediátrico	2008
Adultos	41.2 Herramienta: Encuesta Subjetiva Global	Hospitales clínico-quirúrgicos y generales	2005
Adultos mayores y ancianos	Comunidad: 2.7 Servicio de Geriátrica: 68.5 – 91.6 Hogar de Ancianos: 95.3 Herramienta: Mini Encuesta Nutricional	Estudio multicéntrico	2007

Modificado de: Referencia [4].

Si bien todos están de acuerdo con los beneficios que encierra un PRINUMA, la pregunta a responder sería: ¿qué estructura hospitalaria podría encargarse de la implementación y conducción del PRINUMA? Varias se han propuesto a lo largo del decursar de la historia de la Nutrición clínica y hospitalaria.⁹⁻¹⁰ Esta exposición reseñará los aspectos más sobresalientes de algunas de ellas.

El Comité de Nutrición se inscribe dentro de una estrategia clásica de organización hospitalaria en la que los médicos, junto con otros integrantes de los equipos de trabajo de la institución (como enfermera(o)s, farmacéuticos, dietistas y nutricionistas), se reúnen regularmente para discutir cómo tratar la desnutrición asociada a la enfermedad, y en correspondencia, redactar las normativas correspondientes. La composición del Comité (y con ello su personalidad) estaría dominada por aquellos médicos que con mayor frecuencia atienden pacientes que muestran signos de desnutrición, esto es, aquellos que se desempeñan dentro de las Unidades de Cuidados Críticos del hospital. La dedicación parcial a la actividad de los integrantes del Comité de Nutrición, la sectorialización de responsabilidades y desempeños, la condición última del Comité como “tanque-pensante” del Consejo de Dirección de la institución, y la siempre latente posibilidad de enajenarse del resto de las estructuras hospitalarias, hacen imposible que se puedan realizar los beneficios implícitos en el PRINUMA, al menos, a corto

plazo. No obstante, el Comité de Nutrición podría ser determinante en la conducción de un estudio de desnutrición hospitalaria como diagnóstico necesario antes de la intervención.

El Servicio (léase Sala) de Nutrición constituye un espacio físico dedicado exclusivamente al tratamiento de los pacientes denotados como desnutridos en cualquier momento de la intervención médico-quirúrgica (incluida la administración de los esquemas de Nutrición artificial). El Jefe, un médico invariablemente, fija la estructura, organización y funcionamiento del Servicio de Nutrición, como cualquier otro: una cuota fija de camas de hospitalización, una nómina salarial independiente, una plantilla preestablecida de personal médico y paramédico, una asignación programada de recursos e insumos, y un contenido de actividades a cumplir. Los mecanismos de retroalimentación sobre la efectividad del desempeño del Servicio no están formalizados, ni tampoco se crean como producto de la gestión del mismo, lo que esencialmente quiere decir que quizá no existan en lo absoluto. Así, por lo general, les queda entonces a los integrantes del Servicio acatar disciplinadamente las pautas de conducta fijadas por el médico que actúa como Jefe.

Si bien la creación de un Servicio de Nutrición pudiera presentarse como una muestra del compromiso de la Dirección de la institución con la implantación del PRINUMA, lo cierto es que tal solución pasa por alto el hecho de que la desnutrición en las instituciones hospitalarias puede afectar al 35-50% de los pacientes internados. Es evidente entonces que un Servicio de Nutrición a la usanza tradicional sería incapaz, no sólo de enfrentar satisfactoriamente el problema de salud que representa la desnutrición asociada a la enfermedad, sino también de tratar adecuadamente a los enfermos ya desnutridos: todos los recursos del Servicio pueden agotarse en el tratamiento de las complicaciones médico-quirúrgicas que ocurran aunque sea en un solo de ellos, lo que pondría en entredicho la capacidad resolutive de la organización. Por otro lado, el confinamiento, dentro del Servicio, de los recursos e insumos para la instalación de los esquemas de Nutrición artificial conduce a ignorar que muchos casos de desnutrición se resuelven con la estimación correcta de las necesidades nutrimentales del paciente y su traducción en la correspondiente prescripción dietoterapéutica.

La propia existencia de un Servicio de Nutrición encierra un peligro potencial de mala práctica asistencial: el paciente solo podría ser admitido al Servicio si exhibe signos reales de deterioro nutricional. La existencia de un Servicio de Nutrición implica reducir la desnutrición asociada a la enfermedad a otra entidad gnoseológica como la hipertensión arterial, el asma bronquial o las dislipidemias, por citar algunas. El médico de asistencia (que en la concepción del PRINUMA debería adoptar las medidas necesarias para preservar el bienestar nutricional del paciente) se enajenaría de estas responsabilidades, al remitir los desnutridos al Servicio de Nutrición para su tratamiento y seguimiento, lo que afectaría el cumplimiento de los Programas de Educación Continuada contemplados en el PRINUMA. El Servicio sería una estructura eminentemente tratativa, lo que afectaría uno de los postulados fundamentales del PRINUMA: la prevención, siempre que sea posible, de la desnutrición asociada a la enfermedad. En un momento donde las restricciones económicas son la regla (más que la excepción), se corre entonces el riesgo de crear una organización de servicios económicamente onerosa, pero con una baja capacidad resolutive.

La Unidad de Soporte Nutricional y Metabólico (USNM) representa un formato superior de organización del Servicio clásico de Nutrición. La USNM ha sido concebida como la organización encargada de la provisión, en un ámbito hospitalario, de cuidados nutricionales especializados al paciente que así lo necesite. A la estructura propia del Servicio de Nutrición se le incorporarían un Gabinete antropométrico, un Laboratorio Clínico especializado para la

realización de determinaciones bioquímicas de interés nutricional, y áreas estériles para la preparación, almacenaje y distribución de mezclas de nutrientes enterales y parenterales, entre otras instalaciones. La USNM podría ser la estructura adecuada para la implementación y conducción de un PRINUMA en aquellos centros asistenciales sin tradición en el reconocimiento y tratamiento de la desnutrición hospitalaria. La creación de la Unidad implica forzosamente la adopción de normas y procedimientos compatibles con las Buenas Prácticas avanzadas en el PRINUMA, sobre todo en lo referente a la documentación de la estructura y el funcionamiento de la organización, el registro sistemático de las actividades diarias, y la conducción de esquemas de Control y Aseguramiento de la Calidad. La puesta en marcha de la Unidad podría servir para un involucramiento más íntimo del Servicio de Farmacia de la institución en la prestación de cuidados nutricionales especializados. La USNM podría convertirse entonces en el taller de donde saldrían los candidatos a integrar un Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario.

El Equipo Multidisciplinario de Terapia Nutricional (EMTN) es una organización deslocalizada de provisión de cuidados nutricionales, esto es, no adscrita a un espacio físico dentro de la institución. En su condición de tal, el EMTN se encarga de la administración y seguimiento de los esquemas intrahospitalarios de Nutrición artificial. El EMTN reúne a especialistas y profesionales de diverso origen y formación curricular que discuten, en pie de igualdad y en constante retroalimentación, las mejores vías y formas para desempeñar sus funciones. Aunque la provisión útil y segura de los esquemas de Nutrición artificial (en virtud de que son tecnologías caras, que pueden colocar al paciente en riesgo de sufrir complicaciones adicionales) pudiera ser la responsabilidad primaria del EMTN, éste también pudiera desarrollar una labor normativa y documental que haga posible la introducción de las Buenas Prácticas de Nutrición Artificial en el centro donde está insertado. La actividad del EMTN se restringe, por propia definición, a la provisión útil y segura de esquemas de Nutrición artificial dentro de un ámbito hospitalario, lo que limita su efectividad; hace poco énfasis en las soluciones dietoterapéuticas de la desnutrición asociada a la enfermedad (de cuya implementación y seguimiento se ocuparían las dietistas asistenciales); y no puede desarrollar actividades de Educación Continuada y formación de recursos que tengan impacto duradero sobre la institución en la que se desempeña.

El Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) representa un escalón superior en el desarrollo de un EMTN. El GAN se concibe como una organización encargada de exponer en toda su magnitud el problema de salud que representa la desnutrición asociada a la enfermedad para la institución, así como las prácticas asistenciales que puedan atentar contra el estado nutricional del paciente hospitalizado. En la misma cuerda, le tocaría al GAN conducir las acciones remediales y profilácticas necesarias para la preservación del bienestar nutricional del enfermo.

ANTICIPANDO VARIAS CONCLUSIONES

Se han propuesto diversas formas organizativas para la conducción, en un ámbito hospitalario, de un PRINUMA. Estas formas deben ser examinadas en su real contexto: como pasos evolutivos de una espiral de desarrollo en la provisión correcta de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado. A cada una de estas formas organizativas le es inherente bondades e insuficiencias, y no pueden verse desvinculadas de las circunstancias históricas en las que fueron propuestas: el estado del conocimiento de la desnutrición asociada a las enfermedades como problema de salud institucional y público, la experiencia acumulada por las organizaciones hospitalarias en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado,

los recursos e insumos de que se han dispuesto históricamente para el tratamiento de los trastornos nutricionales presentes en el paciente, e incluso, el propio desarrollo de la Nutrición Clínica como especialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1974;9:4-8. Reimpreso más tarde en: *Nutrition* 1994;10:435-41; y *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005;20:298-309.
2. Correia MITD, Campos ACL. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003;19:823-5.
3. Barreto Penié J, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005;21:487-97.
4. Santana Porbén S, Ferraresi E. Epidemiología de la desnutrición hospitalaria. Publicación científica sobre Nutrición Clínica RNC 2009;18:101-17.
5. Santana Porbén S. Estado de la nutrición artificial en Cuba. Lecciones del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria. Publicación científica sobre Nutrición clínica RNC 2009;18:37-47.
6. 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. *Clinical Nutrition* 2006;25:1015-29.
7. Barreto Penié J, Martínez González C, Santana Porbén S. Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 1999;13:137-44.
8. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Programa de Intervención en Nutrición hospitalaria: Acciones, diseño, componentes, implementación. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005;20:351-7.
9. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Salas Ibarra AM. Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario: Diseño, Composición y Programa de Actividades. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2000;14:55-64.
10. 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.