

Hogar Materno Infantil “Doña Leonor Pérez Cabrera”. La Habana Vieja. La Habana.

GRUPOS DE APOYO NUTRICIONAL EN HOGARES MATERNOS

Miguel Rojas Portes¹, Raquel Castanedo Valdés², Maira Miró Maceo³, Vivian Herrera Gómez⁴.

INTRODUCCIÓN

Los hogares maternos han alcanzado un elevado desarrollo en los servicios de salud que ofertan, y ello ha hecho posible un crecimiento tanto transversal como longitudinal de los mismos. En el hogar materno se oferta atención médica por diferentes especialidades para todas las gestantes ingresadas y ambulatorias, y se dispone de servicios de estomatología, ultrasonido, cultura física, psicología clínica, y genética médica, entre otros; que pueden brindarse dentro de la propia institución, o en las áreas de salud vinculadas a éste.

Con el paso del tiempo la esencia de los hogares maternos en el sistema nacional de salud ha cambiado. El perfil demográfico de las gestantes atendidas en estas instituciones ha comprendido embarazadas con disímiles dificultades sociales o económicas; afectadas por afecciones no críticas, compensadas; aquellas con embarazos múltiples después de las 20 semanas de gestación (lo cual no es exclusivo actualmente, ya que, teniendo en cuenta los riesgos que implica un embarazo múltiple, es conveniente mantener estas mujeres bajo vigilancia y cuidado médico permanente desde etapas más tempranas); embarazadas con anemia leve y moderada, con disímiles trastornos nutricionales, las que conviven con familias disfuncionales con peligro para el desarrollo de un embarazo exitoso, las que presentan riesgos y amenaza de parto pretérmino que no tengan modificaciones cervicales ni dinámica uterina, riesgo de CIUR, situaciones donde se modifica la cantidad detectada del líquido amniótico (sin que lleguen a constituir oligoamnios o polihidramnios), embarazadas con “signo de más” o “de menos” hasta decidir (después de estudio y evaluación) si deben continuar el embarazo en el hogar materno, o ser trasladadas al hospital; y cualquier otro caso después de discusión entre los funcionarios del hogar materno y el área de salud.

Actualmente, si bien los hogares maternos continúan (y continuarán) siendo, en primer lugar, instituciones eminentemente sociales, nuestra percepción debe reorientarse para ver estas instituciones como centros científicos donde se realicen actividades del más alto nivel en docencia y la investigación; se preste una atención médica de excelencia; donde trabajen

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Presidente del Consejo Científico del Hogar Materno-infantil “Doña Leonor Pérez Cabrera”. Municipio Habana Vieja. Miembro del Comité de Nutrición de Hogares Maternos. ² Especialista de Segundo Grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos. Profesora auxiliar. Investigadora del INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Presidenta del Comité de Nutrición de Hogares Maternos. ³ Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Diplomada en Nutrición Clínica. Responsable del Servicio de Nutrición clínica del Hogar Materno Infantil “Doña Leonor Pérez Cabrera”. Municipio Habana Vieja. Miembro del Comité de Nutrición de Hogares Maternos. ⁴ Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia y Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Investigaciones de Aterosclerosis Jefa del Departamento de Investigaciones del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

profesionales de elevado nivel científico; el campo de la investigación constituya un elemento distintivo y priorizado de estos centros; y como centro docente de excelencia albergue rotaciones de estudiantes de diversas especialidades médicas y paramédicas, internos de la carrera de Medicina, y profesionales de diversas ramas de la salud y la investigación científica.

Es indiscutible que el hogar materno como institución ha permitido la mejoría de muchos de los indicadores relacionados con la salud de la gestante y del recién nacido, y en ello ha jugado un papel importante la adopción de buenas prácticas de alimentación y nutrición. No obstante, a medida que la nutrición se acepta cada vez más como parte imprescindible e indispensable de la atención médica, los hogares maternos tienen la imperiosa necesidad de crear sistemas para la realización de la evaluación del estado nutricional de la gestante de manera especializada, sistemática y con elevado rigor médico y científico. Se reporta actualmente que alrededor del 45% de las gestantes ingresadas en un hogar materno muestra algún grado de desnutrición, más del 50% anemia en grado variable, más del 25% ingresa con un peso insuficiente al inicio de la gestación, y más del 25% exhibe ganancia insuficiente de peso durante el embarazo. El Anexo 1 de este documento muestra algunas prácticas identificadas que pueden afectar el estado nutricional de la gestante. Es indiscutible que no existe aún una concepción sistémica e integral de la ciencia de la nutrición como elemento de gran importancia dentro del proceso salud-enfermedad. Como tal es que deben proyectarse las acciones de diagnóstico, evaluación, terapéutica e intervención en todas las enfermedades actuales que concurren con deficiencias nutricionales, y que todavía comportan una alta incidencia de complicaciones y muertes en grupos especificados de gestantes.

Estructuras organizativas posibles para enfrentar la mala nutrición en la embarazada atendida en un hogar materno

El grado de organización de la ayuda nutricional en una institución de salud depende fundamentalmente de características de la misma, tales como el tamaño, las estructuras organizativas, y el número de pacientes atendidos, por citar algunas.¹⁻² El Comité de Nutrición estaría compuesto por miembros especializados en Nutrición, junto con otros que pueden no serlo, todos ellos con dedicación parcial, para el desarrollo de investigaciones sobre la mala nutrición en la embarazada, y la impartición de cursos de capacitación sobre alimentación y nutrición al personal institucional y de las áreas de salud. Por concepto de la historia y el devenir de los hogares maternos en el sistema cubano de salud, sería más apropiado adoptar este tipo de estructura organizativa, a fin de que los involucrados trabajen estrechamente para alcanzar los objetivos propuestos, pero el Comité de Nutrición tiene como inconveniente la incorporación al mismo de personas que no forman parte de la plantilla de la institución, como, por ejemplo, el representante del Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI) del Ministerio de Salud Pública (MINSAP); o el nutricionista que opera en los niveles municipales o provinciales del sistema de salud.

El Servicio de Nutrición Clínica es una estructura más compleja, que requiere de una plantilla de personal médico y paramédico, camas de ingreso y locales de consultas para las gestantes ambulatorias, todo ello para mantener un vínculo estrecho con las áreas de salud, de manera tal que la paciente, al egreso, y si es necesario, continúe recibiendo una atención especializada, y se pueda seguir el estado nutricional y de salud de la misma, habida cuenta que más del 70% de los casos vistos ambulatoriamente, o que ingresan en el hogar, obedecen a problemas nutricionales.

El Equipo (léase también Grupo) de Apoyo Nutricional (GAN) es la alternativa actual para la provisión de cuidados nutricionales al enfermo en una institución de salud, y se distingue por particularidades muy especiales. El GAN se constituye como un equipo multidisciplinario donde participan médicos (tanto nutricionistas como de otras especialidades), farmacéuticos, enfermeras especializadas, dietistas y nutricionistas, por no agotar la lista de posibles integrantes. En muchos países la modalidad del GAN se considera como el sistema ideal, dado que todos sus componentes trabajan en el equipo con dedicación exclusiva, y pueden incorporar en estas actividades un mayor número de horas, y por lo tanto, asumir un mayor número de responsabilidades; y por estar tan estrecha y obligadamente ligados con los servicios que en estas instituciones se ofrecen.¹⁻²

Tomando en consideración que la alimentación es parte inseparable de la vida, por lo que de ella depende la duración y la calidad de la misma, el GAN se debe organizar como un grupo interdisciplinario integrado por obstetras, especialistas en Medicina General Integral (MGI), enfermeras, dietistas, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en cultura física, y pantristas, por citar los más relevantes en una primera aproximación. Como se espera que el GAN desarrolle un perfil científico, la presencia de un bioestadístico con experiencia en la metodología de la investigación y el diseño experimental sería una notable e importante adición.

El GAN se apoyaría en una red multifactorial compuesta por otros especialistas de salud, como ultrasonidistas y estomatólogos; representantes del sistema de la agricultura urbana de producción de alimentos, la Asociación Nacional de Pequeños Agricultores (ANAP), los servicios locales de gastronomía, y organizaciones de masas y no gubernamentales relacionadas con la salud de la mujer y el niño que actúan en la comunidad, como los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) que, de forma mancomunada, procuran abordar de forma integrada y sistemática la definición e implementación de las políticas y estrategias contempladas en las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición”, a tono con los últimos desarrollos científicos y tecnológicos en estas disciplinas.

El GAN en el hogar materno debe trabajar para disminuir la morbi-mortalidad por-todas-las-causas de la embarazada con trastornos nutricionales durante el tránsito de la misma por la institución, y también después de egresada; disminuir el riesgo obstétrico relacionado tanto con la malnutrición por defecto como por exceso; lograr la adecuación energética de cada gestante, a fin de garantizar la ganancia óptima de peso en cada estación del embarazo; coadyuvar al empleo óptimo de los recursos materiales relacionados con la alimentación y la nutrición de las gestantes atendidas; y disminuir la aparición de las complicaciones relacionadas con los trastornos nutricionales. De todo ello se espera una calidad mejor percibida de la atención integral a la paciente, niveles superiores de satisfacción, aumento de la eficiencia del servicio ofertado por la institución; y disminución de los costos (tangibles/intangibles) de operación de la institución.

Siempre se hará énfasis en los principios básicos de la actuación del GAN como órgano supervisor-ejecutor; promotor de la cooperación interdisciplinaria y multifactorial constante; la dedicación exclusiva de cada uno de sus miembros a la actividad; la elevación de la calidad de la atención médica ofertada; y el acrecentamiento del prestigio nacional e internacional de la institución donde el mismo está insertado.¹⁻²

Perfil asistencial del GAN en el hogar materno

El GAN debe actuar armónicamente con los grupos básicos de trabajo de las áreas de salud en el tratamiento de la mala nutrición, tanto por exceso como por defecto, y los casos que

presenten manifestaciones carenciales; debe supervisar y orientar al médico de asistencia sobre los procedimientos que forman parte de las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición”; y debe defender (y sostener) en todo momento, el principio de que el aseguramiento nutricional de la paciente es responsabilidad plena de su médico de asistencia en la institución, mientras que el cumplimiento del programa nutricional prescrito es responsabilidad de todos los miembros del grupo.

Como quiera que las gestantes son recibidas en el hogar materno provenientes de las áreas de salud, mediante remisión del médico que se desempeña en la atención primaria de salud (APS) o el especialista del área de salud, y previa coordinación con la instancia correspondiente del PAMI, el GAN trabajaría con gestantes atendidas ambulatoriamente o institucionalizadas. En vista de ello, las acciones del GAN se modelarían de la siguiente manera:

Gestantes ingresadas	Gestantes atendidas ambulatoriamente
Perfil clínico: Gestantes en las que se perciba que el cuadro nutricional corriente puede afectar la salud de la madre y el niño, y resultar en morbi-mortalidad incrementada	Perfil clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes y adultas embarazadas con afectación de su estado nutricional • Embarazadas con grados leves y moderados de anemia • Gestantes egresadas que requieran de un seguimiento nutricional especializado
Servicios y acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación nutricional • Diseño e implementación de un Protocolo de Trabajo Nutricional • Seguimiento sistemático y regular del cumplimiento del Protocolo 	Servicios y acciones: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Consulta de primera evaluación:</i> Frecuencia semanal. No más de 10 pacientes en cada consulta • <i>Consulta de seguimiento:</i> Frecuencia semanal. No más de 12 pacientes en cada consulta.

El registro y la documentación de las actividades conducidas por el GAN en las gestantes atendidas en el hogar materno son esenciales para la evaluación de la satisfacción de los objetivos del grupo, y el impacto de la actuación del mismo.³ El Anexo 2 muestra algunos estándares que pueden tomarse como referencia para la redacción de los correspondientes indicadores de calidad de los procesos de atención nutricional de la gestante atendida en el hogar materno. La calidad de la atención nutricional que recibe la gestante en el hogar materno se podrá evaluar según los criterios siguientes:

Estado de la calidad	Criterio de satisfacción
Buena	90% (o más) de satisfacción de todos los estándares
Regular	60% – 89% de satisfacción
Deficiente	59% (o menos) de satisfacción

Perfil docente del GAN en el hogar materno

El GAN debe diseñar, implementar y mantener un intenso programa de educación continua sobre temas de alimentación y nutrición para médicos y paramédicos, a fin de mantener a todos

actualizados en los últimos avances de estas materias.⁴ Este programa incluirá clases magistrales, conferencias, seminarios, talleres y cursos de actualización, entre otras formas de impartición de conocimientos. Se espera que cada uno de los beneficiarios de este programa curse (al menos) 2 de estas formas en un año lectivo. El programa de educación continua debe incorporar actividades de superación de los miembros del GAN, así como extenderse a la gestante y los familiares.

Perfil investigativo del GAN en el hogar materno

El GAN debe definir las líneas de investigación y desarrollo que sirvan de apoyo teórico y filosófico a la labor práctica y asistencial del mismo. Entre las principales, cabe mencionar, entre otras, la evaluación clínica, antropométrica, bioquímica y dietética de la gestante; el diseño de las correspondientes medidas de intervención alimentaria, nutricional y metabólica; la conducción de análisis de riesgo-beneficio, costo-beneficio y costo-efectividad; y la evaluación del impacto de los programas de apoyo nutricional, y la actuación del GAN, sobre los presupuestos de salud.

Colaboración intersectorial del GAN del hogar materno

Habiendo considerado la actuación del GAN como un ente aglutinador de numerosos y disímiles esfuerzos en pos del aseguramiento del estado nutricional de la gestante, como objetivo intermedio en el logro de niños sanos y saludables, la promoción de la constante colaboración multidisciplinaria, multicéntrica debe constituirse en una premisa de trabajo del grupo. A tales efectos, los correspondientes convenios deben ser redactados, para fijar las funciones, responsabilidades, tareas y atribuciones de todos los involucrados.

Especial atención se debe brindar a las instituciones rectoras de la actuación en temas de alimentación y nutrición. En ese sentido, el Departamento de Clínica de la Nutrición del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) debe desempeñarse como un consejo técnico-asesor de los grupos de apoyo nutricional que operen en los hogares maternos. En esta capacidad, el Departamento debe brindar asesoría técnica al GAN del hogar materno en cada uno de los aspectos asistencial, docente e investigativo de la actividad del mismo; elaborar materiales técnicos de apoyo e ilustración; propiciar el intercambio constante entre los grupos de diferentes hogares maternos; difundir las actividades relacionadas con la alimentación y nutrición que se desarrollen en cada hogar; ayudar en la creación de una red de hogares maternos por la salud que incorporen el GAN como parte de la actuación nutricional; e invitar y asesorar a los hogares maternos del país que muestren interés en pertenecer a dicha red.

Evaluación del impacto del GAN del hogar materno

Si el GAN ha de ser exitoso, debe producir cambios duraderos en los modos de actuar del personal médico y paramédico en lo que se refiere a la identificación, tratamiento y prevención último de la mala nutrición observada en la gestante atendida en el hogar materno. Para medir el impacto del GAN se recomienda la evaluación inicial (antes de la implementación del grupo) del personal médico y paramédico sobre conocimientos de alimentación y nutrición, el reconocimiento de las debilidades y fortalezas del hogar materno en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales a la gestante, y el tiempo de estadía global/ajustado por

cama/ajustado por comorbilidades (anemia/mala nutrición por defecto/mala nutrición por exceso/otros trastornos nutricionales).

Establecida la línea basal de comportamiento de la institución de salud, se realizarán evaluaciones periódicas (a los 6 meses/a los 12 meses de creado el grupo) para determinar los cambios que puedan haber ocurrido en estos indicadores, y en qué medida estos cambios se pueden adjudicar a la actuación del GAN. Las no-conformidades identificadas serán anotadas y discutidas por los integrantes del grupo, y se promoverán las acciones remediales y profilácticas correspondientes. Dentro del paquete de tales medidas se le dará una especial atención a la redacción e implementación de los protocolos de actuación en el tratamiento de los trastornos nutricionales identificados en la gestante atendida en el hogar materno, y la programación de los cursos de capacitación del personal médico y paramédico.

CONCLUSIONES

Se ha hecho el reconocimiento que la salud es un derecho fundamental del ser humano, y la concepción de la salud como un estado de bienestar físico, mental y social ha acentuado el criterio de abordar este espacio no sólo desde el sector sanitario, sino también en el sector comunitario. ¿No es acaso el hogar materno parte de esta comunidad? Para fortalecer aún más esta estrategia, emerge el movimiento de “Municipios Saludables”, que incorpora al hogar materno como uno de los ejes de la atención de salud en el municipio. De esta manera, se logrará el perfeccionamiento del trabajo de las instituciones de salud, y se aportará a la comunidad un personal sensibilizado en cuanto a todas las acciones que se derivan de este movimiento por la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. 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.
3. Santana Porbén S. Sistema de documentación y registros. Su lugar dentro de un Programa de Intervención alimentaria, nutricional y metabólica. Nutrición Hospitalaria [España] 2005; 20:331-42.
4. 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.

ANEXOS

Anexo 1. Prácticas asistenciales que pueden afectar el estado nutricional de las gestantes ingresadas en hogares maternos.

1. Falta del registro en la Historia Clínica de la talla y el peso de la gestante en el momento del ingreso.
2. Falta del registro regular en la Historia Clínica del peso de la gestante durante la duración del ingreso.
3. Falta del registro gráfico evolutivo de la ganancia semanal de peso de la embarazada.
4. Falta del registro del Índice de Masa Corporal al ingreso y el egreso de la gestante.
5. Falta del seguimiento frecuencial de la ganancia de peso de la gestante.
6. Falta de la hoja de registro nutricional en la Historia Clínica.
7. Falta de información en la Historia Clínica de la gestante, incluida el diagnóstico nutricional.
8. Falta de información sobre las necesidades energéticas de la gestante.
9. Falta de definición de los patrones alimentarios correspondientes de acuerdo a las necesidades energéticas de la gestante.
10. Desconocimiento de la composición nutrimental de los alimentos, y las fuentes de los mismos.
11. Deficiencias en el registro de las discusiones evolutivas diarias.
12. Disponibilidad limitada para la realización de las determinaciones de laboratorio.
13. Falta de registro de los datos de laboratorio de interés nutricional, y su interpretación.
14. Retraso en el inicio del programa de apoyo nutricional adecuado al estado nutricional de la gestante.
15. Desconocimiento del uso adecuado, y la dosificación, de los antianémicos empleados en el tratamiento de la anemia de la gestante.
16. Deficiencias en la conducción y realización de las encuestas dietéticas.
17. Ausencia de programación de las actividades de capacitación del personal médico y paramédico, y la gestante y los familiares.

Anexo 2. Estándares de calidad de la atención alimentaria y nutricional de la embarazada ingresada en el hogar materno.

1. Registro de la talla y el peso de la embarazada en la historia clínica (HC) al momento del ingreso.
2. Registro del peso con una periodicidad semanal.
3. Registro gráfico evolutivo de la ganancia de peso con una frecuencia semanal.
4. Registro de la altura uterina con una frecuencia semanal.
5. Registro del Índice de Masa Corporal (IMC) al ingreso y al egreso.
6. Diagnóstico del estado nutricional de la gestante, y su discusión, en la HC al ingreso y egreso.
7. Elaboración de planes de medidas de intervención.
8. Realización de determinaciones de laboratorio, y registro en la hoja "Datos de Laboratorio" de la HC. En caso de resultados anormales: Debe documentarse la interpretación y las acciones a tomar.
9. Valoración del tratamiento de la anemia y su discusión.
10. Registro gráfico del tratamiento de la anemia.
11. Programación de cursos de capacitación para médicos, paramédicos, manipuladores de alimentos, y otros actores relacionados con la atención nutricional de la embarazada.
12. Inclusión de medidas remediales en el plan terapéutico propuesto ante la presencia de no-conformidades.
13. Inicio de la terapéutica nutricional dentro de las primeras 24 horas siguientes al ingreso en el hogar. Deben documentarse las necesidades energéticas, y de macro- y micro-nutrientes de la embarazada, las que se ajustarán a los patrones establecidos.
14. Uso de los porcionadores de alimentos.
15. Realización regular de encuestas dietéticas para la evaluación de la satisfacción de los requerimientos nutrimentales de la gestante ingresada.