

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

IMPLEMENTACIÓN DEL GRUPO DE APOYO NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL CLINICOQUIRÚRGICO "HERMANOS AMEIJERAS", CIUDAD DE LA HABANA

Jesús Barreto Penié,¹ Sergio Santana Porbén² y Carmen Martínez González³

RESUMEN

Se presenta el programa de implementación del Grupo de Apoyo Nutricional del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Ciudad de La Habana, y los resultados obtenidos durante el primer año de existencia. El grupo ha difundido dentro de la institución las Buenas Prácticas de Nutrición y Alimentación contempladas en el Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica, y ha desarrollado una intensa labor educativa de los integrantes de los grupos básicos de trabajo del centro. Además, el grupo ha redactado un Manual de Procedimientos con recomendaciones para la evaluación nutricional del paciente hospitalizado, la estimación de los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes, el diseño de medidas de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica (alimentación, dietoterapia, nutrición enteral y nutrición parenteral), y la instalación de diferentes esquemas dietéticos y dietoterapéuticos. Se exponen varios casos clínicos y quirúrgicos que sintetizan las premisas teóricas y filosóficas del grupo en el abordaje de la desnutrición energético-nutrimental hospitalaria.

Descriptor DeCS: APOYO NUTRICIONAL; GRUPOS DE AUTOAYUDA; PROGRAMAS Y POLITICAS DE NUTRICION Y ALIMENTACION

En un trabajo anterior se presentaron las premisas de la creación de un Grupo de Apoyo Nutricional (GAN), su estructura, y el programa de actividades a desarrollar para la introducción de las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado en un escenario clí-

nico-quirúrgico (Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C y Salas Ibarra AM. Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario: Diseño, composición y programa de actividades. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 1999). En el presente artículo se exponen el programa

¹ Master en Nutrición en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Especialista de I Grado en Bioquímica Clínica.

³ Master en Nutrición en Salud Pública. Licenciada en Enfermería.

de implementación del GAN del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", y los resultados durante el primer año de su existencia.

MÉTODOS

El GAN del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" se fundó en 1997 según las acciones contempladas en un documento creado *ad hoc* (Procedimiento Normalizado de Operación 1.008.98. Creación y operación de un Grupo de Apoyo Nutricional. Manual de Procedimientos. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Ciudad de La Habana: 1998). El Consejo de Dirección de la institución, respondiendo a una recomendación del Comité de Expertos creado a tal fin, evaluó y aprobó, mediante resolución interna, la propuesta de creación de un GAN presentada por uno de los autores (Barreto Penié J. Creación y Desarrollo de un Grupo de Nutrición Clínica aplicado a instituciones hospitalarias. Trabajo de Terminación de la Maestría en Nutrición Clínica. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Ciudad de La Habana: 1997).

El GAN del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" quedó constituido por: un médico especialista en Medicina Interna y con una Maestría de Nutrición en Salud Pública, un médico especialista en Fisiología, un médico especialista en Bioquímica Clínica, una licenciada en Enfermería con una Maestría de Nutrición en Salud Pública, un licenciado en Farmacia, y una Dietista; y está subordinado a la Vicedirección del Área Clínica de la institución. El GAN cuenta también con una plantilla accesoria compuesta por representantes de la mayoría de los servicios de la institución (tabla 1), que actúan como enlaces entre el grupo y los equipos básicos de trabajo de la institución, en la consecución de las líneas de trabajo del grupo.

Una vez fundado, el GAN definió las líneas de asistencia clínica, docencia, investigación y desarrollo siguientes: evaluación clínica y bioquímica del paciente desnutrido; diseño de las medidas de intervención alimentaria, nutricional y metabólica; dietoterapia; análisis riesgo-beneficio, costo-beneficio y costo-efectividad; y evaluación del impacto de los programas de apoyo nutricional sobre los presupuestos de salud.

TABLA 1. Labor asistencial del GAN. Distribución de los pacientes por servicio de la institución

Servicio	Número de pacientes
Angiología	1
Cardiología	2
Cirugía Cardiovascular	11
Cirugía General	44
Coloproctología	3
Dermatología	3
Endocrinología	1
Gastroenterología	13
Geriatría	5
Hematología	5
Medicina Interna	21
Nefrología	3
Neumología	1
Neurocirugía	4
Neurología	1
Ortopedia	4
Otorrinolaringología	2
Psiquiatría	1
Quemados	6
Rehabilitación	1
Reumatología	3
Terapia Intensiva	7
Terapia Intermedia	31
Total	173

RESULTADOS

Desde el inicio el GAN ha desarrollado una intensa actividad asistencial,

docente e investigativa destinada a implementar las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición Clínicas contenidas en el Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica (PRINUMA). A continuación se exponen algunos de los resultados alcanzados:

A pesar del perfil primordialmente consultor/asesor del GAN, los especialistas del grupo han atendido de forma directa un número limitado de pacientes que, en virtud de la complejidad de la situación clínico-quirúrgica actual y la necesidad de un apoyo alimentario y nutricional dedicado, ameritaron una participación intensiva del grupo, junto con el equipo básico de trabajo del servicio correspondiente. La distribución de los pacientes según el servicio de procedencia se aprecia en la tabla 2. También se atendieron 13 pacientes procedentes de otras instituciones médicas ubicadas en Ciudad de La Habana, o en otras provincias del país.

TABLA 2. Labor asistencial del GAN. Medidas de intervención alimentaria y nutrimental instaladas en 173 pacientes

Tipo de ayuda nutricional	Número de frecuencia
Alimentos	144
Dietoterapia	1
Nutrición enteral	118
Nutrición parenteral	28
Nutrición parenteral transdiálisis	1
Oligoelementos	9
Suplementos dietéticos	1
Vitaminas	1
Totales	303

En algunos de estos pacientes, la intervención alimentario-nutricional y metabólica fue indispensable para la restauración del cuadro de salud del paciente y el éxito de la acción médico-quirúrgica. Merecen señalarse los casos clínicos siguientes:

- *Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente*. Paciente con abdomen abierto que empleó apoyo alimentario y nutricional fundamentalmente enteral. Egresó vivo.
- *Hematología*. Cinco pacientes a los que se les practicó trasplante de médula ósea con mortalidad nula, y bajo índice de complicaciones, así como estadía reducida.
- *Medicina Interna*. Paciente con síndrome de malabsorción intestinal y desnutrición grave. Se empleó apoyo alimentario con dietoterapia y suplementos enterales. Egresó sin complicaciones.
- *Gastroenterología*.
 - Paciente con fístula pancreática de alto flujo con resolución total mediante técnicas combinadas de endoscopia intervencionista y apoyo nutricional parenteral y enteral.
 - Paciente con colitis ulcerosa en crisis y desnutrición grave que recibió ayuda nutricional enteral con fórmulas oligoméricas especiales. La paciente no necesitó nutrición parenteral. La recuperación fue total, y el número de complicaciones fue bajo.
- *Cirugía General*.
 - Ayuda nutricional perioperatoria de pacientes con neoplasia de páncreas y vías biliares, esófago y estómago, estenosis pilórica, fístula enterales y pancreáticas, preparación preoperatoria de colon.
 - Paciente afecto de intestino corto (50 cm) y desnutrición grave a quien se le practicó intervención quirúrgica compleja de vías digestivas después de una preparación alimentaria y nutricional perioperatoria que incluyó el uso de probióticos y prebióticos. No complicaciones. No empleo de antimicrobianos ni hemoderivados.

- Paciente afecto de intestino corto (60 cm) que requirió un esquema nutricional mixto con nutrición parenteral y dieta enteral oligomérica peptídica. En el transcurso de la evolución clínica se presentó una fístula intestinal que se resolvió con medicamentos, sin necesidad de reintervención quirúrgica. La paciente egresó con un estado de salud recuperado.
- *Cardiocentro*. Apoyo alimentario y nutricional de pacientes con miocardiopatías, operados de valvulopatías, receptores de órganos con insuficiencia respiratoria restrictiva por fibrosis pulmonar, y trasplantes cardíacos.
- *Nefrología*. Pacientes con insuficiencia renal crónica en régimen dialítico. En uno de ellos se practicó la diálisis nutricional con éxito.
- *Dermatología*. Pacientes con cuadros de acrodermatitis enteropática, pelagra, eritrodermia, síndrome de Wernicke-Korsakov, déficit de ácido fólico y alcoholismo.

Docencia

Los especialistas del GAN han dedicado 104 h para impartir conferencias y clases a 354 participantes en 14 eventos nacionales e internacionales, que incluyen cursos de actualización en Nutrición Clínica para médicos, enfermeras, y dietistas; perfiles de salida de la Maestría de Nutrición en Salud Pública; formación de residentes, cursos precongreso, y otras formas de educación continuada.

Investigaciones

El GAN sostiene actualmente protocolos de investigaciones para el apoyo alimentario, nutrimental y metabólico de

los pacientes con trasplantes de médula ósea, la creación y operación de una Unidad de Nutrientes Parenterales para la red de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos de Ciudad de La Habana, y el apoyo perioperatorio de los pacientes quirúrgicos, respectivamente.

Aseguramiento de la calidad

Los especialistas del GAN han desarrollado una importante labor documental con el diseño y difusión de diferentes procedimientos normalizados operacionales (PNO) que recogen las acciones necesarias para la evaluación del estado nutricional del paciente quirúrgico, la estimación de los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes, y el diseño de las medidas de intervención alimentaria y nutricional.

DISCUSIÓN

La creación y operación de un GAN en una institución hospitalaria constituye actualmente una solución costo-efectiva al problema de la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales del paciente hospitalizado. Su puesta en marcha y operación inicial no implica erogaciones importantes (como ocurriría en el caso de una Sala/Servicio de Nutrición), y sus integrantes pueden dedicarse de forma exclusiva e intensiva a resolver las cuestiones prácticas de la implementación del PRINUMA, mediante el trabajo en equipo y la cooperación multidisciplinaria, interdisciplinaria y multicéntrica constantes (a diferencia del Comité de Nutrición). De esta manera, se puede: 1) garantizar la calidad de la terapéutica; 2) desarrollar programas de investigación clínica en materia de

procedimientos y técnicas de ayuda nutricional y metabólica; y 3) alcanzar relaciones riesgo-beneficio y costo-efectividad adecuadas en el apoyo nutricional al paciente hospitalizado.¹

El primer beneficio palpable de la operación del GAN es la reorientación de los equipos básicos de trabajo en la justa indicación de la nutrición parenteral. Otros estudios han demostrado una drástica reducción en la indicación y el uso de la nutrición parenteral en favor de alternativas más costo-efectivas,²⁻⁴ lo que ha corroborado el abuso que se ha hecho históricamente de esta modalidad terapéutica. En nuestro caso, de 303 intervenciones conducidas por el GAN, en sólo el 9,6 % de las veces se ha instalado un régimen de nutrición parenteral (exclusivo/combinado) (tabla 2).

Sin embargo, la reducción en el consumo de los nutrientes parenterales no debe constituir el único indicador de la eficacia del GAN. Una parte importante de la labor del GAN del Hospital Ameijeiras se ha dirigido a reeducar a los equipos básicos de trabajo en la promoción del uso del tracto gastrointestinal en la provisión de alimentos y nutrientes al paciente, si se quiere garantizar el éxito de la intervención médico-quirúrgica.

Es por ello que el GAN ha impulsado un programa intensivo de educación continuada en temas de Alimentación y Nutrición Clínicas, para difundir los logros ocurridos recientemente en estas disciplinas, y cómo integrarlos a la práctica médica diaria. De esta manera, el GAN espera influir sobre las conductas y hábitos errados que prevalecen entre los médicos de asistencia, los que, por el peso de la tradición y la sobreabundancia de información, todavía consideran a la nutrición parenteral (o mal llamada hiperalimentación parenteral) como primera opción. Esta cir-

cunstancia pasa por alto el hecho de que el 90-95 % de las órdenes de ayuda nutricional se satisfacen mediante el aporte enteral de alimentos y nutrientes.

Las actividades de educación continuada del GAN se han complementado con una importante labor documental, a fin de preparar el Manual de Procedimientos del grupo, y donde se recojan, escritas en un formato estructurado, las acciones prescritas por las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición hospitalarias. Este manual reúne procedimientos para la evaluación del estado nutricional del paciente hospitalizado, la estimación de los requerimientos de los macronutrientes y micronutrientes, el diseño de un plan de medidas de intervención alimentaria, nutricional y metabólica, la instalación y mantenimiento de esquemas de nutrición enteral y parenteral, la obtención de muestras de orina de 24 h para estudios metabólicos, entre otros.

A pesar de que el GAN se concibe como un equipo de trabajo dedicado exclusivamente al reconocimiento, tratamiento y prevención de la DEN hospitalaria, sus integrantes no pueden por sí solos implementar, ejecutar y verificar la observancia de las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición hospitalarias en cada uno de los servicios de la institución donde operen.

Esta circunstancia debe reconciliarse con una de las premisas del PRINUMA de que el médico de asistencia es el responsable de la provisión de los cuidados alimentarios y nutricionales al paciente que los necesite.

El GAN ha resuelto este problema mediante la creación de una plantilla accesoria que, estando integrada por los miembros de los equipos básicos de trabajo interesados en estos temas, permite colocar en cada servicio a un experto y líder de

opinión respaldado por el GAN, y que diseminará dentro de su esfera de acción las recomendaciones, orientaciones y procedimientos que preparen los especialistas del GAN.

Se ha expuesto una plantilla mínima del GAN que puede servir de prototipo a otras instituciones que se inicien en las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición hospitalarias. Esta composición deberá ampliarse en la misma medida en que el GAN se imponga metas más ambiciosas, para incorporar profesionales que, aunque ajenos a la profesión médica, son indispensables en el mundo actual para asegurar una calidad superior de atención médica.

En particular, cualquier composición prospectiva del GAN deberá incluir a especialistas en costos y finanzas de la institución que ayude a los miembros del GAN a evaluar el impacto económico del PRINUMA, a justificar el impacto económico de la actividad del grupo, y en definitiva, a introducir el cálculo económico en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales costos-beneficiosos y costos-efectivos, *máxime* en un "escenario" actual marcado por las restricciones económicas y financieras de todo tipo.

En esta línea de pensamiento, es importante que la actividad del GAN sea respaldada por la Dirección de la institución, y los demás elementos participantes en la toma de decisiones. Debido a la envergadura de las acciones contenidas en el PRINUMA, y la necesidad forzosa de hacer compatibles las estructuras actuales de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales con las Buenas Prácticas pres-

critas en el programa de intervención, es indispensable que la Dirección de la institución implemente las estrategias necesarias para que los elementos directivos, administrativos y políticos colaboren estrechamente con los miembros del GAN en la definición de procedimientos, la revisión crítica de las estructuras vigentes de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales, y la introducción de los cambios que sean pertinentes. Es por ello que el Jefe del GAN debe mantener una comunicación fluida e intensa con la Dirección y los restantes integrantes del Consejo de Dirección, a fin de involucrarlos en el proceso de puesta en marcha del PRINUMA. En dependencia de la etapa del cronograma de implementación del GAN, podría ser recomendable que la plantilla básica del GAN incluya un representante del Consejo de Dirección para exponer ante la institución la importancia que se le conceda a la labor del grupo.

Finalmente, la acción del GAN, por definición, se circunscribe a la institución donde opera. Sin embargo, se ha reconocido que el origen de la DEN hospitalaria puede rastrearse hasta la comunidad donde habita el paciente.^{5,6} Otro evento que apoya la necesaria proyección del GAN hacia la comunidad de referencia es el incrementado desarrollo de esquemas domiciliarios y comunitarios de nutrición artificial, en un intento por abaratar los costos de la atención médica y mejorar la calidad de vida del paciente, mediante la descentralización de los cuidados alimentarios y nutricionales.^{7,8} En un próximo trabajo se expondrá una propuesta para la creación de un GAN comunitario.

SUMMARY

The program for the implementation of the Nutritional Support Group at the "Hermanos Ameijeiras" Clinical and Surgical Hospital in Havana city, as well as the results achieved during the first year of work are presented in this

paper. The group has spread within the institution the Good Practices of Food and Nutrition included in the Program of Food, Nutritional and Metabolic Intervention, and has carried out an intensive educational activity among the members of the basic working groups in the center. Moreover, the group has prepared a Manual of Procedures with recommendations for the nutritional evaluation of inpatients, the estimation of macronutrient and micronutrient requirements, the design of measures of food, nutritional and metabolic intervention (food, dietotherapy, enteral nutrition and parenteral nutrition) and the introduction of different dietary and dietotherapeutic schemes. Some clinical and surgical cases that summarize the theoretical and philosophical premises of the group in relation to the approach of hospital energy-nutritional malnutrition are considered in the paper.

Subject headings: NUTRITIONAL SUPPORT; SELF-HELP GROUPS; NUTRITION PROGRAMMES AND POLICIES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bengoa JM. Hospital Nutritional Support Teams. Organization and patient benefit. Wander First International Medical Symposium. Berna 1987.
2. Destky AS y Jeejeebhoy KN. Cost-effectiveness of nutritional support in patients undergoing major gastrointestinal surgery. JPEN 1984;8:832-7.
3. Twomey PL, Palching JC. Cost-effectiveness of nutritional support. JPEN 1985;9:3-10.
4. Tucker HN, Miguel SC. Cost containment through nutrition intervention. Nutr Rev 1996;54:111-21.
5. Bayley KV, Ferro A. Use of body mass index of adult in assessing individual and community nutritional status. Bull WHO 1995;75:673-80.
6. Herndon AS. Using the nutrition screening initiative to survey the nutritional status of clients participating in home-delivered meals program. J Nutr Elder 1995;14:15-25.
7. Loan T, Kearney P, Magnesun B, y William S. Enteral feeding in the home environment. Home Health Nurse 1997;15:531-6.
8. Orr M. Taking your show on the road: the concept of a mobile nutrition support team. Nutr Clin Pract 1995;10:233-6.

Recibido: 20 de septiembre de 1999. Aprobado: 25 de octubre de 1999.

Dr. *Jesús Barreto Penié*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". San Lázaro 701, Municipio Centro Habana, CP 10300, Ciudad de La Habana, Cuba.