

LOS GRUPOS DE APOYO NUTRICIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

RAFAEL JIMÉNEZ GARCÍA M.D.¹, ALEJANDRO TORRES AMARO M.D.²,
SERGIO SANTANA PORBÉN M.D.³, LÁZARO ALFONSO NOVO M.D.⁴

RESUMEN

La incidencia de la Malnutrición Hospitalaria en Hospitales Pediátricos está relacionada con el grado de desarrollo social. Su identificación como causa principal de morbilidad hospitalaria continúa siendo uno de los grandes retos para gerentes de salud y el personal médico y paramédico que asiste al niño hospitalizado. Aún cuando existe un consenso mundial acerca de la importancia de la nutrición en el niño críticamente enfermo y su relación con un incremento de su estadía hospitalaria, la incidencia de sepsis nosocomial y el aumento de los costos de su tratamiento en un mundo en crisis económica son pocos los esfuerzos que se dedican a la identificación de la magnitud del problema. El presente trabajo se describe la actuación de un Grupo de Apoyo Nutricional Pediátrico como herramienta de evaluación de la desnutrición hospitalaria.

Palabras Claves: Desnutrición hospitalaria, Grupo de Apoyo Nutricional

-
- 1 Profesor e Investigador Auxiliar, Especialista de II Grado en Pediatría. Hospital Universitario Pediátrico "Juan Manuel Márquez" Servicios de Enfermedades Digestivas y Nutrición. Cuba
 - 2 Instructor. Especialista de I Grado en Quemados y Cirugía Reconstructiva. Hospital Universitario Pediátrico Juan Manuel Márquez. Cuba
 - 3 Profesor Asistente. Especialista de II Grado en Bioquímica Clínica. Hospital Hermanos Almeijeiras. Grupo de Apoyo Nutricional. Cuba
 - 4 Profesor Auxiliar. Máster en Nutrición. Especialista de II Grado en Pediatría. Hospital Universitario Pediátrico William Soler. Servicio de Nutrición Pediátrica. Cuba
-

Recibido para publicación: enero 15, 2009

Aceptado para publicación: abril 15, 2009

SUMMARY

Incidence of Pediatric Hospital Malnutrition is related to the social development. Its identification as a main cause of morbimortality continues like a great challenge to health administrator and clinicians that assist hospitalized children. Even though there is a world consensus about its importance nutrition of a critical ill child and the time of hospital stay, incidence of sepsis and the increased cost of hospitalization into a world with a great economical crisis are few the efforts to identify the magnitude of the problem. Present paper describe the performance of a Nutritional Support Group as a tool for assessing the Hospital Malnutrition.

Key words: Hospital malnutrition, Nutritional Support Group

INTRODUCCIÓN

La desnutrición hospitalaria constituye uno de los principales retos dentro de la gestión de salud en las unidades asistenciales de alto nivel. Existe una gran variación en cuanto a la incidencia de la desnutrición hospitalaria variando sus cifras desde cerca de un 15% al 79% de los pacientes ingresados con algún parámetro o indicador del estado nutricional afectado¹⁻³. El estado nutricional puede variar durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, etc. La malnutrición hospitalaria continúa siendo un problema de salud pobremente reconocido por los administradores de salud aún cuando es un hecho reconocido y aprobado por toda la comunidad científica de que la nutrición se asocia directamente con la mortalidad,

la morbilidad, los costos hospitalarios, la estadía y la calidad de vida del paciente hospitalizado⁴⁻⁵

Otro de los factores que hoy se reconocen como influyentes en la evolución nutricional del paciente hospitalizado es la calidad en los servicios que atienden a los pacientes desnutridos en las salas de hospitalización, existen estudios que demuestran que en hospitales con una incidencia de un 22% de pacientes con riesgos de desnutrición, solamente el 25% de ellos reciben una cantidad adecuada de proteínas y energía y solamente el 30% de ellos mantenían un control sistemático del peso durante su estadía hospitalaria⁶.

La desnutrición hospitalaria: ¿Un nuevo problema de salud?

Hace más de una década que se viene advirtiendo en las evidencias acerca del problema de la desnutrición hospitalaria y su impacto en la salud pública tanto en países desarrollados como subdesarrollados⁷.

La incidencia de la Malnutrición en los hospitales tiene una incidencia variable de acuerdo al grado de desarrollo alcanzado, el tipo de hospital y las oportunidades recibidas por el paciente de acuerdo a las gestiones gerenciales. En un estudio multicentro realizado por la Federación Latinoamericana de nutrición Enteral y Parenteral (FENLAPE) se pudo comprobar que la incidencia de malnutrición proteica – nutrimental es aun elevada⁸.

Otros estudios Latinoamericanos donde se incluyen el realizado en Argentina en el 2003⁹ con el objetivo determinar la prevalencia de malnutrición hospitalaria y que incluyo 38 hospitales de 17 ciudades, la malnutrición alcanzó el 47% de los pacientes ingresados de los cuales solamente fueron identificados el 38.8% de los casos, por lo que se concluye que a pesar de que la malnutrición en el paciente hospitalizado es un problema común, su identificación es en gran medida desconocida.

En el África donde la malnutrición es un problema importante de salud se ha podido demostrar que en los hospitales es común que ingresen los niños con estado nutricional desfavorable constituyendo estos

el 20% y la segunda causa de muerte hospitalaria¹⁰.

En un estudio realizado en Francia durante el año 2003 se comprobó que existía una prevalencia similar en las salas de hospitalización entre los niños desnutridos por defecto y los obesos, alcanzando la desnutrición cualquiera que fuera su tipo a un tercio del total de los niños ingresados sin existir variaciones entre los servicios pediátricos y quirúrgicos¹¹.

Se ha podido reconocer que la nutrición es un factor determinante para la evolución del niño críticamente enfermo, en las salas de terapia intensiva el tiempo de estadía y el uso de la ventilación mecánica son directamente proporcionales al estado nutricional¹². La prolongación de la estadía hospitalaria conlleva al incremento de los costos los cuales constituye uno de los principales problemas que enfrentan gobiernos y administradores de salud¹³.

Malas prácticas en la nutrición del niño ingresado con riesgo nutricional

Uno de los principales objetivos de los Grupos de Apoyo Nutricional es el diagnóstico temprano y el seguimiento oportuno del niño con riesgo nutricional, este evento muchas no siempre se cumple porque el equipo médico puede cometer una serie de errores que se consideran como Malas Prácticas en la Alimentación y Nutrición¹³. Se pudieran en forma general enumerar de la siguiente forma:

1. Los pacientes en los servicios de urgencia no registran el peso y la talla, lo cual conlleva al desconocimiento acerca del estado nutricional con el que el niño inicia su estadía hospitalaria, esto puede ocurrir aún cuando el niño es pesado y tallado para el cálculo de las dosis de los medicamentos.
2. Las Historias clínicas muchas veces no poseen un registro gráfico del peso, lo cual permitiría al médico en su evolución conocer el impacto de las medidas nutrimentales en la recuperación nutricional, tener un apreciación objetiva acerca de la velocidad de la ganancia de peso que en muchas ocasiones puede definir mejor la evolución del estado nutricional que el salto de los canales percentilares.
3. Uso prolongado de infusiones glucosadas

y salinas después de haberse corregido el desbalance como vía de nutrición del paciente lo cual es incorrecto porque conlleva a la ausencia de nutrientes elementales para la alimentación del niño.

4. Abuso de los ayunos para la realización de los estudios que confirman un diagnóstico determinado lo cual se ha asociado con una disminución de la ganancia de peso.
5. Falta de experiencia por parte del médico y/o el personal de enfermería para el uso de las sondas enterales y la selección adecuada de las fórmulas enterales. Ejemplo: Nutrición personalizada y/o órgano específica.
6. Retardo en el inicio del soporte nutricional. La nutrición temprana en el niño con riesgo nutricional es de vital importancia para su recuperación y disminuir la probabilidad asociada a la desnutrición de la sepsis nosocomial.
7. Uso inadecuado de los recursos hospitalarios para el tratamiento y seguimiento del niño de riesgo (exceso de exámenes complementarios, usos de nutrientes de forma inadecuada, etc.).

Las malas prácticas son corregidas cuando el niño con riesgo nutricional es abordado con un enfoque de equipo de manera multidisciplinaria en donde la toma de decisiones sea colegiada y convenida con los administradores de salud y va desde el diagnóstico hasta la calidad y el ambiente en que se le brinda el alimento al niño.

El Grupo de Apoyo Nutricional en el abordaje de la complejidad clínica relacionada con el tratamiento de la desnutrición del niño hospitalizado

Las discusiones en relación con la desnutrición en los hospitales pediátricos muchas veces obvian el principio de que un porcentaje de los niños que ocupan una cama hospitalaria se desnutrieron precisamente en el tiempo que permanecieron en el hospital por lo tanto las acciones de salud pueden lograr mejorar una determinada patología crónica o aguda pero no

alcanzan a preservar un estado nutricional del niño.

Por lo que podemos decir que los trastornos nutricionales en el niño enfermo tiene un carácter heterogéneo iniciándose en la comunidad donde crece y se desarrolla el niño, perpetuándose y muchas veces agravándose el hospital donde es atendido llegando no pocas veces a dominar el cuadro clínico y la evolución ulterior al momento del egreso¹⁴.

Cabría entonces hacernos una pregunta muy simple es que ¿El problema de la desnutrición hospitalaria comienza y termina en una cama hospitalaria? Esta pregunta tendría una respuesta negativa inmediata de cualquier médico con un sentido de la realidad mundial y un sentido de ética médico social elemental y la respuesta podríamos buscarla desde el paradigma de la desnutrición hecho por Ramos Galván en donde se puede reconocer el enfoque multifactorial de la desnutrición en el niño¹⁵ hasta lo propuesto por la FAO, OMS, UNICEF y muchas Organizaciones No Gubernamentales alrededor del impacto ético – social de la desnutrición ha sido colocada como la Piedra Angular del enfoque de la Desnutrición tanto comunitaria como hospitalaria.

Por lo tanto desde los gestores económicos a nivel del estado hasta los administradores de salud en los hospitales deben encarar la emergente necesidad de construir las bases metodológicas que permitan la provisión correcta de cuidados nutricionales al niño hospitalizado con riesgo de desnutrirse y la administración de los recursos disponibles para la intervención nutricional (enteral y/o parenteral)..

Los Grupos de Apoyo Nutricional han sido promovidos como la estructura institucional deslocalizada, no adscripta a espacio físico alguno dentro de la planta hospitalaria capaz de brindar una respuesta coherente a las necesidades expuestas anteriormente¹⁶.

Los Grupos de Apoyo Nutricional (GAN) han devenido en una filosofía de trabajo orientada a colegiar el tratamiento del paciente con riesgo de desnutrirse con lo que el enfermo pasa a constituir el objetivo de su trabajo. El GAN ha constituido también una herramienta invaluable para el uso racional de los recursos destinados al apoyo nutricional

beneficiando a la gestión financiera institucional.

El Grupo de Apoyo Nutricional apoya la gestión hospitalaria a partir de sus propios recursos humanos y materiales para cumplir tres funciones fundamentales que son insolubles: la asistencia, docencia e investigación.

El principio Metodológico más importante que sostiene al GAN es la capacidad de los integrantes del mismo para colegiar las acciones de salud a través de un enfoque multi, inter y transdisciplinario, evadiendo así los vicios presentes en la atención del paciente hospitalizado y que suele aparecer cuando se enfoca al desnutrido bajo el prisma de una entidad clínica restándole importancia al contexto social que rodea a toda entidad clínica desde la comunidad hasta la cama del hospital.

Las Unidades de Nutrición Enteral con un enfoque metodológico a partir del principio de Grupo de Apoyo Nutricional.

Las Unidades de Pediátricas de Nutrición Enteral (UPNE) pueden ser alternativas viables de los Grupos de Apoyo Nutricional desarrolladas a partir de bases metodológicas propias adaptadas a condiciones hospitalarias y comunitarias específicas siempre que no se viole el principio del Grupo de Apoyo Nutricional de la valoración colegiada atendiendo a las condiciones clínico – sociales en la solución del problema de salud que constituye la desnutrición¹⁷.

Las Unidades Pediátricas de Nutrición Enteral (UPNE) tienen como punto común el hecho de que su nivel de acción es descentralizado por lo que no precisan de una inversión para crear un espacio físico abarcando en su ámbito de acción a la totalidad de los servicios clínicos y quirúrgicos.

Las UPNE pueden ser de utilidad para aquellos hospitales pediátricos en donde no se han creado los Grupos de Apoyo Nutricional en la identificación de niños con riesgo de desnutrirse durante la estancia hospitalaria como paso previo en el diseño intervencionista necesarios; colegiar la implementación de los mismos con los servicios

donde está ingresado el niño, monitorear su evolución y ser auditor de los recursos necesario para el logro del éxito terapéutico.

Ruta Crítica para el tratamiento del niño hospitalizado en riesgo de desnutrirse

Jiménez y colaboradores desarrollaron un algoritmo metodológico (Figura 1) donde se vuelcan las relaciones longitudinales y subordinaciones administrativas en las estructuras que se relacionan con el Grupo de Apoyo Nutricional.

En dicha relación se vinculan los jefes de los servicios médicos con los gerentes administrativos en la toma de decisiones adaptadas a las condiciones del sistema de salud cubano.

Existen dos vías de entradas al sistema evaluativo según el lugar en donde se encuentre el niño ingresado, en los servicios cerrados donde permanecen casi la totalidad de los niños críticamente enfermos y las salas de hospitalización (pediátricas y quirúrgicas) y a su vez el algoritmo contiene en su salida la relación hospital – comunidad para el seguimiento del niño y la prevención en relación a la desnutrición comunitaria⁵.

CONCLUSIONES

Los Grupos de Apoyo Nutricional son una herramienta metodológica que permite hacer un abordaje colegiado de la desnutrición hospitalaria al mismo tiempo que sirven de desarrollo del recurso humano a través de la vinculación asistencial, docente e investigativa.

Constituyen estos Grupos auditores de la actividad asistencial relacionada con el tratamiento del niño en riesgo nutricional hospitalizado racionalizando y optimizando los recursos disponibles para el tratamiento del niño desnutridos.

Adicionalmente estos Grupos permiten la relación eficiente entre la atención secundaria/terciaria con el médico de familia a nivel primario.

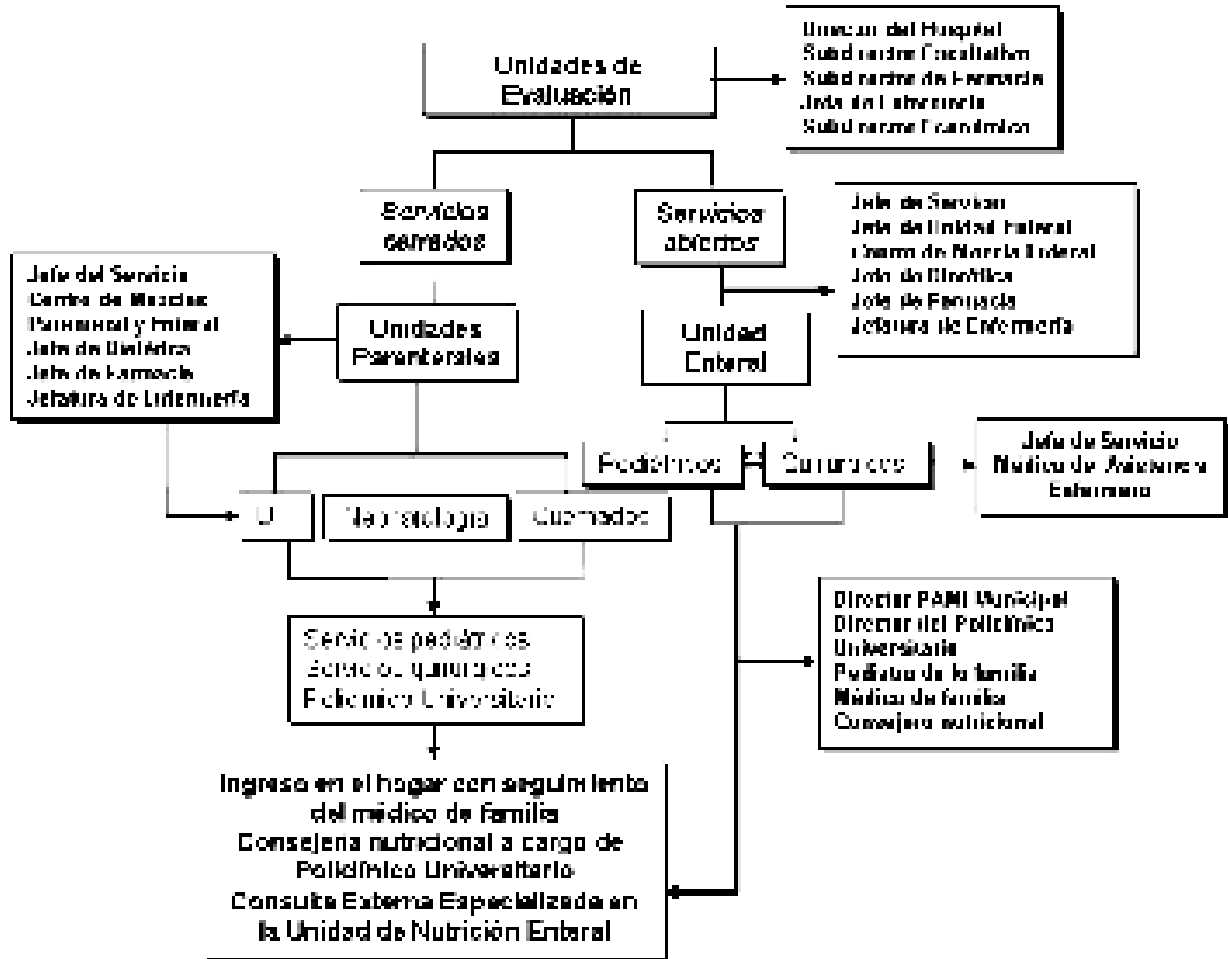


Figura 1. Ruta crítica en el tratamiento del niño hospitalizado en riesgo de desnutrirse. Relaciones longitudinales y subordinaciones administrativas de las estructuras hospitalarias involucradas.

Referencias

1. Lean M, Wiseman M. Malnutrition in Hospitals. *BMJ* 2008; 9:336-390
2. Agradi E, Messina V, Campanella G, Venturini M, Caruso M, Moresco A, Giacchero A, Ferrari N, Ravera E. Hospital malnutrition: incidence and prospective evaluation of general medical patients during hospitalization. *Acta Vitaminol Enzymol* 1984; 6:235-242.
3. Penié JB. State of Malnutrition in Cuban Hospitals. *Nutrition*. 2005; 21: 487-497
4. Pablo AM, Izaga MA, Alday LA. Assessment of nutritional status on hospital admission: nutritional scores. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57:824-831
5. Jiménez R, Sagaro E, Penalver R, Alvarez R, Dominguez R, Trujillo ME, Santana S. Desarrollo de una Unidad Pediátrica de Nutrición Enteral siguiendo las pautas para la creación de los Grupos de Apoyo Nutricional. *Rev Cub Alim Nutr* 2008; 18(2): 213-239
6. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, Andersen JR, Baerthsen H, Bunch E, Lauesen N. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21:449.
7. De Ilibarri JI. La Desnutrición Hospitalaria. *Nutr Hosp* 2003; 18:53-56
8. Penié JB. State of Malnutrition in Cuban Hospitals. *Nutrition* 2005; 21: 487- 497
9. Wyszynski DF, Perman M, Crivelli A. Prevalence of hospital malnutrition in Argentina: preliminary results of a population-based study. *Nutrition* 2003; 19:115-119
10. Cartmell E, Natalal H, François I, Ferreira MH, Grahnquist L. Nutritional and clinical status of children admitted to the malnutrition ward, Maputo central hospital: a comparison of data from 2001 and 1983. *J.Pediatr* 2005; 51:102-105

11. Marteletti O, Caldari D, Guimber D, Mention K, Michaud L, Gottrand F. Malnutrition screening in hospitalized children: influence of the hospital unit on its management. *Arch Pediatr* 2005;12:1226-1231
12. Mota EM, Garcia PC, Piva JP, Fritscher CC. The influence of poor nutrition on the necessity of mechanical ventilation among children admitted to the Pediatric Intensive Care Unit. *J Pediatr (Rio J)* 2002;78:146-152
13. Penie B, Santana S, Martinez C. Programa de Intervención alimentaria, nutrimental y metabólica del paciente hospitalizado. *Rev Cub Aliment Nutr* 1999; 13:137-144
14. Jiménez R, Sagaró E, Torres A, Peñalver R, Álvarez R, Domínguez R, Trujillo ME, Santana S. Desarrollo de una Unidad Pediátrica de Nutrición Enteral siguiendo las pautas para la creación de los Grupos de Apoyo Nutricional. *Rev Cub Aliment. Nutr* 2008; 18:213-239
15. Galván R. Desnutrición en el niño. Edición Revolucionaria. Instituto Cubano del Libro. Primera Edición. La Habana. 1970:8
16. Santana Porbén S, Barreto Penié J, Grupos de Apoyo Nutricional en un ambiente hospitalario: Tamaño, composición, relaciones acciones. *Nutr. Hosp. (España)* 2007; 22: 68-84
17. Jiménez García R, Sagaró González E, Peñalver Valdés R. Methodological algorithm for planning nutritional treatment for hospitalized children in a pediatric nutrition unit with limited resources. *Proceedings of Annual Meeting and Postgraduate Course. NASPGHAN. Utah. 2005. Pp 35.*