

Original

## Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. Tamaño, composición, relaciones, acciones\*

S. Santana Porbén\* y J. Barreto Penié\*\*

\*Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Profesor de Bioquímica de la Escuela de Medicina de La Habana. \*\*Médico. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de La Habana. Cuba.

### Resumen

El Grupo hospitalario de Apoyo Nutricional (GAN) es el escalón superior de la evolución de las formas de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado. El GAN se destaca de otras formas precedentes por la armonía y cohesión entre sus integrantes, la multi-, inter- y transdisciplinaria, la dedicación a la actividad a tiempo completo, y la capacidad de autofinanciarse a costa de los ahorros generados de la implementación de una política nutricional consistente con las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición. Se espera que la inceptión y operación del GAN en un entorno hospitalario permita la realización de los beneficios implícitos en los Programas de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. En este artículo se presentan pautas y recomendaciones para la definición del tamaño y composición de un GAN hospitalario, así como el establecimiento de las responsabilidades, funciones y tareas de los integrantes del Grupo, y la construcción de un cronograma de implementación, todo ello a partir de la experiencia de los autores después de conducir un GAN en un hospital de tercer nivel en la ciudad de La Habana (Cuba).

(*Nutr Hosp.* 2007;22:68-84)

Palabras clave: *Grupo de Apoyo Nutricional. Programas de Intervención. Desnutrición hospitalaria. Trabajo en equipo. Interdisciplinariedad. Transdisciplinariedad.*

### Introducción

La misión, objetivos y estructura de un Programa Hospitalario de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica (PRINUMA) se han expuesto ante-

### NUTRITIONAL SUPPORT GROUPS AT A HOSPITAL SETTING. SIZE, COMPOSITION, RELATIONSHIPS AND ACTIONS

#### Abstract

The hospital Nutritional Support Group (NSG) represents the ultimate step in the evolution of the forms of provision of nutritional and feeding care to hospitalized patients. The NSG outdoes other preceding forms for its harmony and cohesion among its members, the multi-, inter- and transdisciplinarity, the dedication to the activity on a full time basis, and the capability to self-finance by means of the savings derived from the implementation of a nutritional policy consistent with the Good Practices of Feeding and Nutrition. It is to be expected that the inception and operation of a NSG in a hospital environment allows the realization of the benefits embedded into the Metabolic, Nutritional and Feeding Intervention Programs. Guidelines and recommendations for the definition of the size and composition of an hospital NSG are presented in this article, along with the responsibilities, functions and tasks to be assumed by its members, and a timetable for its implementation, always from the experiences of the authors after conducting a NSG in a tertiary-care hospital in Havana (Cuba).

(*Nutr Hosp.* 2007;22:68-84)

Key words: *Nutritional Support Group. Intervention Programs. Hospital Malnutrition. Teamwork. Interdisciplinarity. Transdisciplinarity.*

riormente<sup>1,2</sup>. El PRINUMA contiene las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición orientadas, por un lado, a la identificación temprana y el tratamiento oportuno de la desnutrición asociada a la enfermedad, y por el otro, a la corrección de las malas prácticas que

**Correspondencia:** Sergio Santana Porbén  
Apartado Postal 6192  
Ciudad Habana 10600  
Cuba

E-mail: ssergito@infomed.sld.cu

Recibido: 18-VII-2006.

Aceptado: 14-XI-2006.

\* Presentado en forma de Tema dentro del Panel de Expertos "Programas de Intervención en Nutrición Hospitalaria", como parte de las actividades del IX Congreso Latinoamericano de Nutrición Parenteral y Enteral, celebrado en La Habana (Cuba), entre los días 24-27 de junio del 2003.

podieran atentar contra el estado nutricional de los pacientes hospitalizados<sup>3</sup>.

La implementación de un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica significa una ruptura total con los modos tradicionales de provisión de cuidados nutricionales y asistenciales al paciente, y en consecuencia, obliga a un replanteamiento de la práctica médica, tal y como se ha hecho hasta la fecha. Las actividades contempladas en el PRINUMA pueden rebasar los esfuerzos aislados y no siempre concertados de los médicos, enfermera(os), dietistas, nutricionistas, farmacéuticos y demás integrantes de los equipos básicos de trabajo del hospital. Por consiguiente, la conducción exitosa del PRINUMA y la realización de los beneficios implícitos dependerán en gran medida del formato de la organización encargada de su implementación.

En este artículo se discutirá la propuesta de un Grupo de Apoyo Nutricional como la estructura idónea para la conducción en un entorno hospitalario de las acciones contempladas en el PRINUMA.

#### *Formatos de organización para la provisión de cuidados nutricionales y alimentarios al paciente hospitalizado*

Se han descrito varios formatos de organización para la provisión de cuidados nutricionales y alimentarios al paciente hospitalizado (tabla I). 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, se reúnen regularmente para discutir cómo tratar la desnutrición asociada a la enfermedad, y en correspondencia, redactar las normativas correspondientes<sup>4</sup>. Aún cuando el Comité de Nutrición podría incluir a enfermera(o)s, farmacéuticos, dietistas y nutricionistas, entre otros representantes de las profesiones paramédicas del hospital, lo

cierto es que su composición (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, por cuanto en muchas ocasiones el apoyo nutricional del enfermo se difiere hasta su ingreso en tales servicios.

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.

El Servicio (Sala) de Nutrición se concibe como 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)<sup>5,6</sup>. El Jefe, un médico invariablemente (¿Quién mejor para decidir cómo organizar y dirigir un Servicio hospitalario?), 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.

**Tabla I**

*Propiedades de las distintas formas de organización de la provisión de cuidados nutricionales al paciente hospitalizado. Un análisis comparativo*

<i>Indicador</i>	<i>Comité de Nutrición</i>	<i>Servicio (Sala) de Nutrición</i>	<i>Unidad de Soporte Nutricional y Metabólico</i>	<i>Equipo Multidisciplinario de Soporte Nutricional</i>	<i>Grupo de Apoyo Nutricional</i>
Dedicación a la actividad	Parcial	Exclusiva	Exclusiva	Exclusiva	Exclusiva
Multidisciplinaridad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Interdisciplinaridad	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Transdisciplinaridad	No	No	No	No	Sí
Carácter	Asesor	Ejecutor	Ejecutor	Ejecutor	Asesor/Ejecutor
Actividad normativa	Sí	No	No	No	Sí
Alcance	Limitado	Local	Local	Local	Global
Organización jerárquica	Lineal	Piramidalizada	Piramidalizada	Lineal	Lineal
Funcionamiento	Deslocalizado	Localizado	Localizado	Deslocalizado	Deslocalizado

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<sup>7,8</sup>. 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 resolutoria 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. Luego, 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 resolutoria.

Finalmente, 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. De esta manera, 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 Continua contemplados en el PRINUMA.

La Unidad de Soporte Nutricional y Metabólico (USNM) representa un formato superior de organiza-

ción del Servicio clásico de Nutrición<sup>9,10</sup>. 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. Asimismo, 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. Por último, la USNM podría convertirse en el taller de donde saldrían los candidatos a integrar un Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario.

El Equipo<sup>\*\*</sup> Multidisciplinario de Terapia Nutricional (EMTN) representa una organización de provisión de cuidados nutricionales deslocalizada, 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 monitoreo de los esquemas intrahospitalarios de Nutrición artificial. Así, 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<sup>11</sup>. 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

\* Equipo: Grupo de operarios organizado para un fin o servicio determinado. Fuente: Diccionario Enciclopédico SALVAT. Décima Edición. SALVAT Editores, S.A. Madrid: 1962.

\*\* Equipo o servicio de apoyo nutricional: Grupo multidisciplinario de profesionales de la asistencia médica con experiencia en Nutrición que ayudan en la provisión de apoyo nutricional [ASPEN Board of Directors. Definitions of terms used in ASPEN guidelines and standards. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1995; 19:1-2]. Grupo multidisciplinario de profesionales sanitarios que proporcionan cuidados a los pacientes que precisan una nutrición enteral especializada o nutrición parenteral total [Ordóñez González J, Miján de la Torre A, Celaya Pérez S. Equipos de soporte nutricional. Unidades de nutrición. En: Tratado de Nutrición Artificial (Editor: Celaya Pérez S). Grupo Aula Médica. Primera Edición. Madrid: 1998].

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 monitoreo 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<sup>12-16</sup>. 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.

La armonía, como fundamento del trabajo-en-equipo, sería el atributo más importante de un GAN hospitalario (tabla I). En virtud de las implicaciones de diverso tipo que comporta la desnutrición hospitalaria como problema de salud, se hace obligatorio que concurren en el Grupo especialistas y profesionales de distinto origen y/o formación curricular. Ello podría resultar en una especie de Torre de Babel profesional, en la que todos los concurrentes expondrían anárquicamente sus opiniones sobre el problema a resolver (lo que haría casi imposible el logro de un consenso), si antes no se lograra la capacidad para actuar de forma concertada en aras de un objetivo superior: resolver el problema detectado. El logro de esta armonía permitiría también el desarrollo de una inter- y transdisciplinaredad tan necesarias en un contexto altamente especializado. De esta manera, cada integrante del Grupo puede comunicarse fluidamente con los otros, saltando las barreras que impone la superespecialización, e incluso incursionar en el área de desempeño profesional de los demás, sin pretender sustituirlos o caer en un delito de intrusismo profesional. Sólo un GAN armónico, cohesionado, enfocado en su misión y objetivos, y dedicado a tiempo exclusivo a la actividad, es capaz de implementar exitosamente las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición expuestas en el PRINUMA.

## Material y métodos

La instalación de un GAN hospitalario conlleva: 1) Establecimiento del tamaño del Grupo; 2) Establecimiento de la composición del Grupo; 3) Definición de responsabilidades, funciones y tareas de los integrantes del Grupo; 4) Definición de las relaciones intra-

institucionales; 5) Definición de las relaciones extra-institucionales, y 6) Definición del cronograma de implementación del GAN hospitalario.

### *Establecimiento del tamaño del GAN hospitalario*

El tamaño óptimo del GAN hospitalario dependerá de la estructura, organización y funcionamiento de la institución dentro de la que se desempeñe. Por propia definición, el GAN debe acomodar en su seno a contados especialistas y profesionales. En cualquier caso, el tamaño definitivo de un GAN hospitalario no debiera ser mayor que el propio de un Grupo Básico/Servicio/Sala de la institución, pero sí suficiente para la conducción y monitoreo de las acciones contempladas en el PRINUMA.

En ausencia de una pauta institucional clara, el tamaño óptimo del GAN hospitalario podría ser un correlato de: 1) el número de Servicios/Salas de la institución; 2) el número de médicos y otros especialistas/profesionales vinculados directamente a la atención del paciente hospitalizado; 3) el número de ingresos hospitalarios anuales, y 4) el número de camas de la institución (tabla II).

El tamaño óptimo del GAN hospitalario también podría calcularse de la ubicación jerárquica de la institución dentro del Sistema Nacional de Hospitales. Indudablemente, ante dos unidades con iguales estructura, organización y funcionamiento, aquella de mayor jerarquía tendría un GAN con un número mayor de integrantes.

Finalmente, el tamaño definitivo del GAN hospitalario podría establecerse de la carga horaria que asumen sus integrantes, una vez constituido el Grupo y asignadas las tareas que deben desempeñar. Una vez hecho esto, si se comprueba que las jornadas laborales de los integrantes del Grupo superan las 8 horas predichas para un día de trabajo y/o los 5 días hábiles para una semana laboral, ello justificaría entonces la ampliación del GAN hospitalario para incorporar un(varios) miembro(s) que asuma(n) la carga horaria adicional.

### *Establecimiento de la composición del GAN hospitalario*

Sería deseable que en el GAN hospitalario estén representadas todas las especialidades y profesiones, tanto médicas como paramédicas, involucradas directamente en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado.

La pauta más difundida para la composición óptima de un GAN hospitalario prescribe la presencia de un médico, un(a) enfermero(a), y un(a) dietista/nutricio-

\* Grupo: Conjunto de varios objetos de una misma, o de distinta, naturaleza, apiñados o reunidos de modo que, vistos a cierta distancia, presenten, al parecer, un solo cuerpo o bulto || *Escultura*. Reunión de varias figuras que concurren a una acción común, y cuyas siluetas y arreglo deben presentar un conjunto armonioso. Fuente: Diccionario Enciclopédico SALVAT. Décima Edición. SALVAT Editores, S.A. Madrid: 1962.

**Tabla II**  
Tamaño y composición del GAN hospitalario

Tipo de institución	Número de camas	Tamaño	Grupo de Apoyo Nutricional Composición	Tasa <sup>¶</sup>
Hospital General (No quirúrgico)	150 – 200	3	1 médico 1 enfermera(o) 1 dietista/nutricionista	1:50-60
Hospital Clínico-Quirúrgico (Nivel secundario)	300 – 400	4	1 médico 1 enfermera(o) 1 dietista/nutricionista 1 farmacéutico	1:75-100
Hospital Clínico-Quirúrgico (Nivel terciario)	+600	7	2 médicos 2 enfermera(o)s 1 dietista/nutricionista 1 farmacéutico 1 bioquímico	1:85

¶ Número de camas por integrante del Grupo.

nista. Esta pauta podría ser suficiente para los hospitales generales dedicados al diagnóstico y tratamiento medicamentoso de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (tabla II). Como quiera que estos centros no conducen acciones quirúrgicas sobre el paciente ingresado, ni tampoco incluyen en su estructura unidades de cuidados críticos para la atención a personas en grave estado, se espera entonces que los esquemas de Nutrición Parenteral representen una fracción muy pequeña de los cuidados nutricionales brindados (< 1,0% de todas las intervenciones ejecutadas)\*, y por consiguiente, que las necesidades alimentarias y nutrimentales de los atendidos en tales instituciones se satisfagan mediante soluciones dietoterapéuticas y/o esquemas de Nutrición enteral de diverso tipo, que un Grupo tal puede instalar y monitorear satisfactoriamente.

La puesta en marcha de un GAN en un hospital clínico-quirúrgico obligaría a considerar otras pautas para la composición óptima del Grupo<sup>12</sup>. En tales centros coexisten tanto salas/servicios de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, como aquella(o)s encargada(o)s del tratamiento de afecciones de solución quirúrgica. La conducción de acciones quirúrgicas en los pacientes ingresados obliga a la creación y operación de salas de recuperación post-operatoria y de cuidados críticos durante el post-ope-

ratorio inmediato y mediato. La proporción de sujetos enfermos de cáncer entre los hospitalizados/en espera de tratamiento puede ser significativa<sup>7-8</sup>, lo que trae consigo presiones adicionales sobre el funcionamiento del hospital. Luego, la complejidad de las acciones diagnósticas y terapéuticas a conducir en el paciente internado se traduce, por transitividad, en una complejidad incrementada de los cuidados alimentarios y nutricionales que se brinden. Se justifica entonces ampliar la composición del GAN hospitalario para incluir un farmacéutico que se encargue del diseño, formulación, instalación y monitoreo de los esquemas intrahospitalarios de Nutrición Parenteral.

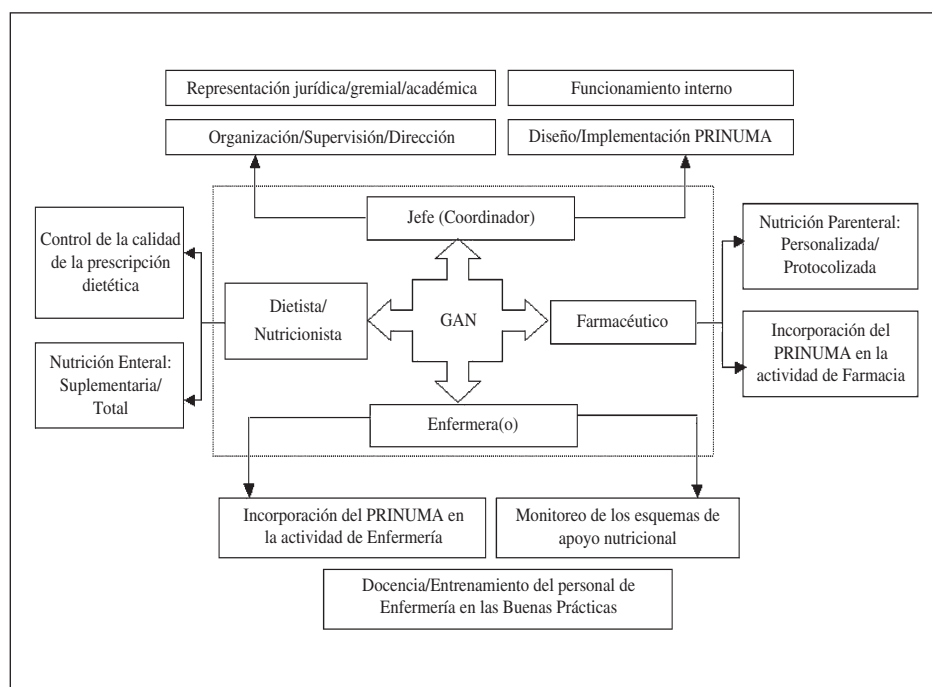
Como se apuntó anteriormente, la ubicación jerárquica de la institución dentro del Sistema Nacional de Salud también impondría pautas propias a la composición óptima de un GAN hospitalario. Los hospitales de nivel terciario, al ocupar el escalón superior del Sistema, cuentan con unidades para la recepción, clasificación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con necesidades especializadas de atención médico-quirúrgica (trasplante de células madres y órganos sólidos, Politrauma con/sin participación medular, Cuidados coronarios, Otras emergencias, Terapias sustitutivas de funciones orgánicas), y por lo tanto, recibirán entonces enfermos remitidos de unidades jerárquicamente inferiores en virtud de un diagnóstico

\* Es muy probable que la mayoría de los pedidos de Nutrición Parenteral en un hospital general se pueda satisfacer mediante esquemas de Nutrición Parenteral Periférica [Correia MITD, Guimarães J, Cirino de Mattos L, Araújo Gurgel KC, Cabral EB. Peripheral parenteral nutrition: an option for patients with an indication for short-term parenteral nutrition. *Nutrición Hospitalaria* (España) 2004; 19:14-8]. Llegado el caso, se podría instalar un esquema intrahospitalario de Nutrición Parenteral Periférica Protocolizada con bolsas premezcladas, o "todo-en-uno" preparadas por un Centro de Mezclas Parenterales externo a la institución. La inclusión del paciente en un esquema de Nutrición Parenteral a domicilio sería otra opción válida, sobre todo en aquellos casos de que el paciente necesite una Nutrición Parenteral Central Completa por períodos prolongados (> 7 días).

**Tabla III**

*Responsabilidades, funciones y tareas de los integrantes del GAN hospitalario*

<i>Integrante</i>	<i>Responsabilidades y funciones</i>	<i>Tareas</i>
Médico	Jefe/Coordinador del Grupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesor.</li> <li>• Experto.</li> <li>• Representante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representación del Grupo ante el Consejo de Dirección de la institución.</li> <li>• Diseño de la estructura y funcionamiento del Grupo</li> <li>• Diseño, redacción, implementación, monitoreo y mejoramiento continuo del PRINUMA y sus elementos componentes.</li> </ul>
Dietista/ Nutricionista	Interfase del Grupo con el Departamento de Dietética de la institución: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesor.</li> <li>• Educador.</li> <li>• Comunicador.</li> <li>• Coordinador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño e implementación de las Buenas Prácticas de la Prescripción Dietética.</li> <li>• Registro, corrección y profilaxis de las desviaciones.</li> </ul>
Enfermero(a)	Interfase del Grupo con el Servicio de Enfermería de la institución: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador.</li> <li>• Asesor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción de las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado en la labor de los equipos de enfermería de la institución.</li> </ul>
Farmacéutico(a)	Interfase del Grupo con el Servicio de Farmacia de la institución: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador.</li> <li>• Asesor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación útil y segura de los diferentes modos de Nutrición Parenteral (Periférica/ Central, Personalizada/ Protocolizada, Suplementaria/Completa).</li> <li>• Asesoría al Grupo en los temas de las interacciones fármaco-fármaco, fármaco-nutriente, y nutriente-nutriente.</li> </ul>



*Fig. 1.—El Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario. Componentes y responsabilidades.*

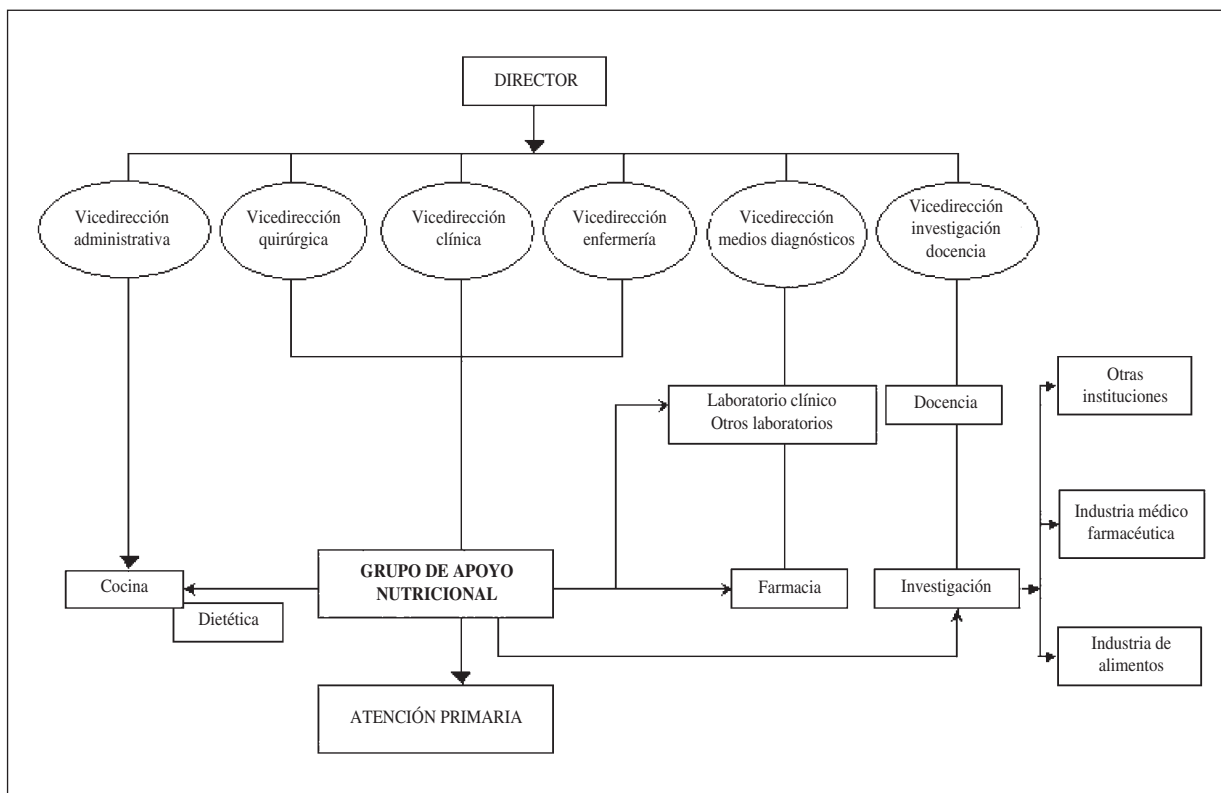


Fig. 2.—Relaciones intra- y extrainstitucionales establecidas por el GAN-Ameijeiras.

difícil o elusivo y/o necesidad de tratamiento especializado/tecnológicamente demandante, y en los que probablemente la desnutrición sea el problema de salud predominante. El funcionamiento de tales instituciones obliga no solo a incorporar más especialistas/profesionales al GAN hospitalario, sino que, además, trae consigo la verticalización de las responsabilidades/funciones/tareas de los integrantes del Grupo, y con ello, nuevos retos y obligaciones\*.

Hay que hacer notar que los componentes del GAN hospitalario deben destacarse por los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas acumuladas en el tratamiento de la desnutrición asociada a la enfermedad. En cualquier caso, el candidato a integrante del Grupo hospitalario debe presentar credenciales que acrediten su posición como experto, bajo la forma de certificados de Maestrías, Diplomados, Especializaciones y otras formas de educación de posgrado.

#### *Definición de responsabilidades, funciones y tareas de los integrantes del Grupo*

La implementación y conducción de un PRINUMA contenido de las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición componen las misiones principales del GAN hospitalario<sup>16</sup>. El tamaño forzosamente reducido del GAN hospitalario debe reconciliarse con las tareas a cumplir dentro de la institución, como parte de la conducción del PRINUMA, lo que solo será posible si se logran la armonía y cohesión entre los integrantes del Grupo.

El GAN hospitalario debe ser encabezado por un médico especializado en la provisión de cuidados alimentarios y nutrimentales al paciente<sup>12</sup>. La actuación de un médico como Jefe del GAN facilitará una mejor comunicación con profesionales homólogos u de otro origen/formación curricular, lo que redundará en be-

\* La incorporación a la membresía del GAN hospitalario de actores no tradicionales en la provisión de cuidados nutricionales al paciente hospitalario pudiera plantear retos organizativos al Jefe del Grupo, y a la vez, ofrecer oportunidades nuevas para un mejor desempeño del GAN. En tal caso, la incorporación de un bioquímico podría traer consigo la creación de una interfase (por demás muy necesaria) con el Servicio de Laboratorio Clínico de la institución, y otros departamentos involucrados en el aseguramiento diagnóstico del paciente hospitalizado (Microbiología/ Parasitología/Anatomía Patológica). Ello redundaría, por un lado, en la introducción en la institución de un Perfil Bioquímico con fines de evaluación nutricional y de monitoreo de la respuesta del paciente a las terapias de repleción nutricional, y por el otro, en la asimilación por el GAN de Buenas Prácticas de Documentación y Registro, y de procedimientos de Control/Aseguramiento/Mejoría Continua de la Calidad.

neficio de la implementación del PRINUMA y de la operación del propio Grupo\*.

Las responsabilidades, tareas y funciones de cada uno de los integrantes del GAN hospitalario serán las propias de su formación, cargo y posición, y se han descrito extensamente en otros textos<sup>10,12,14-16</sup>. En esencia, cada uno de los integrantes del Grupo actuaría como una interfase con aquellos servicios con los que comparte homología curricular y/o profesional, para diseminar dentro de ellos las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición (tabla III).

Los integrantes del GAN hospitalario pueden ocupar posiciones jerárquicamente definidas dentro de los procesos de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado, en razón de sus responsabilidades, tareas y funciones, y la cercanía al enfermo y sus familiares/cuidadores (fig. 3). El médico Jefe (léase también Coordinador) del Grupo ocupa la base de la pirámide, por cuanto le corresponde crear las herramientas necesarias para el reconocimiento y tratamiento de la desnutrición asociada a las enfermedades. El farmacéutico se sitúa en el siguiente escalón, debido a su participación en el diseño de los esquemas de Nutrición Parenteral. El(La) enfermero(a), debido a

su capacidad para penetrar en el círculo íntimo del paciente y sus familiares/cuidadores, también tiene un lugar asegurado en la pirámide expuesta. Finalmente, el(la) dietista asistencial se situaría en el escalón superior de la pirámide, en virtud de ser el(la) principal agente de cambio, según la concepción del PRINUMA, y por su capacidad para convertir las necesidades nutrimentales del enfermo en un menú palatable de alimentos, siempre bajo una visión dietoterapéutica.

#### *Definición de las relaciones intra-institucionales*

La realización de los objetivos contenidos en el PRINUMA implica una transformación radical de las formas tradicionales de prestación de cuidados nutricionales al paciente hospitalizado, y con ello, la imperiosa necesidad de renovar/actualizar/transformar las estructuras asistenciales hospitalarias, y las relaciones que se establecen entre los estamentos asistenciales, directivos, políticos y administrativos de la institución. Luego, el Jefe del GAN hospitalario debe prestar especial atención a la definición del lugar que ocupará el Grupo dentro de la estructura hospitalaria, y las relaciones que sostendrá con los diferentes estamentos

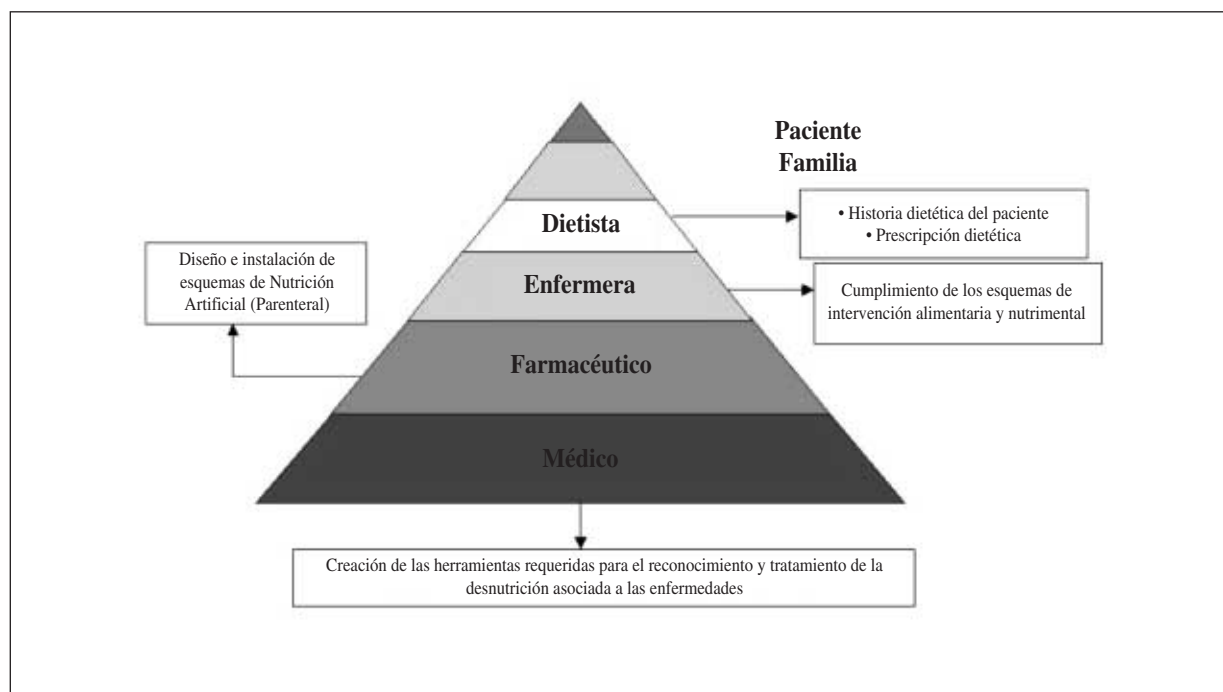


Fig. 3.—Organización piramidal del funcionamiento del GAN-Ameijeiras. Relaciones establecidas entre el Grupo y el paciente y sus familiares.

\* Las pautas consultadas para la redacción de este artículo coinciden en la obligatoria y excluyente designación de un médico como Jefe (Coordinador) del GAN hospitalario. El diagnóstico y tratamiento de la desnutrición asociada a las enfermedades debe ser, como otra afección potencialmente fatal, un proceso dirigido y supervisado por un médico. Ello no contradice el papel que puedan jugar enfermeras, dietistas y farmacéuticos en la provisión de cuidados nutricionales al paciente hospitalizado. Tal parece entonces que la creación de un GAN en un ámbito hospitalario debe aguardar por la presencia de médicos capacitados en el diagnóstico y tratamiento de la desnutrición asociada a las enfermedades. Para más detalles: Consulte la Referencia<sup>13</sup>.



**Tabla IV**  
*Relaciones intra-institucionales del GAN hospitalario. Contenido*

<i>Estamento</i>	<i>Contenido</i>
Servicios clínicos/Servicios quirúrgicos/Grupos básicos de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducción de protocolos para el reconocimiento y tratamiento de la desnutrición asociada a la enfermedad.</li> <li>• Identificación, corrección y prevención de prácticas asistenciales que puedan colocar al paciente en riesgo de desnutrición.</li> </ul>
Vicedirección de Docencia e Investigación: • Departamento de Docencia y Educación Continuada.	Redacción e implementación de la Carpeta de Educación Continuada del PRINUMA.
Vicedirección de Docencia e Investigación: • Departamento de Investigaciones.	Redacción e implementación de la Carpeta de Investigación y Desarrollo del PRINUMA.
Departamento de Dietética.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de las rutas críticas para la correcta prescripción dietética.</li> <li>• Asesoramiento en la redacción del Dietario hospitalario.</li> </ul>
Departamento de Estadísticas.	Creación de las herramientas taxonómicas pertinentes para el registro sistemático y fidedigno de la frecuencia de ocurrencia de la desnutrición asociada a la enfermedad*.
Departamento de Economía y Contabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación económica del impacto de la desnutrición sobre el cuadro de salud y el desempeño de la institución.</li> <li>• Creación de las herramientas de cálculo económico necesarias para justificar la inclusión de protocolos de repleción nutricional como parte integral de las acciones médico-quirúrgicas que se conduzcan dentro del hospital.</li> </ul>

Nota: Para la construcción de esta tabla se ha tenido como guía la estructura organizativa de la institución de pertenencia de los autores. Los lectores deben hacer los ajustes necesarios en dependencia de su desempeño local.

\* Hay que tener en cuenta que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), en su Décima revisión (Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 1992), creó los grupos E40-E46, dentro del Capítulo IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, para el registro de las diferentes formas de desnutrición: Kwashiorkor (E40), Marasmo nutricional (E41) y Kwashiorkor marasmático (E43).

de la administración del centro asistencial. El carácter y contenido de estas relaciones debe documentarse exhaustivamente en el Manual de Calidad del Grupo.

El GAN debería sostener relaciones longitudinales con aquellos estamentos asistenciales, políticos, administrativos y gremiales de la institución que intervienen en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado, a fin de exponerlos a las Buenas Prácticas contenidas en el PRINUMA (tabla IV). Ello se facilitaría si el GAN hospitalario se subordinara administrativamente al Consejo de Dirección de la institución. Siendo el Grupo un órgano primordialmente asesor, el Jefe/Coordinador debería ocupar un asiento permanente en la Junta Directiva del hospital, o si ello no fuera institucionalmente facti-

ble, en el Consejo de Dirección ampliado para incorporar a los Jefes de Grupos Básicos de Trabajo/Salas/Servicios/ Departamentos del centro. De esta manera, el Jefe del GAN dispondría de un espacio donde presentar los objetivos y resultados de la implementación del PRINUMA, las actividades desarrolladas por el Grupo con esos propósitos, y lo que es más importante, los puntos débiles de la organización hospitalaria que impiden la adopción de las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado.

Finalmente, y sin que se relegue a un segundo plano, el Jefe del GAN hospitalario definirá las relaciones que existirán entre el Grupo y los pacientes sujetos de intervención nutricional y sus familiares/cuidadores. De-

**Tabla V**  
*Plantilla básica del GAN-Ameijeiras. Composición actual*

<i>Especialista/Profesional</i>	<i>Responsabilidad</i>	<i>Calificación</i>	<i>Número</i>
Médico, Especialista de Segundo Grado de Medicina Interna	Jefe de Grupo	Maestría en Nutrición en Salud Pública Profesor de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de La Habana	1
Médico, Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica	Especialista Principal	Diplomado en Nutrición Clínica Profesor de Bioquímica de la Escuela de Medicina de La Habana Profesor de Bioquímica Clínica de la Facultad de Biología de la Universidad de La Habana	1
Licenciada en Enfermería	Experta en Evaluación Nutricional y Nutrición Enteral	Maestría en Nutrición en Salud Pública	1
Licenciada en Enfermería	Experta en Evaluación Nutricional y Antropometría	Maestría en Nutrición en Salud Pública	1
Dietista A	Técnico Medio en Nutrición y Dietética	Matriculada en el 2 Año de la Licenciatura en Dietética y Nutrición por la Escuela Politécnica de la Salud de La Habana	1
Doctora en Farmacia	Jefa del Servicio de Farmacia Jefa de la Unidad de Mezclas Parenterales	Diplomado en Nutrición Clínica	1
Licenciada en Farmacia y Alimentos	Administradora de la Unidad de Mezclas Parenterales	Diplomado en Nutrición Clínica Maestría en Nutrición en Salud Pública	1

be tenerse en cuenta que, desde el mismo momento en que el GAN hospitalario se une al Grupo Básico de Trabajo en la asistencia del paciente, las terapias de preservación/repleción nutricional se convierten en una parte fundamental del plan terapéutico, y que todas las demás acciones médico-quirúrgicas se subordinan al objetivo primario: la restauración de la capacidad de respuesta adaptativa y regenerativa del organismo enfermo de cara a la conducción de procedimientos invasivos y potencialmente lesivos. En este particular contexto, el GAN hospitalario se convierte entonces en el principal interlocutor entre el paciente y sus familiares/cuidadores y el resto de la institución. Muchas veces la re-educación dietética y alimentaria de estos actores conducida de forma tal que haga posible la asimilación e incorporación de nuevos conceptos que se traduzcan a mediano y largo plazo en un mejor estado nutricional, y por ende, de salud, es suficiente como intervención. En aquellos casos en los que el paciente requiere de tecnologías invasivas/agresivas de repleción nutricional para asegurar el éxito de la intervención médico-quirúrgica, o de cuidados paliativos si la enfermedad de base se declara terminal, los especialistas del GAN hospitalario deben observar escrupulosamente el

derecho del paciente y familiares/cuidadores a la información, así como el derecho de voz/voto sobre la conducción de tales terapias. De esta manera, el paciente y sus familiares/cuidadores se sienten parte del equipo de trabajo asistencial, y no meros objetos o espectadores pasivos de los acontecimientos, cuando no francotiradores empeñados en detectar fallas y errores del componente profesional del equipo.

#### *Definición de las relaciones extrainstitucionales*

El GAN hospitalario debe actuar siempre bajo la premisa de la constante colaboración multicéntrica, tanto dentro como fuera del país. Por consiguiente, la actuación del Grupo no debería circunscribirse al espacio físico que ocupa la institución en la que está insertado. El tratamiento oportuno de la desnutrición asociada a las enfermedades y su prevención última, así como la corrección de las prácticas asistenciales que atentan contra el bienestar nutricional del paciente, implican la concertación de los esfuerzos de numerosos actores, tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. En este contexto, el GAN hospitalario debe identificar y establecer relaciones longitudinales

con: 1) otros centros asistenciales dentro del Sistema Nacional de Salud, para solucionar, armónica y cohesionadamente, los trastornos nutricionales que se presenten en pacientes que serán sujetos de intervenciones médico-quirúrgicas costosas/tecnológicamente demandantes\*; 2) las sociedades gremiales que agrupan a los profesionales y especialistas involucrados en la prestación de cuidados alimentarios y nutrimentales al paciente hospitalizado; 3) las instituciones dedicadas a la formación (Pregrado) y educación continuada (Posgrado) de profesionales y especialistas médicos y paramédicos; 4) los centros de investigación y desarrollo dedicados a la creación de nuevas tecnologías asistenciales, diagnósticas y curativas; 5) la industria médico-farmacéutica, a fin de refinar las aplicaciones de las terapias de repleción nutricional existentes, y 6) las autoridades sanitarias locales, territoriales y nacionales, quienes podrían encargarse de la diseminación de la experiencia del GAN hacia otras unidades del Sistema de Salud. El carácter y contenido de estas relaciones deben ser también documentadas exhaustivamente en el Manual de Calidad del Grupo.

Las relaciones que el GAN hospitalario establezca con instituciones/organizaciones identificadas como de importancia estratégica para la implementación del PRINUMA se pueden formalizar mediante la suscripción de Cartas de Intención entre ambos. La Carta de Intención es el documento con el que las partes involucradas expresan el deseo de colaborar juntos en la implementación del PRINUMA, los intereses que sustentan la relación de colaboración, los beneficios que se obtendrán, los recursos e insumos que serán necesarios allegar para ello, y las responsabilidades/funciones/tareas que asumirán cada una de las partes dentro de la relación de trabajo que se cree. La Carta de Intención pudiera incluso anteceder la firma de contratos que regulen la actuación de las partes en avenidas específicas de desarrollo.

#### *Definición de las pautas y el cronograma de implementación del GAN hospitalario*

El éxito que se logre de la definición y establecimiento de las relaciones de cooperación entre el GAN hospitalario y los diferentes estamentos de la institución en la que se inserte determinará en gran medida las pautas y el cronograma de implementación del Grupo.

Las pautas de implementación del GAN hospitalario dependerán, no solo de la estructura, organización y funcionamiento de la institución, sino además, y lo

que es más importante, de la tradición acumulada en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado. Particular atención hay que dedicar a la capacidad institucional de asegurar los fondos presupuestario, salarial y de tiempo que sean necesarios para la inserción del Grupo. En lo tocante a este punto, el GAN hospitalario debe avanzar y sostener, dentro de la institución de pertenencia, el principio de la redistribución financiera como la vía de obtención de los fondos necesarios para la financiación de sus actividades. De realizarse los beneficios implícitos en el PRINUMA, se lograrían ahorros sustanciales en la operación hospitalaria como resultado de la disminución de las tasas de complicaciones y fracasos terapéuticos, y una mejora concomitante de la efectividad de los tratamientos médico-quirúrgicos. El dinero liberado en virtud de tales ahorros serviría entonces para la inserción del Grupo y su continua operación<sup>17-20</sup>.

Es poco probable que un GAN hospitalario pueda constituirse como tal, con alcance institucional, en un centro asistencial que no tenga tradición alguna documentada en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado. Por ello, se ha recomendado su implementación paso-a-paso, a través de la entrada progresiva de los integrantes del núcleo íntimo del Grupo en las diferentes etapas del cronograma de implementación<sup>14</sup>, o como una organización que opera dentro de aquellas Salas/Servicios de alto riesgo nutricional, y que poco a poco va asumiendo un mayor número de espacios, hasta abarcar toda la institución<sup>21</sup>. No obstante, debe hacerse notar que cualquier pauta de implementación del GAN hospitalario que se adopte finalmente conlleva su propio cronograma.

#### **Resultados**

El Grupo de Apoyo Nutricional del Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"<sup>\*\*\*</sup> se fundó el 8 de septiembre de 1997 por resolución del Consejo de Dirección de la institución ante una propuesta del Dr. Jesús Barreto Penié sobre la creación de una estructura que se encargara de la correcta provisión de cuidados alimentarios y nutrimentales a los pacientes atendidos en el centro [Barreto Penié J. Creación y desarrollo de un Grupo de Nutrición Clínica en un hospital clínico-quirúrgico. Trabajo de Terminación de Maestría. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Ciudad La Habana: julio 1997]. Se prefirió una implementación de una sola vez, con alcance ins-

\* Nunca se enfatizará lo suficiente sobre la importancia de la actuación conjunta del GAN hospitalario con las organizaciones de atención primaria de salud subordinadas jerárquicamente al centro de salud donde está insertado el Grupo. Si se tiene como premisa que el paciente se desnute dentro de la comunidad, y regresa a ella muchas veces con un deterioro nutricional significativo, la interrelación GAN hospitalario-Atención Primaria de Salud servirá para una identificación temprana de la desnutrición asociada a las enfermedades por un lado, y la conducción de esquemas de repleción nutricional a domicilio, maximizando así los beneficios de la asistencia médica, por el otro.

\*\* En lo adelante referido como GAN-Ameijeiras.

titucional, como la lógica culminación de la experiencia acumulada en la provisión de cuidados alimentarios y nutrimentales a los pacientes atendidos en los Servicios de Cirugía y las Unidades de Cuidados Críticos de la institución.

El núcleo fundacional del GAN-Ameijeiras estuvo compuesto por 4 personas: un médico especialista en Medicina Interna y una Licenciada en Enfermería, los dos con un título de Máster en Nutrición en Salud Pública por el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, y provenientes ambos de la Unidad hospitalaria de Cuidados Intermedios Polivalente, una Doctora en Farmacia por la Universidad de La Habana (quien, a su vez, se desempeñaba como la Jefa del Servicio de Farmacia de la institución), y una Licenciada en Ciencias de los Alimentos por la Facultad de Farmacia y Alimentos de la Universidad de La Habana. En meses subsiguientes se incorporaron una segunda Licenciada en Enfermería, también con un título de Máster en Nutrición en Salud Pública, y un médico especialista en Bioquímica Clínica, con un Diplomado en Nutrición Humana. La Licenciada en Ciencias de los Alimentos fue reemplazada por una Técnico Medio en Dietética y Nutrición por la Escuela Politécnica de la Salud "Fermín Valdés Domínguez" de La Habana.

La puesta en marcha y operación de una Unidad de Mezclas Parenterales dentro del Servicio de Farmacia de la institución conllevó la expansión del GAN-Ameijeiras para incorporar una Licenciada en Farmacia y Alimentos por la Facultad homónima de la Universidad de La Habana como la Administradora de la Unidad, a fin de elaborar de conjunto las rutas de preparación, administración y monitoreo de las órdenes de Nutrición Parenteral dentro del centro. Así, el Grupo está constituido en la actualidad por 7 personas (tabla V).

La composición del núcleo primario (léase plantilla básica) del GAN-Ameijeiras se complementa con una plantilla accesoria constituida fundamentalmente por médicos y enfermero(a)s de los Grupos Básicos/Salas/Servicios de la institución de pertenencia (tabla VI). Mediante su actividad, los integrantes de la plan-

tila accesoria del GAN-Ameijeiras señalan a los pacientes que serán sujetos de intervención nutricional especializada desde el mismo momento del internamiento hospitalario (maximizando así los beneficios de las terapias de apoyo nutricional), participan con los especialistas del Grupo en el diseño e implementación de esquemas personalizados de preservación/repleción nutricional, y monitorean y registran su cumplimiento.

Hay que señalar que las dietistas asistenciales, subordinadas administrativamente al Departamento de Dietética del hospital, también forman parte de la plantilla accesoria del GAN-Ameijeiras. Dada la proximidad a la cama del paciente, y la responsabilidad que asume al prescribir un menú alimentario que satisfaga las necesidades nutrimentales del enfermo, la dietista asistencial se convierte en una importante fuerza motriz en la implementación del PRINUMA en el hospital.

El GAN-Ameijeiras ha priorizado la educación continuada de los integrantes de su membresía accesoria, a fin de que puedan actuar siempre como líderes/expertos en Alimentación y Nutrición dentro de los Servicios/Departamentos/Grupos Básicos de Trabajo de la institución. A tales efectos, muchos de los integrantes accesorios del GAN-Ameijeiras se han beneficiado de los programas de Educación Continuada que el propio Grupo organiza en el hospital de pertenencia con certificados de Diplomados en Nutrición Clínica, y con títulos de Maestría en Nutrición en Salud Pública por el Departamento de Docencia del Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos de La Habana.

En la tabla VII se expone el plan de trabajo semanal propuesto para uno de los médicos integrantes de la plantilla básica del GAN-Ameijeiras. El plan de trabajo se ha distribuido entre diversas tareas asistenciales, docentes, investigativas y administrativas. También se han separado fondos de tiempo para el autoestudio y la superación individual del especialista. El total de horas mensuales computadas supera en un 149% el tiempo estipulado para el fondo salarial del especialista. Del examen de esta propuesta de plan de trabajo se puede concluir que el fondo horario asignado al especialista supera con creces el tamaño de la jornada laboral. Similar conclusión se extraería del análisis de las propuestas de planes de trabajo elaboradas para los otros miembros de la plantilla básica del Grupo. Podría justificarse entonces la incorporación de nuevos integrantes al GAN-Ameijeiras para lograr una mejor distribución de las tareas asignadas y los fondos requeridos de tiempo.

En la figura 2 se muestran las relaciones de trabajo establecidas entre el GAN-Ameijeiras y los diferentes estamentos del hospital de pertenencia para una mejor implementación del PRINUMA. Dada la importancia estratégica de la realización de los objetivos contenidos en el Programa, y la necesidad de involucrar a todos los estamentos de la organización hospitalaria en la introducción, adopción, y diseminación de las Bue-

**Tabla VI**  
*Plantilla accesoria del GAN-Ameijeiras. Estado actual*

Servicios/Departamentos representados	40
Médicos Especialistas	85
Licenciados en Enfermería	46
Dietistas	22
Licenciados en Farmacia	3
Otros <sup>¶</sup>	2

<sup>¶</sup> Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana (1), Licenciada en Contabilidad y Finanzas por la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana (1).

**Tabla VII**  
*Propuesta de plan de trabajo semanal para uno de los médicos integrantes de la plantilla básica del GAN-Ameijeiras*

<i>Actividad</i>	<i>L</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>J</i>	<i>V</i>	<i>S</i>	<i>Semanal</i>	<i>Mensual</i>
<b>1. ATENCIÓN EN SALA</b>								
1.1 Pase de Visita Colectivo y Discusión de Casos	4		4		4		12	48
1.2 Actualización de Registros		2		2	2		6	24
1.3 Emisión de Informes	1		1		1		3	12
1.4 Interconsultas institucionales		2					2	8
1.5 Interconsultas extrainstitucionales				4			4	16
<b>2. PARTICIPACIÓN EN COMITES CIENTÍFICOS</b>								
2.1 Participación en Comités institucionales	1						1	4
2.2 Participación en Comités extrainstitucionales			2				2	8
2.3 Participación en la Sociedad Cubana de Nutrición				2			2	8
<b>3. ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE DOCENCIA Y POSTGRADO</b>								
3.1 Atención a Tesis de Residentes	2						2	8
3.2 Presentación de casos		1			1		2	8
3.3 Clases a Residentes		1			1		2	8
3.4 Conferencias a Especialistas		1			1		2	8
<b>4. INVESTIGACIONES</b>								
4.1 Redacción/Discusión de Protocolos de Investigación	1				1		2	8
4.2 Redacción/Discusión de Procedimientos/Recomendaciones		1		1			2	8
4.3 Chequeo de la marcha de los Protocolos aprobados				2			2	8
4.4 Redacción/Discusión del Informe Final de la Investigación		2					2	8
4.5 Revisión/Discusión de artículos científicos		1					1	4
4.6 Revisión/Discusión de otras publicaciones científicas	1						1	4
4.7 Desarrollo de Sistemas Informáticos aplicados			2		2		4	16
<b>5. OTRAS ACTIVIDADES</b>								
5.1 Autoestudio/Superación individual						2	2	8
5.2 Búsqueda bibliográfica: MEDLINE/Scielo						2	2	8
5.3 Inspección/auditoría del Centro de Mezclas Intravenosas	1						1	4
5.4 Inspección/auditoría de la Cocina experimental	1						1	4
5.5 Reunión Departamental		1					1	4
5.6 Elaboración del Planes de trabajo personal		1					1	4
5.7 Visitas a otras instituciones			4				4	16
5.8 Mensajería/Correos	1	1	1	1	1		5	20
<b>TOTALES</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>71</b>	<b>284</b>

nas Prácticas de Alimentación y Nutrición, el GAN-Ameijeiras ha desarrollado relaciones longitudinales con las Vicedirecciones de la institución, los distintos Departamentos/Servicios subordinados, e incluso con organizaciones extra-hospitalarias que mantienen relaciones de trabajo/cooperación continuas con el centro, como lo son las unidades de Atención Primaria de la Salud. Estas relaciones cristalizaron en ocasión de la conducción de la primera encuesta de desnutrición que se condujo en el centro<sup>22</sup>.

En lo que respecta a la actividad extrahospitalaria del GAN-Ameijeiras, el Grupo ha identificado varias instituciones de salud y centros de investigación y desarrollo que han sido considerados de importancia estratégica en la implementación de algunos de los módulos componentes del PRINUMA. De ellos cabe mencionar el Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, el Instituto de Gastroenterología, el Departamento de Educación Continuada del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) de La

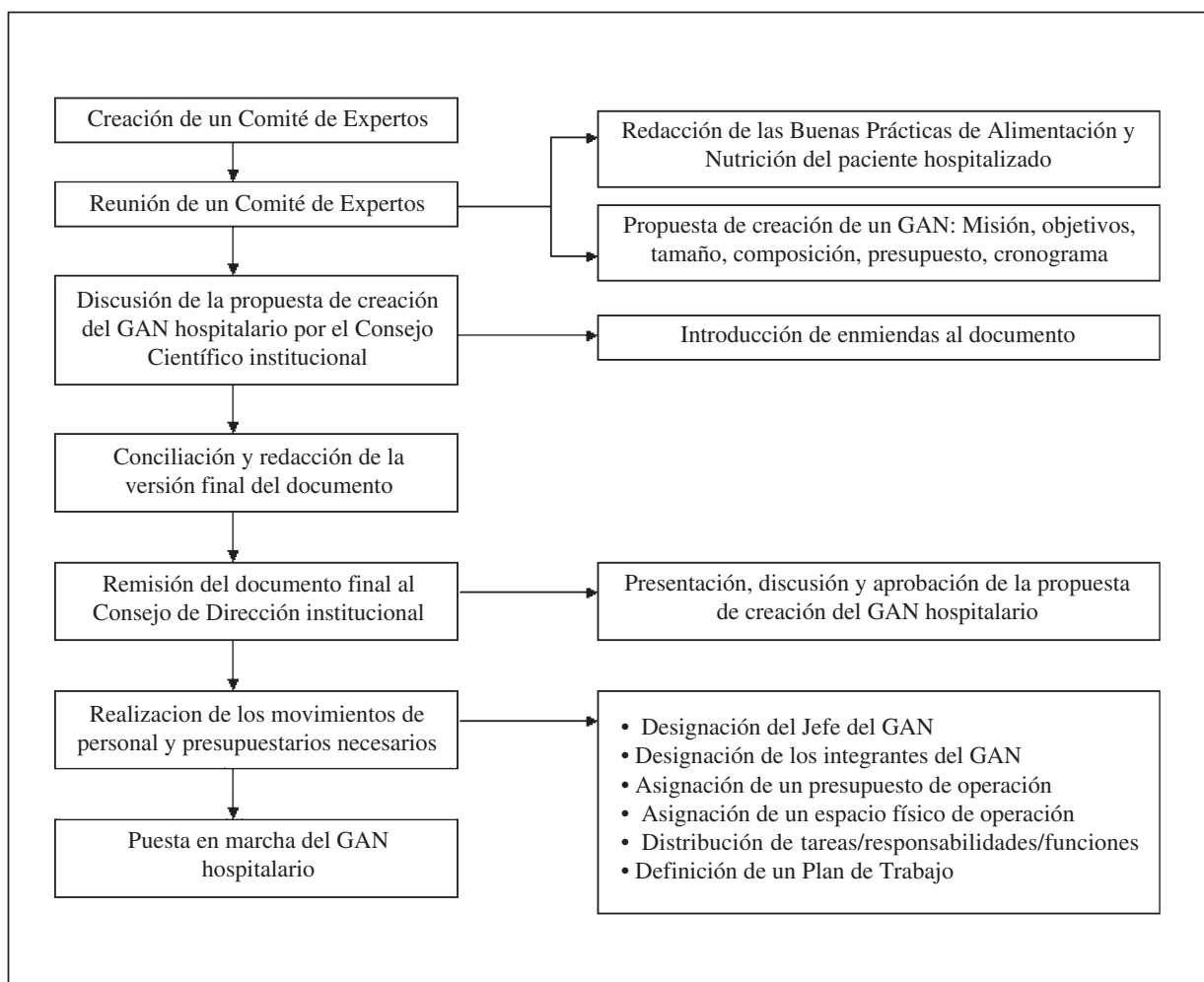


Fig. 4.—Propuesta de algoritmo para la implementación de un GAN en un ámbito hospitalario.

Habana, la Sociedad Cubana de Productores Avícolas, el Centro de Investigaciones de la Tercera Edad, la Facultad de Farmacia y Alimentos de la Universidad de La Habana, el Instituto de Investigaciones de la Industria Alimentaria, y la Escuela de Medicina de La Habana, entre otros. El GAN-Ameijeiras ha suscrito con estas organizaciones las correspondientes Cartas de Intención para formalizar las relaciones de colaboración conjunta en las áreas de asistencia, docencia (Pregrado/Posgrado) e investigación (desarrollo de alimentos para regímenes especiales/ensayos clínicos/desarrollo de protocolos de atención de pacientes con necesidades nutrimentales especiales). En este acápite merece destacarse la relación de colaboración establecida entre el GAN-Ameijeiras y la Junta Directiva de la Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral (FELANPE), en ocasión de la conducción de la primera Encuesta Nacional de Desnutrición Hospitalaria<sup>8</sup>, parte a su vez de la Encuesta Latinoamericana de Desnutrición Hospitalaria<sup>7</sup>.

La actividad del GAN-Ameijeiras ha estado ligada desde su fundación a la implementación y conducción

de un Programa de Intervención de alcance institucional. En un artículo acompañante se expondrán los resultados alcanzados después de 8 años de trabajo ininterumpido [Barreto Penié J, Santana Porbén S. Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. La experiencia cubana. Nutrición Hospitalaria (España) 2006. Remitido para publicación].

## Discusión

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. Por consiguiente, 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 enferme-

dades 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<sup>23</sup>. Así, se puede entender que los Comités hospitalarios de Nutrición hayan surgido como la primera forma organizativa que se ocupó de conocer las tasas de desnutrición presentes en los centros de salud y formular entonces recomendaciones y guías prácticas de alcance general. Sin embargo, el desconocimiento de la influencia de la desnutrición asociada a la enfermedad sobre el resultado último de la intervención médico-quirúrgica, y el estado primitivo del desarrollo de la especialidad de Nutrición Clínica incitaron a muchos a pensar y actuar bajo el supuesto de que la desnutrición observada en los pacientes hospitalizados podría ser enfrentada y resuelta con métodos organizativos, administrativos y asistenciales tradicionales, como pudieran ser los Servicios/Salas de Nutrición.

El desarrollo primigenio de las tecnologías necesarias para la conducción segura de los esquemas de Nutrición Parenteral impulsó la conversión del Servicio/Sala de Nutrición en una Unidad de Soporte Nutricional y Metabólico. Por lo tanto, no es de extrañar que las primeras experiencias de la superioridad de las nuevas formas organizativas de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales se hayan documentado después de la introducción de la Nutrición Parenteral<sup>24-26</sup>.

Finalmente, la aparición y maduración de las tecnologías de Nutrición Enteral como terapias nutricionales complementarias (más que alternativas/excluyentes/contrapuestas), junto con una mejor percepción de la importancia de la desnutrición asociada a las enfermedades, y su influencia en los pobres resultados médico-quirúrgicos, llevó a la creación de estructuras organizativas deslocalizadas (como los Equipos Multidisciplinarios de Terapia Nutricional) para que se encargaran de la identificación y corrección de los trastornos nutricionales presentes en los enfermos internados<sup>27</sup>.

Lo que diferencia al GAN hospitalario de las formas organizativas precedentes es su carácter como vehículo singular para la implementación, con alcance institucional, de los programas de intervención necesarios para el reconocimiento temprano, el tratamiento oportuno y, en última instancia, la prevención de la desnutrición asociada a las enfermedades, por un lado, y la detección, corrección y profilaxis de prácticas asistenciales atentatorias del bienestar nutricional del paciente hospitalizado, por el otro<sup>1-2,28-29</sup>. Por consiguiente, la creación y operación de un GAN hospitalario harían posible la introducción de nuevos paradigmas de actuación en la práctica médica actual, en un contexto marcado por las presiones presupuesta-

rias y la necesidad de maximizar las prestaciones asistenciales, e incluso añadir valor agregado al servicio brindado.

Ahora bien, las complejidades estructurales, organizativas y funcionales de las instituciones hospitalarias pueden obstaculizar la creación de un GAN hospitalario con alcance institucional. Aunque las propuestas avanzadas históricamente<sup>14,21</sup> podrían justificarse en virtud de la tradición acumulada por la institución en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado, y la existencia de los necesarios agentes de cambio, sería deseable, no obstante, encontrar en la literatura especializada propuestas de creación de un GAN hospitalario de-una-sola-vez, con alcance institucional, junto con un análisis crítico de sus bondades e insuficiencias.

El éxito de un GAN hospitalario dependerá de cuán bien el Grupo interprete las necesidades de la institución en la que se inserte, de la capacidad para satisfacerlas adecuadamente, y de las habilidades en divulgar los resultados alcanzados con su labor<sup>12-13,30-31</sup>. Si bien ello pudiera parecer una verdad de Perogrullo, lo cierto es que, después de la euforia de un *momentum* fundacional, los Grupos hospitalarios de Apoyo Nutricional han atravesado una época de recortes, obstáculos, e incluso desintegración y desmantelamiento<sup>32-35</sup>. Para sobrevivir en un entorno administrativamente hostil, los defensores del GAN hospitalario han tenido que apelar a diversas estrategias<sup>33-35</sup>. Aún así, la provisión descentralizada y deslocalizada de cuidados alimentarios y nutricionales correctos al paciente hospitalizado mediante técnicas de trabajo-en-equipo puede resultar en dividendos económicos tales que justificarían la creación y operación del GAN hospitalario como una forma organizativa con dedicación exclusiva a esta actividad<sup>18,33-35</sup>.

## Conclusiones

Hoy se tiene una mejor percepción de la desnutrición asociada a las enfermedades como un *continuum* que se origina en la comunidad de residencia del enfermo, y se propaga por todos los niveles de organización jerárquica de los Sistemas Nacionales de Salud. Asimismo, se asiste a un proceso compulsorio de descentralización de los servicios hospitalarios, con nuevos paradigmas asistenciales como la atención ambulatoria, la Cirugía de mínimo acceso/endoscópica, la Quimioterapia ambulatoria, la Terapia renal sustitutiva ambulatoria, y la Nutrición artificial a domicilio, por solo citar algunos. En este nuevo escenario, el GAN debe abandonar el espacio físico que ocupa la institución en la que está insertado, para emprender acciones comunitarias de salud, de conjunto con los grupos básicos de atención primaria. De esta manera, el GAN se convertiría en el eje que integre los esfuerzos de los médicos de cabecera del paciente, por una parte, y los de los equipos de trabajo encargados de la intervención médico-quirúrgica, por la otra. Se aveci-

na una nueva etapa en la evolución del paradigma del GAN: la conversión de una forma hospitalaria de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales en otra comunitaria.

### Nota de los autores

La experiencia del GAN-Ameijeiras ha demostrado que es factible la implementación y operación de estructuras deslocalizadas, dedicadas a tiempo completo a la provisión útil y segura de esquemas de preservación/repleción nutricional, en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, bajo los principios del trabajo-en-equipo. La generalización de esta experiencia hacia otras unidades asistenciales está regida por el 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, asentado en el Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos. A los fines de este proyecto, los autores del presente artículo han elaborado un algoritmo para la implementación de una sola vez, con carácter institucional, de un Grupo de Apoyo Nutricional (fig. 4). Las acciones prescritas por este algoritmo están contenidas en el correspondiente Procedimiento Normalizado de Operación [PNO 1.008.98: Creación y operación de un Grupo de Apoyo Nutricional. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Segunda Edición. La Habana: 2001].

### Agradecimientos

Dr. Jesús Culebras, por sus constantes apoyo y estímulo.

### Referencias

1. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C. Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica del paciente hospitalizado. *Rev Cub Aliment Nutr* 1999; 13: 137-44.
2. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Programas de Intervención en Nutrición Hospitalaria: Acciones, diseño, componentes, implementación. *Nutrición Hospitalaria* (España) 2005; 20 (5):347-53.
3. Butterworth CE Jr. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1973; 9:4-8. Reimpreso posteriormente en: *Nutrition* 1994; 10:435-41; *Nutrición Hospitalaria* (España) 2005; 20:298-309.
4. Krazit CJ, Turner WW Jr. The nutrition support advisory committee: a council of hospital services for nutrition support. *J Am Diet Assoc* 1986; 86:1067-8.
5. Clarke PJ, Ball MJ, Tunbridge A, Kettlewell MG. The total parenteral nutrition service: an update. *Ann R Coll Surg Engl* 1988; 70:296-9.
6. Disbrow DD. The costs and benefits of nutrition services: a literature review. *J Am Diet Assoc* 1989; 89(4 Supl.):S3-66.
7. Correia MITD, Campos ACL, for the LAN Cooperative Study. Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003; 19:823-825.
8. Barreto Penié J, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005; 21:487-97.

9. Blackburn GL, Boothe A Jr, Lahey MA. Organization and administration of a nutrition support service. *Surg Clin North Am* 1981; 61:709-19.
10. Mora RJF. Organización de una Unidad de Soporte Metabólico y Nutricional (USMN). En: Soporte nutricional especial. Capítulo primero. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá: 1997, p. 3.
11. Driscoll DF, Galvin M, Blackburn GL, Bell SJ. Nutritional support teams and services. *Hosp Mater Manage Q* 1986; 7: 16-25.
12. Hamaoui E. Assessing the Nutrition Support Team. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11:412-21.
13. 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.
14. Botelho de Carvalho E, Ferreira Couto CM, Alexandre Sales TR. A Equipe de Suporte Nutricional. En: Manual de Suporte Nutricional (Editor: Botelho de Carvalho E). Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro: 1992, p. 1.
15. Ordóñez González J, Miján de la Torre A, Celaya Pérez S. Equipos de soporte nutricional. Unidades de nutrición. En: Tratado de Nutrición Artificial (Editor: Celaya Pérez S). Grupo Aula Médica. Primera Edición. Madrid: 1998.
16. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Salas Ibarra AM. Grupo de Apoyo Nutricional hospitalario: Diseño, Composición y Programa de Actividades. *Rev Cub Aliment Nutr* 2000; 14:55-64.
17. Gallagher-Allred Ch, McCamish MA, Coble Voss A. Desnutrición: Un costo oculto en los servicios de salud [Editores: Sproat KV, Russell CM]. Ross Products Division. Abbott Laboratories. Chicago: 1996.
18. Kennedy JF, Nightingale JM. Cost savings of an adult hospital nutrition support team. *Nutrition* 2005; 21:1127-33.
19. León Rodríguez R, Santana Porbén S, Collazo Herrera M, Barreto Penié J. Costo-efectividad de intervenciones alimentario-nutricionales vs hospitalización en pacientes colorrectales. *Revista Cubana de Farmacia* 2003; 37:10-9.
20. León Rodríguez R, Santana Porbén S, Collazo Herrera M, Barreto Penié J. Costo-efectividad de intervenciones alimentario-nutricionales vs tratamiento farmacológico en pacientes colorrectales. *Revista Cubana de Farmacia* 2006; 39:10-9.
21. Limongeli Gurgueira G, Pons Leite H, Carracedo Taddei JA, Brunow de Carvalho W. Outcomes in a pediatric intensive care unit before and after the implementation of a nutrition support team. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2005; 29:176-85.
22. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Espinosa Borrás A. Desnutrición Hospitalaria: la experiencia del Hospital "Hermanos Ameijeiras". *Acta Médica* 2003; 11: 76-95.
23. Ordóñez J, Rombeau JL, Celaya S, De Ulibarri JI, Gutiérrez Morlote J. Nutrition team. Units of nutritional support. *Nutr Hosp* 1991; 6:323-39.
24. Nehme AE. Nutritional support of the hospitalized patient. The team concept. *JAMA* 1980; 243:1906-8.
25. Dalton MJ, Schepers G, Gee JP, Alberts CC, Eckhauser FE, Kirking DM. Consultative total parenteral nutrition teams: the effect on the incidence of total parenteral nutrition-related complications. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1984; 8:146-52.
26. Traeger SM, Williams GB, Milliren G, Young DS, Fisher M, Haug MT 3<sup>rd</sup>. Total parenteral nutrition by a nutrition support team: improved quality of care. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1986; 10:408-12.
27. Brown RO, Carlson SD, Cowan GS Jr, Powers DA, Luther RW. Enteral nutritional support management in a university teaching hospital: team vs nonteam. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11:52-6.
28. Jonkers CF, Prins F, Van Kempen A, Tepaske R, Sauerwein HP. Towards implementation of optimum nutrition and better clinical nutrition support. *Clinical Nutrition* 2001; 20:361-6.
29. Howard P. Organizational aspects of starting and running an effective nutritional support service. *Clinical Nutrition* 2001; 20:367-74.



30. Howard P. Practical nutritional support: working together to make it happen. *Proc Nut Soc* 2001; 60:415-8.
31. Schneider PJ. Nutrition Support Teams: an Evidence-Based Practice. *Nutr Clin Pract* 2006; 21:62-7.
32. Wesley JR. Nutrition support teams: past, present, and future. *Nutr Clin Pract* 1995; 10:219-28.
33. 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.
34. Shang E, Hasenberg T, Schlegel B, Sterchi AB, Schindler K, Druml W y cols. An European survey of structure and organisation of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland. *Clin Nutr* 2005; 24:1005-13.
35. Higashiguchi T. The roles of a nutrition support team. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2004; 105:206-12.