

EDICIÓN 2017

LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD



LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD

EDICIÓN 2017

FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Mariano Moreno 1240

+54 379 442 2290 / 442 3155

info@med.unne.edu.ar

med.unne.edu.ar



SITUACIÓN DE LA PROVISIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL EN HOSPITALES DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

*Romero Vidomlasky, Patricia R; Colussi, Narela A;
Aguirre, María V; Stoyanoff, Tania; Gorban de Lapertosa, Silvia.*

RESUMEN

Corrientes no cuenta con un sistema integrado de almacenamiento de datos de las historias clínicas hospitalarias, sobre todo en lo que respecta al Servicio de Nutrición. La creación del mismo favorecería un análisis consensuado y la elaboración de una regulación específica de provisión de soporte nutricional en la ciudad.

Objetivo:

Conocer las características de uso de Alimentación Enteral en pacientes hospitalarios de Corrientes.

Metodología:

Estudio descriptivo en pacientes hospitalarios adultos de Corrientes, durante un mes. Se analizaron: circuito y planillas de dispensación de alimentación enteral, historias clínicas y compras por artículo. Se realizaron: Encuesta Nutricional Global Subjetiva, formularios demográficos, clínicos y económicos de los pacientes. Se formularon diversos productos, se pesaron y mezclaron los ingredientes y se analizó bromatológicamente.

Análisis estadístico:

Medidas de posición y dispersión.

Resultados:

145 pacientes internados con nutrición enteral en el mes de estudio (68 mujeres, 77 varones), Internación 55,2%, UCI 33,1%, Oncología 6,2%, Quemados 5,5%. En el 90% de los casos los médicos tratantes indicaron alimentación enteral según criterios subjetivos, 10% el nutricionista indicó la dieta adecuada. Diagnóstico prevalente al ingreso: enfermedad respiratoria (24,8%). El 51,2% de los pacientes estaba desnutrido, recibiendo prevalentemente fórmula normocalórica por SNG (85,5%). Tiempo medio de consumo: $10,66 \pm 9,16$ días. Análisis bromatológico de las fórmulas: adecuadas a los pacientes y su enfermedad.

Conclusiones:

Las historias clínicas no reflejan los datos necesarios para decidir el soporte nutricional a suministrar, operándose según requerimientos diarios. Esta investigación sirve de base para el desarrollo de un programa de provisión de alimentación enteral en Corrientes.

Palabras clave:

Alimentación enteral, Nutrición hospitalaria, Encuesta Nutricional Global Subjetiva, Fórmulas enterales, Malnutrición.

ABSTRACT

Corrientes does not count with an integrated data storage system of clinical hospital histories, mainly regarding the Service of Nutrition. The creation of this system would favor a consensuated analysis and the elaboration of a specific regulation of a nutritional support provision in the city.

Objective:

To know the characteristics of use of Enteral Nutrition in hospitalized patients of Corrientes.

Methodology:

Descriptive study in adult hospitalized patients of Corrientes, during a month. Circuit and clinical lists of dispensation of enteral nutrition, clinical histories and purchases by article were analyzed. Demographic, clinical and economic variables were measured and the Subjective Global Nutritional Evaluation was made. Diverse products were formulated, the ingredients were weighed and mixed and then were analyzed bromatologically.

Statistical analysis:

Position and dispersion measures.

Results:

145 patients hospitalized with enteral nutrition in the month of study (68 women, 77 men), clinic room 55.2%, ICU 33.1%, Oncology 6.2%, Burned 5.5%. In 90% of the cases the treating physicians indicated enteral nutrition according to subjective criterias, 10% the nutritionists indicated the suitable diet. Prevalent diagnosis to the entrance: respiratory disease (24.8%). 51.2% of the patients were undernourished, receiving prevalently normocaloric formula by SNG (85.5%). Average time of consumption: 10,66±9,16 days. Bromatologic analysis of the formulas: adapted to the patients and their diseases.

Conclusions:

Clinical histories do not reflect the necessary data to decide the nutritional support to provide, operating according to daily requirements. This investigation serves as base for the development of a program of provision of enteral nutrition in Corrientes.

Keywords:

Enteral Nutrition, Public Health Nutrition, Subjective Global Nutrition Evaluation, Enteral Formula, Malnutrition.

INTRODUCCIÓN

Como es conocido, para mantener la vida y la salud en el organismo humano es imprescindible una buena alimentación. Sin embargo, hay situaciones en donde no es factible la utilización de alimentos ordinarios, por lo que se recurre a la alimentación o soporte nutricional (SN) artificial.

El SN (en sus dos modalidades: enteral o parenteral) no es un fin en sí mismo, sino un conjunto de procedimientos terapéuticos que permiten mantener o restaurar el estado nutricional en pacientes cuya patología dificulte, torne peligrosa o insuficiente la alimentación oral convencional.

La desnutrición, o desequilibrio resultante del ingreso insuficiente o pérdida excesiva de sustratos al organismo, se evidencia en todos los niveles de atención sanitaria. En los pacientes hospitalarios es un problema común, que es fundamental identificar para evitar o minimizar la repercusión en la evolución clínica de los enfermos, mayores complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria, incremento en la mortalidad y por lo tanto costos aumentados para la institución y para la sociedad. (1)

El desconocimiento del estado nutricional del enfermo al ingreso al hospital hace imposible prevenir la desnutrición. (2) Según el estudio multicéntrico ELAN (Estudio Latinoamericano de Nutrición) organizado por la Federación Latinoamericana de Nutrición Enteral y Parenteral en 2007, en Latinoamérica existe una prevalencia de desnutrición hospitalaria mayoral 50%. Su incidencia en hospitales es del 40% y en geriátricos del 60%, siendo la causa más frecuente de discapacidad en la población adulta mayor institucionalizada. (3)

Aún más, en el ingreso muchos pacientes presentan desnutrición, generalmente asociada a enfermedades crónicas. Esta desnutrición secundaria, además de agravarse muchas veces durante la hospitalización, por la evolución propia de la enfermedad o de sus tratamientos, requiere altos niveles energéticos y proteicos. Estos factores podrían ser minimizados, evitados y/o abordados terapéuticamente en forma precoz. (4)

El desafío ahora es aumentar la capacidad de prevenir el desarrollo de la desnutrición o de rectificar su curso antes de que alcance un nivel clínicamente significativo. (5) Para llevar a cabo una intervención nutricional adecuada en los pacientes internados, es necesario trabajar bajo la Nutrición Basada en la Evidencia, crear una cultura institucional sobre el valor de la nutrición y redefinir los roles clínicos para incluir estos cuidados. (6)

En Latinoamérica, sólo en Brasil y Costa Rica existe una política gubernamental que norma la práctica de la terapia nutricional. (7)

Para identificar a los pacientes que presentan distintos grados de desnutrición, se debe realizar un diagnóstico y seguimiento del estado nutricional antes y durante la internación, y este diagnóstico debe ser conocido por todo el staff sanitario. Para ello, la evaluación nutricional permite cuantificar el riesgo nutricional e indicar, adecuar y monitorizar el SN. Este procedimiento es relativamente complejo, por lo que debería ser utilizado sólo en determinados pacientes, previamente identificados por tamizaje. (8)

Las diferentes técnicas de "Tamizaje Nutricional" son sencillas, aplicables a casi todos los enfermos. Con ellas se puede definir al paciente que no tiene riesgo, pero puede necesitar ser reevaluado, del paciente que presenta riesgo de padecer desnutrición y del que está desnutrido, y por lo tanto necesitan medidas terapéuticas.

Para lograr estas definiciones, se realiza el tamizaje nutricional evaluando al paciente en la admisión al Hospital. Luego, si el enfermo presenta alguna de las respuestas positiva, se realiza la "Valoración del Riesgo Nutricional".

A partir de los trabajos de Baker y Detsky se desarrolló la técnica de "Evaluación Global Subjetiva" (EGS), que es un método clínico, sistematizado, de integración de datos de la historia, síntomas y examen físico del paciente, con la finalidad de hacer un diagnóstico subjetivo del estado nutricional.

Con la EGS se pueden estimar los riesgos nutricionales, comprender las causas del problema del paciente y tomar conductas terapéuticas de SN, con una confiabilidad reproducible similar a otros métodos de evaluación nutricional. (9)

El uso de alimentación enteral (AE) se ha extendido como la práctica de mayor elección en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición en hospitales. (10) El avance en las fórmulas específicamente definidas, los métodos y vías de administración la han convertido en una técnica sencilla y útil para tratar múltiples situaciones, reduciendo la morbi-mortalidad de los pacientes. Su indicación es de elección, por ser más fisiológica, favorecer la repleción, tener menos complicaciones y las que ocurren ser menos graves.

Sin embargo, el ELAN en 2001, demostró que la terapia nutricional se indica con baja frecuencia en los hospitales de América Latina. (11) A pesar que actualmente contamos con formulaciones diseñadas para distintas situaciones patológicas específicas, como insuficiencia renal, hepatopatía y algunas enfermedades metabólicas por déficit enzimático. (Fuente: Catálogos de Productos de distintas marcas comerciales).

La fórmula elegida será la adecuada si está en concordancia con la edad, el funcionamiento del tracto gastrointestinal y el diagnóstico del paciente, tomando en cuenta la forma

de administración. La elección debe ser individual, valorándose la cantidad y calidad de nutrientes que contiene y la seguridad alimentaria, conociendo que los destinatarios son más vulnerables a los efectos secundarios del tratamiento. (6)

Al analizar la situación del soporte nutricional enteral en la Argentina se distingue una amplia variabilidad en las pautas de práctica clínica, criterios de indicación y utilización. (Fuente: Guía de Práctica Clínica Res 1548/2007, MSN). Tampoco consta en la provincia de Corrientes un análisis de las necesidades de nutrición artificial, aunque se aprecia una falta de racionalidad en la distribución de recursos, incluso dentro de la misma capital.

Al no contar con un sistema integrado de almacenamiento de datos de las Historias Clínicas, sobre todo en lo que respecta al Servicio de Nutrición, se desfavorece el análisis consensuado y la elaboración de una regulación específica de provisión de soporte nutricional en la ciudad.

De acuerdo a lo anterior, se encuentran dos inconvenientes principales de los preparados nutricionales enterales utilizados actualmente: Existe una falta de diferenciación según patología: como cada caso posee características únicas e individuales, para cumplir con los requerimientos nutricionales se hace necesario contar con una prestación más variada en soportes nutricionales. Además, los costos son elevados y aumentan según la especificidad de la formulación, dificultando su llegada a pacientes que la requieren.

Por todo lo anterior, este trabajo permitirá conocer los factores que entran en juego en la prescripción de AE a los pacientes internados en hospitales de Corrientes, e informar de su situación aportando los primeros datos escritos sobre el tema, lo que permitiría implementar acciones para mejorar la calidad de indicación de AE a la población objetivo.

OBJETIVO

Conocer las características de uso de AE en pacientes internados en hospitales de Corrientes a fin de contribuir a la elaboración de un sistema de provisión de esta terapéutica en la ciudad.

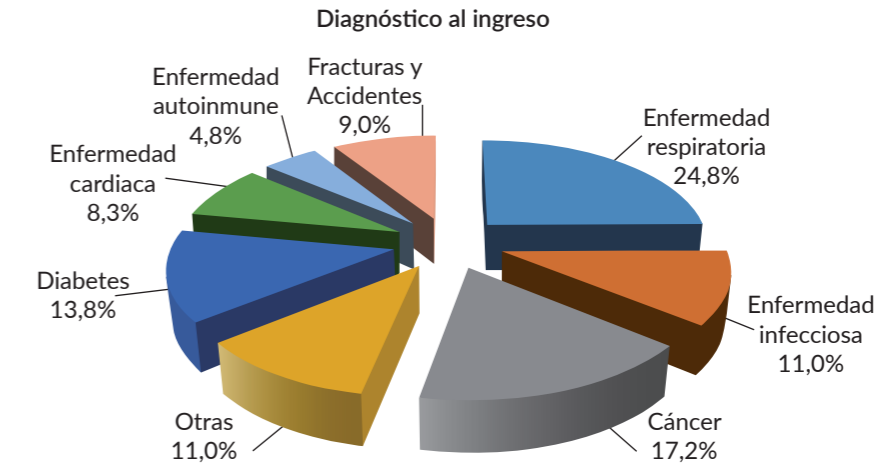
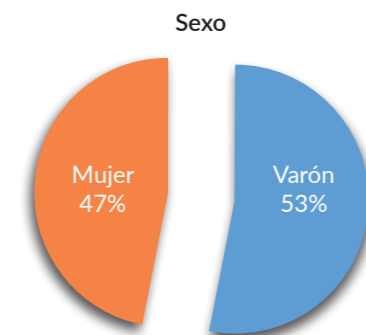
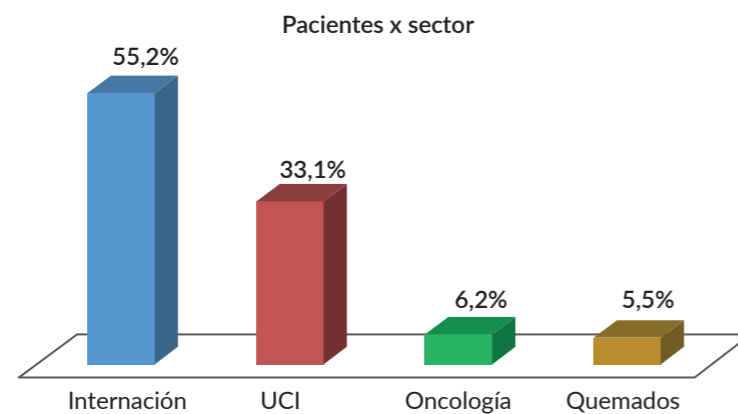
MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo en pacientes internados en distintos hospitales de Corrientes, durante un mes. Se firmaron Acuerdos de Compromiso y Confidencialidad con cada una de las distintas instituciones en donde se trabajó y los pacientes estudiados firmaron Consentimientos Informados antes del análisis de sus datos. Se analizaron: circuito y planillas de dispensación de AE, historias clínicas (HC) y compras por artículo. Se recabaron los datos

aplicando la EGS y se llenaron cuestionarios estructurados con variables demográficas, clínicas y económicas a partir de las historias clínicas de los pacientes. Se utilizó estadística descriptiva para determinar medidas de posición y dispersión, como la frecuencia de indicación de AE según género, edad, patología de base, vía de ingreso y calorías indicadas. Se formularon diversos productos adecuados a edad, sexo y enfermedad de base, se pesaron y mezclaron los ingredientes y se realizó el análisis bromatológico.

RESULTADOS

Se registraron 145 pacientes internados con AE en el mes de estudio (68 mujeres, 77 varones), en Internación 55,2%, Unidad de Cuidados Intensivos 33,1%, Oncología 6,2%, Quemados 5,5%. En el 90% de los casos los médicos tratantes indicaron AE según criterios subjetivos de observación y requerimientos de la enfermedad de base, en el 10% el nutricionista indicó la dieta adecuada. El diagnóstico prevalente al ingreso fue enfermedad respiratoria (24,8%), mientras otros fueron cáncer, diabetes, fracturas, accidentes y enfermedad cardíaca, infecciosa y autoinmune. El 51,2% de los pacientes estaba desnutrido, recibiendo prevalentemente fórmula normocalórica por sonda nasogástrica (85,5%), con un tiempo medio de consumo en la internación de $10,66 \pm 9,16$ días. El análisis bromatológico de las fórmulas reveló que las mismas se adecuan a los pacientes y su enfermedad.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El alto índice de EGS de los pacientes estudiados revela desnutrición previa a la internación. Con todo, pese al alto porcentaje de uso de AE, su indicación no ofreció mejoras en la malnutrición de la mayoría de los pacientes. Esto podría deberse a falta de cuidados previos, dificultando la recuperación y el progreso necesarios. Las HC del Hospital no reflejan los datos necesarios para decidir el soporte nutricional a suministrar, operándose según requerimientos diarios. El análisis de datos de esta investigación sirve de base para el desarrollo de un programa de provisión de AE en Corrientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giraldo-Giraldo NA, Múnera García NE, Marrugo Espitaleta V, Piñeres LM. Prevalencia de malnutrición y evaluación de la prescripción dietética en pacientes adultos hospitalizados en una institución pública de alta complejidad. *Rev Perspectivas en Nutrición Humana*. 9(1) 2007:37-47. Medellín, Colombia.
2. Muñoz YM. Determinación del riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. *Invenio*; 12(22) 2009:121-143. Rosario, Argentina.
3. Cuerda C, Álvarez J, Ramos P, Abánades JC, García-de-Lorenzo A, Gil P, de-la-Cruz JJ. Prevalence of malnutrition in subjects over 65 years of age in the Community of Madrid. The DREAM+65 Study. *Nutr Hosp* 2016;33:263-269
4. Veramendi LE, Zafra JH, Salazar O, Basilio JE, Millones E, Pérez GA, et al. Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general: Perú, 2012. *Nutr. Hosp* 28(4) 2013:1236-1243. Lima, Perú.

5. Perman M, Crivelli A, Khoury M. Complemento del estudio AANEP 99: Prevalencia de desnutrición hospitalaria en Argentina. 2012.
6. Tappenden K, Quatrara B, Parkhurst ML et al. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *JPEN* 2013;37(4):482-497
7. Castillo Pineda JCC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Díaz Reynoso JASR, Spolidoro Noroña JV, Matos A, Carrasco F, Chirife G, Vergara A, Moya Rodríguez J, Loyola G, Alvarez A, Barozzi C, Vargas M, García de Lorenzo, A. Declaración Internacional de Cancún sobre el Derecho a la Nutrición en los Hospitales. *Nutr Hosp*. 2008; 23(5):413-417.
8. Branciforti M, Brescia S, Echavarría M. Desnutrición Hospitalaria Nuestra Realidad. Evaluación del estado nutricional en pacientes internados en sala común de una clínica privada de la ciudad de Córdoba. 2009. Córdoba, Argentina.
9. Crivelli A, Perman M, Alomar F, Bellone M, De Loredo L, Faín H, Homann S, Decskes C, López M, Martino F, Saavedra S, Santamarina M, Lombardelli S. Estudio AANEP 99: Prevalencia de desnutrición en hospitales de la Argentina Fase 1. 2001.
10. Franco-Álvarez N, Ávila-Funes JA, Ruiz-Arreguá L, Gutiérrez-Robledo LM. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22(6):369-75.
11. Argüello R, Cáceres M, Figueredo R. Desnutrición hospitalaria. *Tendencias en Medicina*. 2009; 25-27. Asunción, Paraguay.

