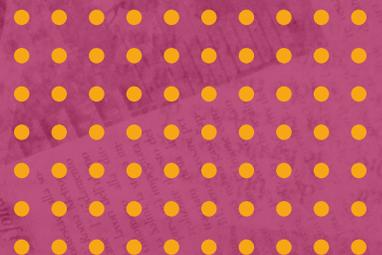




NAES

Nutrición y atención en salud

Fascículo 15, octubre 2023



Nutrición y atención en salud (NAES)

● Fascículo 15, octubre 2023.

Fortalecimiento de la atención en nutrición: **contexto, importancia y evidencia de su puesta en práctica**

→ **¿De dónde surge la necesidad del fortalecimiento de la atención en nutrición?** La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es un serio problema de salud que se ha identificado en ámbitos hospitalarios, ambulatorios y domiciliarios. La prevalencia reportada de esta condición oscila entre el 20 % y 60 %¹⁻³, siendo más elevada en programas de rehabilitación y la población adulta mayor⁴.

Se reconoce que el diagnóstico e intervención de la DRE no siempre se lleva a cabo de forma efectiva y oportuna^{5,6}. Por esta razón, se han creado consensos para estandarizar e implementar el proceso de cuidado nutricional⁵⁻⁷, el cual es una metodología sistemática que busca identificar el problema mediante evaluación y diagnóstico nutricional y, posteriormente, brindar una solución, a través de la intervención y monitoreo nutricional⁸.

La DRE impacta notablemente en la gestión clínica y los recursos en salud^{5,6}, evidenciándose en la disminución de la capacidad física y funcional, incremento en el riesgo de caídas y fracturas, mayores complicaciones postoperatorias, alargamiento en los tiempos de rehabilitación y hospitalización, y disminución de la supervivencia global⁹. Adicionalmente la carga económica que implica la DRE, se deriva de un aumento en las readmisiones hospitalarias y en los gastos derivados del tratamiento de complicaciones que pueden surgir a partir de un estado nutricional inadecuado¹⁰. En general, se ha descrito que el costo en salud de un paciente desnutrido puede ser de 3 a 4 veces mayor que el costo de un paciente bien nutrido, tanto en hospitales como en la comunidad^{1,4,11}.

Ante esto, surge la pregunta ¿Puede un proceso de cuidado nutricional de alta calidad aliviar esta carga económica? La respuesta es afirmativa. Según un estudio en Colombia realizado por Buitrago G y colaboradores¹², determinaron que por cada dólar invertido en atención y terapia nutricional se ahorran 25 dólares en atención médica. Además, es posible lograr ahorros en costos de atención en salud de hasta 7,6 % por paciente en atención domiciliaria, con efectos adicionales como reducción de reingresos y estancias hospitalarias más cortas^{13,14}, así como disminución de infecciones, complicaciones postquirúrgicas y caídas, entre otros beneficios¹⁵.

Sumado a esto, otros estudios han evidenciado que una correcta suplementación nutricional mejora los puntajes en las escalas de calidad de vida¹⁶, y puede generar ahorros de 6903 USD por año de calidad de vida ganado¹. Además, se ha observado una reducción en la mortalidad en aquellos pacientes que reciben una atención nutricional adecuada en el ámbito domiciliario¹⁷.



Referencias: 1. Beck AM. Multidisciplinary Nutritional Support for Undernutrition in Older Adults in Nursing Home and Home-Care is Cost- Effective. SOJNHC. 2015;1(2):01-7. 2. Beck AM. Nutritional interventions among old people receiving support at home. Proc Nutr Soc. 2018;77(3):265-9. 3. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clin Nutr. 2017;36(4):958-67. 4. Medical Nutrition International Industry. Better care through better nutrition: Value and effects of medical nutrition A summary of the evidence base. 2018 p. 480. 5. Ballesteros-Pomar MD, Blay Cortés G, Botella Romero F, Fernández García JM, Pita Gutiérrez F, Ramírez Arroyo V, et al. Continuity of care in disease-related malnutrition and nutritional medical treatment. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2022;69(10):897-909.



Ante esta realidad, surge una urgente necesidad por parte de los sistemas de salud y asociaciones científicas de fortalecer la atención en nutrición. Como muestra de ello, la Declaración de Cartagena, conformada por 13 principios centrados en el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición; y firmada en el 2019 por las asociaciones que constituyen la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE)-, reconoce “el cuidado nutricional como un derecho humano independiente del nivel de atención en salud, en acción contra las diversas clases de malnutrición y en particular la que está asociada a la enfermedad, convencidos de que una adecuada terapia nutricional puede corregir la malnutrición, mejorar el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida, disminuir las comorbilidades, la mortalidad y los costos en salud”¹⁸. Dentro de los 13 principios de esta declaración, se ratifica el cuidado nutricional como un proceso, que hace parte integral de la atención de los pacientes y aboga por modelos de atención basados en la identificación del riesgo, diagnóstico, intervención y seguimiento nutricional.

Posteriormente en el 2022, la declaración hecha en Viena durante el 44º congreso de la Asociación Europea de Metabolismo y Nutrición Clínica (ESPEN, por sus siglas en inglés) une a diferentes asociaciones mundiales de nutrición para declarar que “El cuidado nutricional es un derecho humano”. Al apoyar este enfoque, se busca resaltar la importancia de la nutrición en la atención médica y garantizar que todos los pacientes reciban el mejor cuidado posible, atendiendo sus necesidades nutricionales¹⁹.



6. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, *et al.* GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9. 7. Barazzoni R, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Higashiguchi T, Shi HP, *et al.* Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. *Clinical Nutrition.* 2022;0(0). 8. Swan WI, Vivanti A, Hake-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, *et al.* Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(12):2003-14. 9. Prado CM, Landi F, Chew STH, Atherton PJ, Molinger J, Ruck T, *et al.* Advances in muscle health and nutrition: A toolkit for healthcare professionals. *Clin Nutr.* 2022;41(10):2244-63. 10. Tappenden K, Quatrara B, Parkhursts M, *et al.* Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113(9):1219-37. 11. Brown F, Fry G, Cawood A, Stratton R. Economic Impact of Implementing Malnutrition Screening and Nutritional Management in Older Adults in General Practice. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(3):305-11. 12. Buitrago G, Vargas J, Sulo S, Partridge JS, Guevara-Nieto M, Gomez G, *et al.* Targeting malnutrition: Nutrition programs yield cost savings for hospitalized patients. *Clinical Nutrition.* 2020;39(9):2896-901. 13. Botella Romero F. El abordaje integral del paciente desnutrido: buscando la continuidad en el apoyo nutricional. *Nutr Hosp.* 2018;35(spe2):34-8. 14. Dinenage S, Gower M, Van Wyk J, Blamey A, Ashbolt K, Sutcliffe M, *et al.* Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team. *Nutrients.* 2015;7(3):1607-17.

→ **¿Qué se requiere para fortalecer la atención en nutrición?**

Para impulsar y consolidar la atención en nutrición y cosechar sus beneficios, es esencial considerar los siguientes puntos:

- Estandarizar el proceso de cuidado nutricional: las normativas recomendaciones nacionales e internacionales coinciden en la relevancia de prestar servicios de salud de alta calidad técnica. Para esto, es vital contar con protocolos de atención nutricional que estandaricen lenguaje, métodos y procedimientos para su correcta implementación.
- Fortalecer los acuerdos entre prestación y aseguramiento: en Colombia, se busca una gestión integral del paciente garantizando acceso a servicios y tecnologías de salud sin barreras, sostenibilidad del sistema y condiciones de contratación y pago transparentes y consistentes. Todo ello con el objetivo de brindar atención de alta calidad en la atención con mejores resultados¹⁷⁻¹⁹.
- Promover el trabajo interdisciplinario: es crucial incluir profesionales de áreas como medicina, enfermería, farmacia, terapia física, entre otros, para detectar de forma temprana estados nutricionales desfavorables y ofrecer un abordaje integral, y costo-efectivo en la atención nutricional¹⁸.
- Fortalecer los sistemas de información: desde 2020, en Colombia esta reglamentada la interoperabilidad de historias clínicas para dar continuidad al proceso asistencial y asegurar al paciente compartiendo su información clínica entre las instituciones sanitarias²³. No obstante, es fundamental promover también el registro de

información nutricional para comprender el impacto de las intervenciones y analizar datos que informen decisiones relacionadas con la atención en nutrición.

- Actualización y capacitación continua: dado los constantes avances en investigación es indispensable promover la educación continua para los profesionales de la salud involucrados en el cuidado nutricional¹⁸.

→ **Experiencias del fortalecimiento de la atención en nutrición.** Para concluir, es esencial destacar los resultados de experiencias que han fortalecido este proceso, pues ello respalda su relevancia y promueve su replicación en diferentes escenarios. En este contexto el Centro Latinoamericano de Nutrición (CELAN) y la Universidad CES, son pioneros al publicar la descripción de la situación nutricional de pacientes atendidos en modalidad domiciliaria en Colombia. Esta investigación es el inicio para el problema de la DRE en una población vulnerable, basándose en un proceso de cuidado nutricional estandarizado. A continuación, presentamos un breve resumen de los hallazgos de este estudio:



15. Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clinical Nutrition*. 2016;35(1):125-37. **16.** Parsons EL, Stratton RJ, Cawood AL, Smith TR, Elia M. Oral nutritional supplements in a randomised trial are more effective than dietary advice at improving quality of life in malnourished care home residents. *Clinical Nutrition*. 2017;36(1):134-42. **17.** Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clin Nutr*. 2016;35:125-37. **18.** Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutrición Hospitalaria*. 2020;36(4):974-80. **19.** Cardenas D, Correia MITD, Hardy G, Gramlich L, Cederholm T, Van Ginkel-Res A, et al. The international declaration on the human right to nutritional care: A global commitment to recognize nutritional care as a human right. *Clin Nutr*. 2023;42(6):909-18. **20.** Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 DE 2015: por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. **21.** Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1139 de 2022: Por la cual se modifica y actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, servicios complementarios y algunas tecnologías financiadas con recursos de la UPC, en los regímenes contributivo y subsidiado, exclusiones explícitas y se dictan otras disposiciones. **22.** Ministerio de salud y Protección social. Decreto 441 de 2022: Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. **23.** Congreso de Colombia. Ley 2015 de 2020: Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

Estado nutricional de pacientes en la modalidad de hospitalización domiciliaria: estudio transversal

David López Daza; Valentín Mejía Mosquera ; Paola De Armas Blanco; Alejandra Agudelo Martínez; Cristina Posada Álvarez; Patricia Savino Lloreda.

PROBLEMA

La hospitalización domiciliaria es una alternativa para el manejo crónico de diferentes patologías. En Colombia, se desconoce el estado nutricional de esta población.

OBJETIVO

Describir las características sociodemográficas, clínicas y nutricionales de pacientes que son tratados bajo hospitalización domiciliaria en instituciones de cinco ciudades en Colombia.

MÉTODOS

Estudio Observacional Transversal

596 Pacientes

7 Instituciones prestadoras de salud

Aprobado comité de ética de la Universidad CES (acta 200 de 2022)

Descripción de variables

Sociodemográficas

Antropométricas

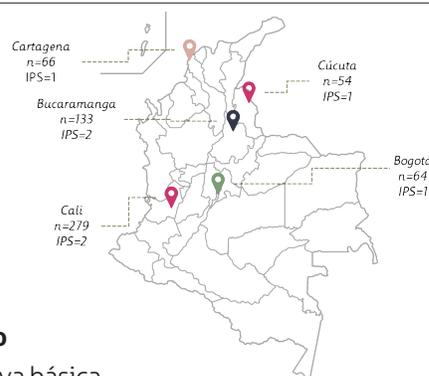
Ingesta de alimentos

Estado nutricional y severidad

Análisis Estadístico

Estadística descriptiva básica

Análisis univariado y diferencias entre características antropométricas y ciudades a través de la prueba no paramétrica Kruskal Wallis. Software Jamovi.



RESULTADOS



82 años
(RIQ 69 a 89 años)



55,5 %



80,2 % oral,
18,4 % sonda,
1,3 % mixta

ANTROPOMETRÍA

Característica	Total (n=596) Med (p25; p75)	Bogotá (n=64) Med (p25; p75)	Bucaramanga (n=133) Med (p25; p75)	Cali (n=279) Med (p25; p75)	Cartagena (n=66) Med (p25; p75)	Cúcuta (n=54) Med (p25; p75)	Valor p*
Peso actual (kg)	52,5 (45; 61,6)	48,8 (42,7; 55,6)	50 (43; 57)	54,1 (46; 63,5)	55,9 (46; 66,3)	52,5 (42; 61)	0,030
Peso usual (kg)	53 (46; 64)	49,8 (44; 54)	50 (45; 60)	53 (46; 65)	58 (50; 68)	58 (50; 67,4)	0,000
Pérdida de peso (%)	0 (-2,1; 4,8)	-1,1 (-3,9; 1,9)	0 (0; 7)	0 (-4,1; 1,8)	1 (0; 6,3)	6,9 (0; 18,1)	0,000
Talla (cm)	158 (151; 164)	156 (150,5; 165)	158 (152; 164)	158 (152; 167)	155 (149; 163)	154,5 (148; 161)	0,833
IMC (kg/m2)	21,2 (17,9; 24,1)	19,4 (17,2; 22,5)	19,8 (16,7; 22,7)	21,7 (18,6; 24,7)	22,9 (19,4; 28,9)	21,1 (17,8; 24,9)	0,000
Perímetros							
Brazo (cm)	24,7 (22; 28,9)	24,5 (22; 27,5)	22,3 (20,2; 25)	26 (23; 31)	26 (22,5; 29)	25 (23; 28)	0,000
Abdominal (cm)	88 (79; 96)	83 (71,5; 91,5)	85 (72,3; 92)	89 (81; 98,5)	93 (79; 99)	89,8 (82; 96,3)	0,000
Pantorrilla (cm)	27,2 (24,5; 30,1)	27 (24,5; 30)	26,5 (24; 29,1)	27 (24,2; 29,8)	30,5 (27,5; 34)	27,8 (24,5; 31,6)	0,000

Abreviaturas: p25: percentil 25; p75: percentil 75; Med: mediana; kg: kilogramos; cm: centímetros; m: metros

*Prueba de Kruskal Wallis (ciudades).

ADECUACIÓN INGESTA



69,6 %
Energía



69,9 %
Proteína

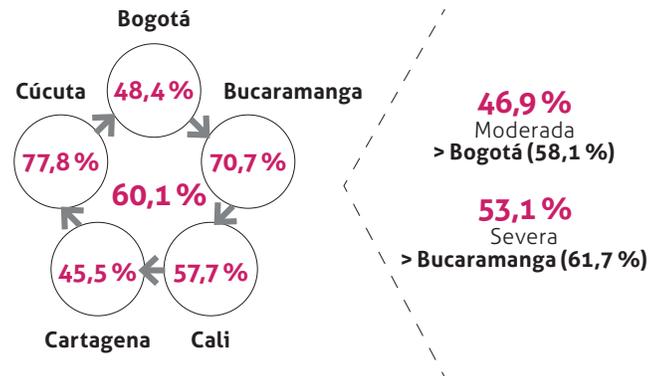
SARCOPENIA PROBABLE



82,5 % **85,5 %**

*Únicamente en aquellos en los que se pudo realizar la dinamometría

DESNUTRICIÓN SEGÚN CRITERIOS GLIM



CONCLUSIÓN

La desnutrición proteico calórica es una condición frecuente en los pacientes que se encuentran bajo HD, por lo cual es necesario implementar y fortalecer el proceso de cuidado nutricional en esta población.



Lo invitamos a conocer el contenido completo de la publicación a través del siguiente QR o enlace:



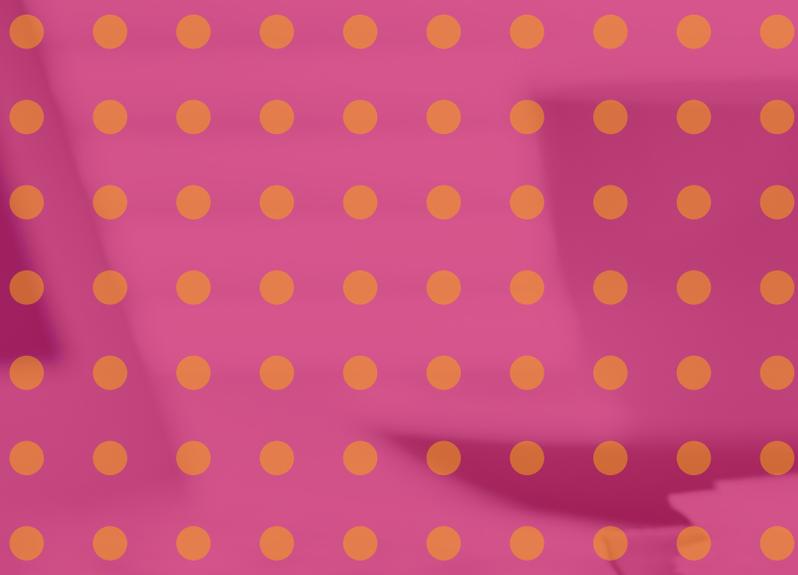
ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN
Estado nutricional de pacientes en la modalidad de hospitalización domiciliaria: estudio transversal en 5 ciudades colombianas
Nutritional status of patients in home care: cross-sectional study in 5 Colombian cities
David López,¹ Valentín Mejía,² Paola de Armas,³ Alejandra Agudelo,⁴ Cristina Posada,⁵ Patricia Savino.⁶



ENLACE

<https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/2226>





Nutrición moderna con
beneficios para el afiliado y el
sistema de salud.

PROWHEY
LÍNEA NUTRICIONAL

