



NAES

Nutrición y atención en salud

Fascículo 6, abril 2021.

Impacto del uso de vías clínicas de atención integral en salud.

→ **Las vías clínicas son herramientas de gestión en salud** que contemplan una estructura multidisciplinaria. Su objetivo es estandarizar la atención de una población con una condición clínica, procedimiento o patología en común; determinando la secuencia de pasos necesarios, detallándolos y estableciendo el marco de duración de las intervenciones en salud^{1,2}. Se ha descrito que, el uso de vías clínicas favorece la estandarización del proceso de cuidado en salud y puede impactar positivamente no solo en los desenlaces clínicos si no también en el uso del recurso y el costo asociado a los servicios de salud incluyendo los relacionados con la atención nutricional³.

A nivel intrahospitalario el uso de herramientas de manejo integral que incluyen atención nutricional ha mostrado resultados positivos frente a indicadores nutricionales, una mejor adherencia a las prácticas basadas en evidencia en nutrición y una reducción del uso del recurso, entre otros, por ejemplo:

- Sujetos sometidos a cirugías gastrointestinales y pélvicas, atendidos después de la implementación de una vía clínica integral, pierden menos peso que los sujetos atendidos antes de la implementación (2.1% menos)⁴. En otra investigación en este tipo de población, se reportó una reducción de la estancia hospitalaria de 3 días y de la tasa de complicaciones moderadas a severas (del 25% al 8%), así como una disminución de 1.602 USD en los costos totales de hospitalización⁵.
- En otro escenario, 3 a 4 años posteriores a la aplicación de una vía clínica basada en evidencia para la atención nutricional de pacientes sometidos a tras-

plante de médula ósea, mostro una adherencia del 84% por parte del equipo de profesionales, y se redujo el tiempo entre la admisión y el primer contacto con el profesional en nutrición y dietética, se estableció que la atención debía ocurrir máximo a las 48 horas de ser admitido el individuo³.

- En individuos pediátricos con necesidad de cicatrización de heridas, una vía clínica de manejo nutricional enfocada a esta condición, ha llevado a una mayor identificación de deficiencias de micronutrientes, facilitando su corrección, así como a un seguimiento más estrecho de la ingesta de nutrientes, asegurando así, el aporte nutricional requerido para la cicatrización de las heridas⁶.

En atención ambulatoria, la revisión sistemática de Plishka y cols⁷. encontró evidencia de alta calidad que demuestra que las vías clínicas de manejo integral en enfermedad pulmonar obstructiva crónica reducen la tasa de readmisión hospitalaria en los pacientes con esta patología. También describen, que podrían ayudar a reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria⁷.

Por último, en el ámbito domiciliario, Ferrer y cols⁸, realizaron un análisis 4 años después de la adaptación e implementación de una vía clínica de nutrición enteral domiciliaria, describiendo los siguientes resultados:

- Se encontró un cumplimiento de más del 95% de los indicadores de adherencia por parte de los profesionales, en términos de selección de fórmula, indicación patológica, vía de administración, educación y periodicidad del seguimiento individual.
- Se redujo el uso de fórmulas nutricionales especializadas particularmente las hipercalóricas, hiperproteicas, y se presentó un aumento del uso de fórmulas modulares⁹. También se registró una reducción

1. Lee XJ, *et al.* Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc. 2018;43(4):9. 2. Romero Simó M, *et al.* Cir Esp. 2010;88(2):81-4. 3. Atkins L, *et al.* Support Care Cancer. 1 de marzo de 2019;27(3):951-8. 4. Den E, *et al.* Nutr Cancer. 2 de noviembre de 2020;1-8. 5. Zhang L, *et al.* Am Surg. marzo de 2015;81(3):252-8. 6. Thompson KL, *et al.* Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr. Agosto de 2014;29(4):473-82. 7. Plishka C, *et al.* Syst Rev. 2016;5(1):135. 8. Ferrer M, *et al.* Endocrinol Diabetes Nutr. abril de 2019;66(4):232-9. 9. Sánchez Romera JF, *et al.* Nutr Hosp. 17 de octubre de 2019;36(5):1019-26.

acumulada del 130% en la cantidad total de fórmula prescrita y de más de 23'000.000€ en los costos directos de la fórmula nutricional durante los 4 años posteriores a la implementación.

- En otra investigación realizada en un escenario de continuación de la atención nutricional después del alta hospitalaria, se describió que la atención bajo la directriz de una vía clínica en sujetos post – esofagectomía es una práctica segura, apoya la reducción en la pérdida de peso y favorece una mejoría en los puntajes de calidad de vida¹⁰.

Lo anterior visibiliza la importancia y necesidad de buscar y documentar alternativas de estandarización de los procesos de atención en salud por patologías, incluidos los relacionados con el proceso de cuidado nutricional, ya que el impacto en la gestión clínica y económica se ha descrito en distintos escenarios. Boydorr en alianza con el Centro Latinoamericano de Nutrición (CELAN) trabaja constantemente en la creación de vías clínicas de calidad y que cumplan las recomendaciones de manejo internacional.

Uso de fórmulas en polvo, un parte de seguridad.

El uso de fórmulas en polvo para la alimentación de individuos con vía de alimentación enteral, se ha considerado una barrera para garantizar la seguridad e inocuidad de la alimentación en las personas con necesidad de soporte nutricional enteral. No obstante, desde hace más de dos décadas se identificó que **cumplir con las prácticas adecuadas reconstitución y administración reduce el riesgo de contaminación y aumenta la seguridad del proceso**¹¹.

En relación con lo anterior, tanto a nivel intrahospitalario cómo ambulatorio, actuar en cada uno de los puntos críticos de control de la prescripción, recons-

titución y administración de fórmulas nutricionales en polvo, descritos por la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), aumenta la seguridad del uso de este tipo de fórmulas. Dentro de cada uno de estos puntos críticos, existen actividades que apoyan un proceso efectivo. Algunas de ellas son:

- Control de la prescripción: generar ordenes de prescripción específicas y claras en cuanto a la identificación, dosis y dilución del producto reduce el riesgo de errores de entrega y administración.
- Reconstitución: cumplir los requisitos de la preparación reduce el riesgo de contaminación **(Ver imagen 1)**.
- Administración de fórmulas: usar equipos y herramientas apropiadas para la administración del producto nutricional¹².

En relación con la preparación, uno de los principales puntos críticos del uso de las fórmulas en polvo, es el tiempo máximo que pueden permanecer en suspensión a temperatura ambiente (aún más en zonas cálidas). Lakananurak y cols., encontraron que una fórmula en polvo reconstituida puede estar suspendida hasta 6 horas a temperatura ambiente (entre 25°C y 32°C), sin presentar sobrecrecimiento bacteriano¹³.

Otro aspecto importante, es que independientemente de la presentación de la fórmula (líquida o en polvo), la clave está en mantener prácticas de higiene y manipulación adecuadas. Galindo y cols. describieron que, aunque en el ámbito domiciliario el riesgo de contaminación es menor, existe para cualquier tipo de fórmula, y por eso es indispensable el entrenamiento a los cuidadores, para minimizar los riesgos de contaminación, y prevenir complicaciones asociadas al riesgo microbiológico en la administración de productos nutricionales por vía enteral¹⁴.

10. Liu K, *et al.* Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus. 2020;33(2). 11. Carvalho MLR, *et al.* J Parenter Enter Nutr. 2000;24(5):296-303. 12. Boullata JI, *et al.* J Parenter Enter Nutr. 2017;41(1):0148607116673053. 13. Lakananurak N, *et al.* World J Clin Cases. 6 de octubre de 2020;8(19):4410-5. 14. Galindo C de O, *et al.* Nutr Clin Pract. 2020;0:1-14.

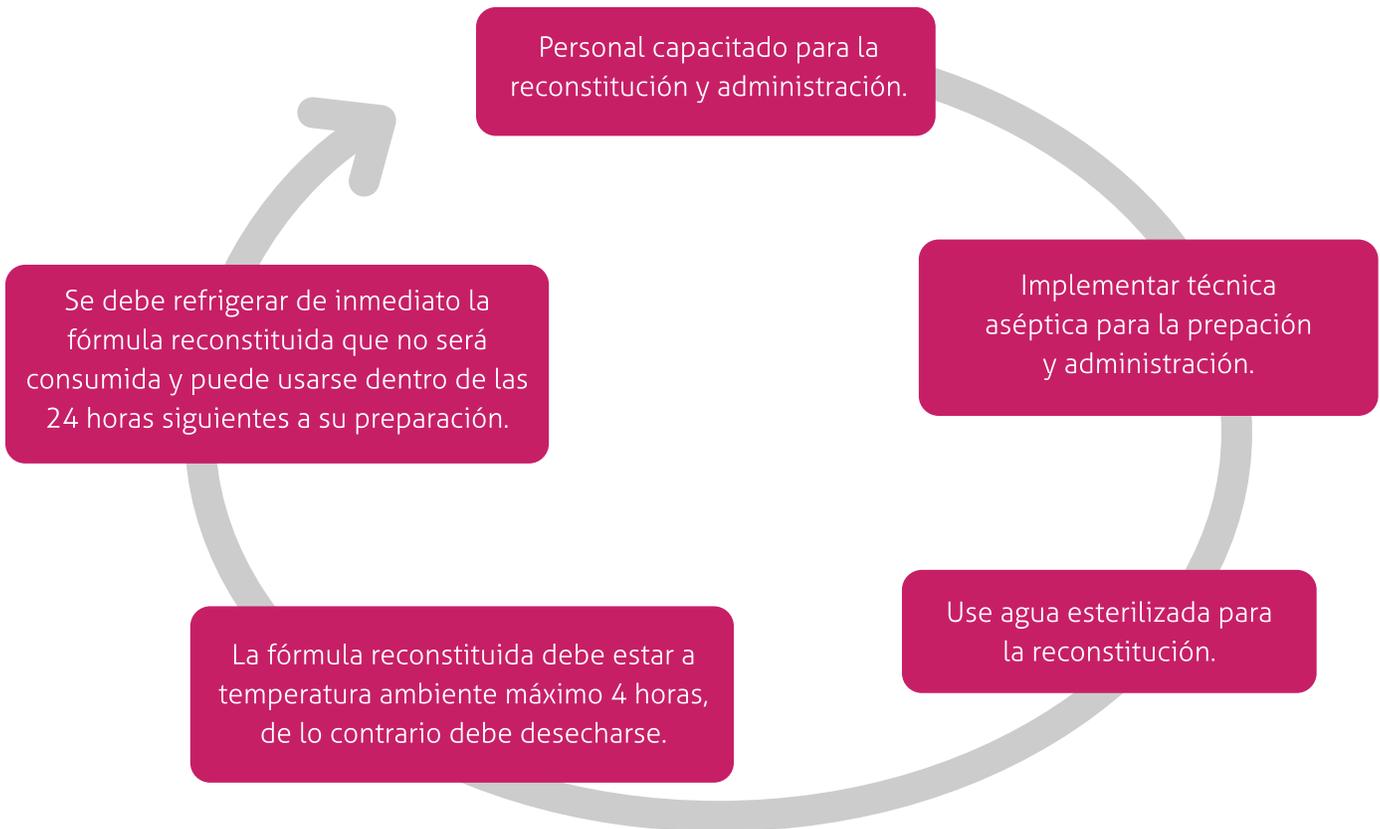


Imagen 1. Requisitos mínimos de preparación de fórmulas en polvo según ASPEN.

Actualización en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN).

El SISBEN es el sistema que permite clasificar a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación, se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan.

El SISBEN permite la clasificación de una persona en una base de datos según las condiciones de vida e ingresos del hogar. Esta sirve para que las entidades definan, entre otros criterios, quiénes pueden acceder a programas sociales. La base de datos del Sisbén certificada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) constituye un referente a partir del

cual los diferentes programas de las entidades del Estado establecen las condiciones para seleccionar los beneficiarios y asignar los beneficios de conformidad con la reglamentación¹⁵.

A partir del 5 de marzo de 2021, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) consolida los aprendizajes recogidos y lanza el Sisbén IV con la que busca generar mejoras para la afiliación en salud del régimen subsidiado¹⁶.

Con la nueva metodología del Sisbén se desarrolló una clasificación cuyo resultado no es un índice cuantitativo. Esto significa que ya no existirá un puntaje de 0 a 100 sino una nueva clasificación que ordena la población por grupos:

- Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos).

15. https://www.sisben.gov.co/Paginas/conoce_el_sisben.html. 16. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-consolida-la-transicion-al-Sisben-4-en-el-Regimen-Subsidiado.aspx>.

- Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A).
- Grupo C: vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza).
- Grupo D: población no pobre, no vulnerable.

Cada grupo está compuesto por subgrupos, identificados por una letra y un número que permiten clasificar más detalladamente a las personas:

- Grupo A: conformado por 5 subgrupos (A1- A5).
- Grupo B: conformado por 7 subgrupos (B1- B7).
- Grupo C: conformado por 18 subgrupos (C1 -C18).
- Grupo D: conformado por 21 subgrupos (D1 - D21).

En la cuarta versión del Sisbén se busca mejorar la calidad de la información de la base de datos, evitar fallas y manipulación en la recolección y además facilitar la actualización haciendo uso de herramientas tecnológicas para estos propósitos. los principales cambios son:

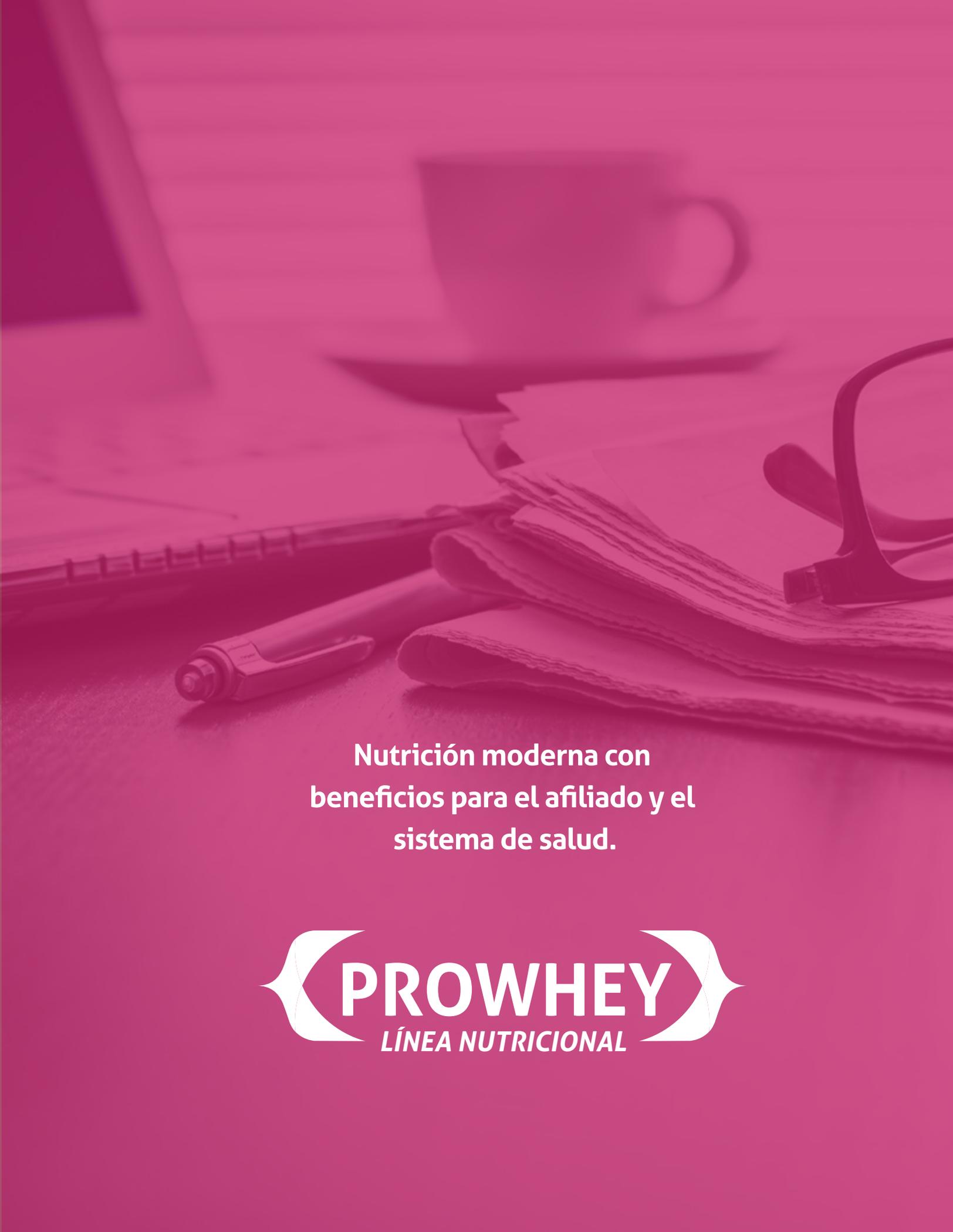
1. Encuestas realizadas con dispositivos que permitan el escaneo de documentos de identidad, georreferenciación y firma digital.
2. Creación de una base de datos dinámica y centralizada.
3. Desarrollo de un software especializado (SisbenAPP) que permite agilidad y seguridad en el proceso de encuesta.

El conjunto de herramientas genera las condiciones para una actualización más frecuente de la información y menores tiempos de respuesta al ciudadano. La nueva clasificación tiene en cuenta la capacidad de generación de ingresos de los hogares a partir de sus condiciones socioeconómicas medidas a través de 5 dimensiones:

1. Vivienda y servicios públicos.
2. Educación.
3. Salud.
4. Ocupación e ingresos.
5. Antecedentes sociodemográficos.

El Ministerio de Salud y Protección Social publicará un plan de transición para adoptar el Sisbén IV. Por lo tanto, los ciudadanos y actores del sector salud deben tener en cuenta que se continuará con la preparación técnica y normativa mediante la expedición de una resolución de transición. Durante el periodo de alistamiento técnico no se exigirá el SISBEN 4 para ningún trámite de afiliación, dándoles tiempo a los agentes del sistema para que conozcan y adopten esta nueva metodología.

Se promoverá para que las entidades territoriales quienes son las responsables de aplicar la encuesta SISBEN, en un periodo de dos años encuesten a aquellas personas sin SISBEN 4.



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

PROWHEY
LÍNEA NUTRICIONAL