



NAES

Nutrición y atención en salud

Fascículo 9, Octubre 2021

Resultados de un proceso de cuidado nutricional estandarizado: la experiencia de Projection Life Colombia S.A.

→ **El proceso de cuidado nutricional (PCN) es el término usado para referirse a la atención nutricional integral. Comprende una serie de actividades, delimitadas en 4 pasos principales y uno complementario:** la tamización (como actividad complementaria), la evaluación, el diagnóstico, la intervención y por último el seguimiento y monitoreo nutricional¹. Este proceso es de carácter inter y multidisciplinar, ya que en conjunto con los nutricionistas dietistas, los profesionales de la salud identifican y apoyan el tratamiento de los problemas y/o afecciones relacionadas con la nutrición².

En el presente fascículo de Nutrición y Atención en Salud (NAES), se describe como el PCN resulta ser una práctica que enmarcada en un modelo integral de atención en salud genera excelentes resultados clínicos y económicos en una de las Instituciones de Prestación de Servicios (IPS) de salud más importantes del país.

En la experiencia de Projection Life Colombia S.A., una IPS colombiana dedicada a la atención de pacientes en la modalidad domiciliaria y en acompañamiento técnico por el Centro Latinoamericano de Nutrición (CELAN), la aplicación de un PCN estandarizado basado en las recomendaciones de la American Society Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), y la European Society Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)^{1,3}, permitió documentar resultados desde el punto de vista clínico y nutricional, favoreciendo la gestión de los recursos destinados para la financiación del soporte nutricional prescrito. Lo anterior tuvo lugar, debido a la implementación de un esquema de valoración y seguimientos nutricionales mensuales presenciales, durante un plazo de 4 meses, en una muestra de 62 pacientes con diferentes condiciones clínicas y requerimiento de soporte nutricional (vía oral o enteral). Los hallazgos más relevantes serán descritos a continuación y son el resultado del análisis descriptivo de la información recolectada durante la implementación del esquema.

Caracterización demográfica y clínica

La población seleccionada por la IPS tenía una media de edad de $76,7 \pm 17,9$ años, la mayor proporción de los pacientes era de sexo femenino (59,6 %) y pertenecían al régimen de afiliación contributivo del sistema general de seguridad social en salud (90,3 %).

El diagnóstico médico más frecuente en esta cohorte de pacientes correspondía al grupo de las patologías neurodegenerativas (p.ej. Enfermedad de Alzheimer, Parkinson) con una prevalencia en el 85 % de los pacientes, seguido de las secuelas de accidente cerebro vascular; además, 10 pacientes (16 %) cursaban con al menos 1 herida en la primera valoración, del tipo lesión por presión, úlcera venosa o herida quirúrgica principalmente, y para el último seguimiento 6 de ellos presentaron cierre total de las heridas, los otros 4 continuaron en proceso de cicatrización.

Por otro lado, la proporción de pacientes con vía oral fue mayor, con un 63 % de participación, el porcentaje restante corresponde a pacientes con vía de alimentación enteral con predominio de sonda nasogástrica.

Resultados de evolución nutricional favorable

En cuanto a las variables nutricionales evaluadas, se **destaca la reducción de la proporción de pacientes con pérdida de peso significativa (según criterios GLIM) del 28 % al 5 %**, con un aumento promedio de peso de $1,08 \text{ kg} \pm 0,27 \text{ kg}$; lo que indica una detención del deterioro nutricional, al evaluarlo a través de esta variable. No obstante, hay otros parámetros que muestran recuperación nutricional, por ejemplo: **el perímetro de pantorrilla presentó incremento promedio de $1,2 \text{ cm} \pm 0,25 \text{ cm}$ hacia el final de los seguimientos**, esto está acompañado de la **uplicación del porcentaje de pacientes con masa muscular sin depleción por examen físico del 13 % al 26 %** y del aumento promedio de la fuerza de agarre evaluada con dinamómetro en mano derecha en $4,3 \text{ kg}$ y $1,4 \text{ kg}$, para hombres y mujeres respectivamente. Los resultados previamente descritos se amplían en la tabla 1 y 2.

Variable	Valoración inicial	Último seguimiento	Diferencia
Peso (kg)	49,9 ± 11,6	50,9 ± 11,8	1,08 ± 0,27
Perímetro de pantorrilla (cm)	25,9 ± 3,7	27,1 ± 4,02	1,2 ± 0,25
Fuerza de agarre hombres (kg)	10,5 ± 7,6	14,8 ± 11,6	4,3 ± 4
Fuerza de agarre mujeres (kg)	8,3 ± 4,3	9,7 ± 5,5	1,4 ± 1,2

Tabla 1. Cambios en variables antropométricas y funcionales.

Grado de severidad de pérdida de peso	Valoración inicial	Último seguimiento
No significativa	71,0 %	95,2 %
Pérdida moderada	17,7 %	3,2 %
Pérdida severa	11,3 %	1,6 %

Tabla 2. Proporción de pacientes de acuerdo con el grado de severidad de la pérdida de peso.

Adicional a los componentes antropométricos, de examen físico y funcionalidad, la evaluación cuantitativa del aporte nutricional de la dieta o de la nutrición enteral total (NET), mostró una mejoría general en el cubrimiento de los requerimientos calóricos a más del 75 %, con una disminución de la proporción de pacientes que presentaban ingestas inferiores, del 47 % al 29 %. Sin embargo, al analizar únicamente la población con NET, **la proporción de pacientes con el cubrimiento de los requerimientos a más del 90 %, aumento del 65 % al 96 %**, esto implica que aún en pacientes con requerimiento crónico de soporte nutricional, es importante realizar seguimientos que permiten replantear las necesidades nutricionales y los objetivos terapéuticos.

En cada una de las atenciones nutricionales, se llevaron a cabo las mediciones y evaluaciones de los componentes descritos en la medida de las posibilidades de acuerdo con la condición clínica del paciente. Como resultado de su análisis, el profesional en nutrición realizó el diagnóstico nutricional basado en los criterios GLIM, en comparativa

Diagnóstico nutricional	Valoración inicial	Último seguimiento
Sin desnutrición	29,0 %	64,5 %
Desnutrición moderada	30,6 %	12,9 %
Desnutrición severa	40,3 %	22,6 %

Tabla 3. Proporción de pacientes de acuerdo con el diagnóstico nutricional.

con la primera valoración, **la prevalencia de desnutrición en grado moderado y severo se redujo a la mitad (del 71 % al 35 %)**, con una migración de pacientes de estados de mayor a menor severidad (tabla 3).

Una vez determinado el diagnóstico nutricional del paciente, aquellos con desnutrición e ingesta vía oral insuficiente o con accesos enterales en cualquier estado nutricional, fueron prescritos con Alimentos de Propósito Médico Especial (APME). Es importante resaltar que los resultados clínicos descritos muestran que además de establecer un PCN estandarizado y continuo, se deben seleccionar terapias nutricionales costo efectivas, que favorezcan el logro de los objetivos terapéuticos en una ventana de tiempo más corta o que apoyen la prevención de complicaciones y de esa manera favorecer la gestión de los recursos. Para el caso de esta experiencia asistencial, el tipo de fórmulas seleccionadas en más del 70 % de los pacientes se caracterizaron por tener una distribución de macronutrientes y aporte de micronutrientes, acordes a las necesidades nutricionales y clínicas de los pacientes, y de las patologías de base con las que cursaban. Además, se destacaron por el uso exclusivo de fuente proteica de alta calidad como el aislado de proteína de suero lácteo y la no adición de azúcares libres, así como un perfil de grasas cardioprotector e ingredientes que favorecen la salud gastrointestinal.

En conformidad con lo anterior y como se ha mencionado previamente, la documentación de esta experiencia asistencial permitió evidenciar un impacto positivo en el recurso económico, que también apoya los modelos de atención y gestión en salud.

Uso de APME: impacto en el costo

Los cambios en cuanto al uso y prescripción de APME, representaron un impacto directo en los costos; antes de iniciar el esquema de atención nutricional estandarizada el **91,9 %** de los pacientes tenía algún tipo de soporte nutricional, siendo más prevalente la suplementación de la vía oral. Posterior a la primera atención esa proporción bajo al **82,2 %** y en el último seguimiento se redujo a un **59,6 %**, lo que implica **una reducción de 32 puntos en la proporción de pacientes con necesidad de soporte**. Esto, es resultado de una mejoría en el cubrimiento de los requerimientos y de la recuperación nutricional de los pacientes.

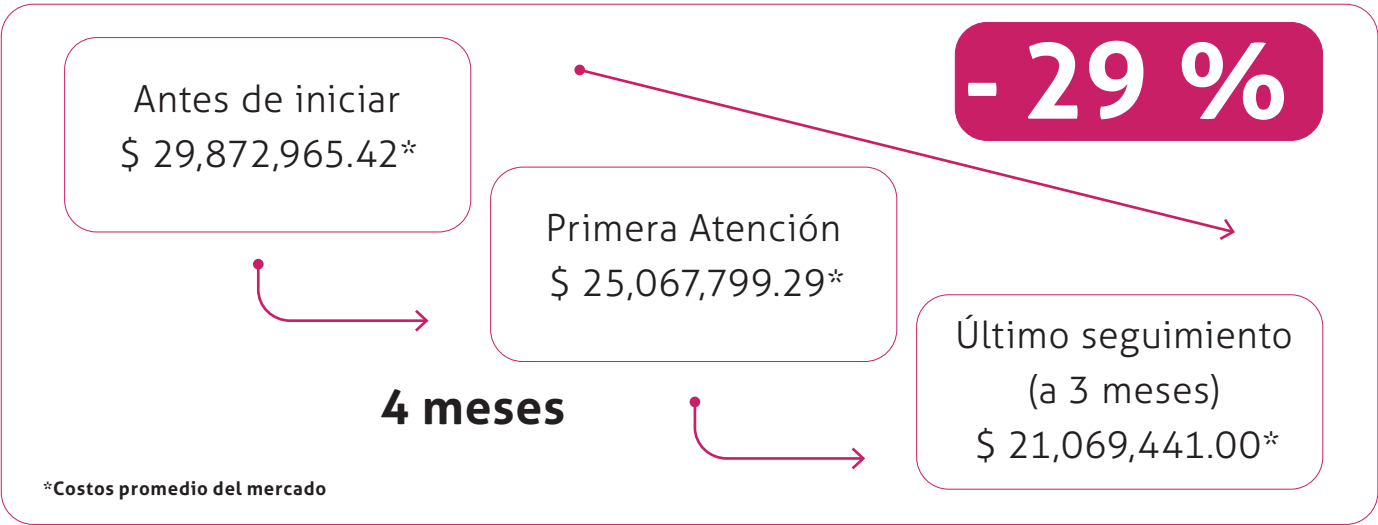
Tipo de fórmula nutricional	Antes de iniciar	Valoración inicial	Último seguimiento
Estándar	28	27	22
Especializada	20	21	13
Modular	1	1	3
Hipercalórica	8	3	0
Oligomérica	1	0	0
Total	58	52	38

Tabla 4. Número de prescripciones de acuerdo con el tipo de APME

Específicamente para los pacientes con vía oral, la reducción de la necesidad de soporte se redujo de la siguiente manera: antes de la primera atención 34 pacientes tenían prescripción de suplementación de la vía oral y en el último seguimiento este número se redujo a 14; esto es consecuencia de la integralidad de las intervenciones nutricionales, basadas en un adecuado PCN, en el establecimiento de objetivos nutricionales medibles y en la instauración de terapias con fortalecimiento de la educación alimentaria y nutricional al paciente y su cuidador, además, de realizar el seguimiento oportuno a las mismas.

Adicional a la reducción del uso de APME, también hubo cambios en el tipo de producto nutricional prescrito, con una disminución de la prescripción de fórmulas hipercalóricas y especializadas y un predominio de selección de fórmulas estándar (tabla 4), esto en respuesta a la no pertinencia clínica de las fórmulas seleccionadas previamente, a intolerancia o infectividad, entre otros.

El resultado en términos económicos de realizar una prescripción de APME pertinente y de disminuir la cantidad de fórmulas de mayor especialización, es una **reducción del 29 % de los costos directos del soporte nutricional** con respecto al valor de este antes de iniciar el esquema de PCN estandarizado, representados en una diferencia de \$8 803 524,42 COP al mes.



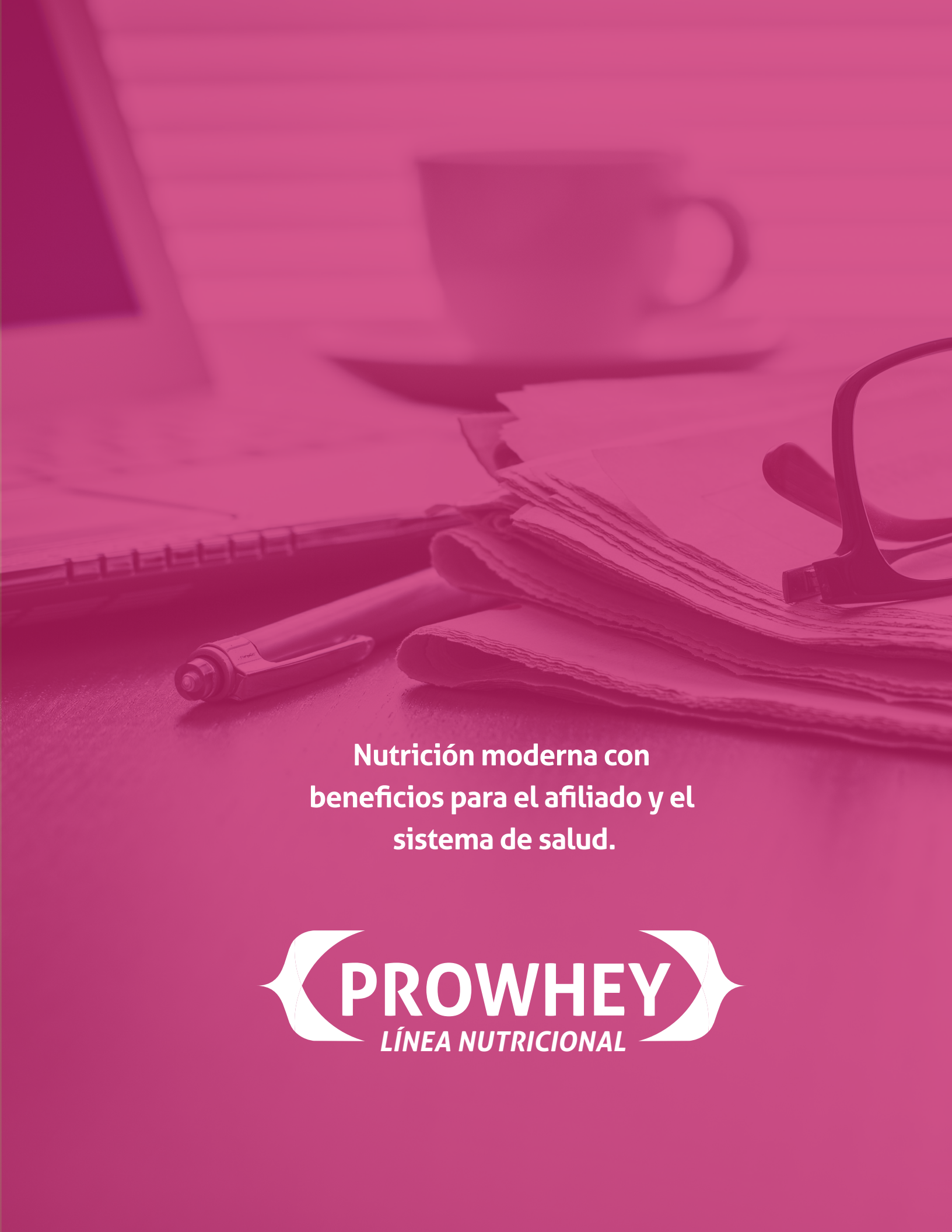
Puntos Clave

- ✓ Esta experiencia asistencial, deja en evidencia el impacto de plantear un proceso de cuidado nutricional estandarizado, enmarcado en un modelo de atención en salud integral, para lograr resultados positivos desde el punto de vista clínico y de costos.
- ✓ La relevancia de realizar diagnósticos nutricionales apropiados, instaurar tratamientos acordes a estos, y realizar un monitoreo continuo para alcanzar los objetivos terapéuticos planteados, responde a la necesidad de mejorar la gestión clínica de la población atendida.
- ✓ Es fundamental para la correcta administración de los recursos de atención en salud, y para apoyar la sostenibilidad del sistema, comprender que la gestión de los recursos económicos empieza desde la organización de los procesos de atención, de la selección de terapias costo – efectivas y de realizar un correcto seguimiento a las mismas.

Referencias

1. Swan WI, Vivanti A, Hakel-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.
2. Kight C, Jean M. B, Curry A, Frankenfield D, Good K, Guenter P, et al. Consensus Recommendations for Optimizing Electronic Health Records for Nutrition Care. 2019;11.
3. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49-64.

AVISO LEGAL: Este documento es para uso informativo y educacional, dirigido exclusivamente a profesionales de la salud. Es de propiedad de BOYDORR S.A.S., por lo que su uso, reproducción, o distribución requiere autorización previa y escrita por parte de esta sociedad. La fuente de la información de la presente publicación es la investigación desarrollada por el CENTRO LATINOAMERICANO DE NUTRICIÓN S.A.S., sociedad que ha autorizado expresamente su divulgación, garantizando el anonimato de las entidades y pacientes participantes.



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

