

Soporte nutricional en domicilio y su ahorro para el sistema de salud

Consecuencias de la desnutrición sobre la morbilidad, la mortalidad, la duración y los costos de la internación evaluados mediante un análisis multivariado

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

La nutrición enteral domiciliar reduce las complicaciones, la duración de la internación y los costos de atención: Resultados de un estudio multicéntrico

Stanley Dudrick's Memorial Hospital, Skawina, Polonia

Creación y evaluación de un equipo de nutrición enteral en domicilio

Southampton University Hospital NHS Trust, Southampton, Reino Unido

Contexto latinoamericano y argentino sobre Soporte Nutricional en Domicilio

Comentario por Dr. Kliger, Jefe del Servicio de nutrición y unidad de soporte nutricional.
Hospital Universitario Austral, Ciudad de Buenos Aires, Argentina



B-BCG-17-019
Material exclusivo para profesionales de la salud.

Consecuencias de la desnutrición

Reducción de la internación y los costos de atención

Equipo de nutrición enteral en domicilio

Contexto latinoamericano y argentino. Comentario del Dr. Gustavo Kliger

Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo **The Impact of Malnutrition on Morbidity, Mortality, Length of Hospital Stay and Costs Evaluated through a Multivariate Model Analysis**

autores **Correia M, Waitzberg D**

integrantes de **Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil**

El artículo original, compuesto por 5 páginas, fue editado por **Clinical Nutrition** 22(3):235-239, Jun 2003

Consecuencias de la Desnutrición sobre la Morbilidad, la Mortalidad, la Duración y los Costos de la Internación Evaluados mediante un Análisis Multivariado

La desnutrición es frecuente en los pacientes hospitalizados y, a veces, su abordaje dista de ser satisfactorio. Esto es preocupante si se consideran las consecuencias negativas de la desnutrición sobre la evolución clínica.

Introducción y objetivos

Según lo estimado, entre el 30% y el 50% de los pacientes hospitalizados presentan desnutrición. No obstante, el estado nutricional del paciente internado generalmente no es evaluado en forma apropiada. **Existe una asociación entre la desnutrición hospitalaria y el aumento de la morbimortalidad y la duración y los costos de la internación.** Esto se relaciona con el hecho de que la desnutrición afecta a casi todos los órganos y sistemas corporales. El intestino de los pacientes con desnutrición presenta trastornos de absorción y disfunción inmunológica y digestiva. La desnutrición afecta la musculatura torácica, lo cual explica el incremento de la incidencia de neumonías.

Otra consecuencia de la desnutrición es la alteración de la cicatrización. Entre los factores de riesgo de desnutrición se incluyen la enfermedad del paciente, el aislamiento social, el estado psicológico y económico, las internaciones prolongadas y la falta de evaluación médica adecuada. A su vez, tanto la morbilidad como la mortalidad y la duración y el costo de la internación son afectados también por otros factores.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de correlacionar el estado nutricional de los pacientes internados con la incidencia de complicaciones, la mortalidad y la duración y los costos de la internación.

fue considerada un factor de riesgo independiente que contribuyó en forma significativa con la mortalidad de los pacientes.

En cuanto a los costos inherentes a la internación, la desnutrición se asoció con un aumento del 60.5% del costo diario de la enfermedad del paciente internado. No obstante, al considerar los costos de las pruebas diagnósticas y del tratamiento de los individuos con infecciones respiratorias, se observó un incremento del 308.9% en presencia de desnutrición, en comparación con lo observado en pacientes con un perfil de nutrición adecuado.

Si bien la prevalencia de desnutrición fue elevada en el momento de la internación, la proporción de pacientes que recibieron un tratamiento nutricional fue reducida. La nutrición enteral se indicó en el 1.6% de los pacientes, la nutrición parenteral en el 0.8% y el aporte complementario nutricional oral en el 2.1% de los casos. Solo el 4.9% de los pacientes con desnutrición recibió un abordaje nutricional general, en tanto que el aporte oral de suplementos tuvo lugar en el 3.3% de los casos. Por último, ninguno de los pacientes con desnutrición recibió nutrición parenteral.

Discusión

Si bien la desnutrición de los enfermos hospitalizados es prevalente, el abordaje terapéutico destinado a mejorar el estado nutricional resulta insuficiente, principalmente debido a la actitud

Pacientes y métodos

El presente estudio fue retrospectivo y se llevó a cabo en una cohorte de pacientes adultos internados en hospitales ubicados en Brasil que integraron un estudio de mayor magnitud sobre la prevalencia hospitalaria de desnutrición. Sólo se incluyeron pacientes que fueron evaluados desde el punto de vista nutricional durante las primeras 72 horas de admisión hospitalaria. Dicha evaluación tuvo lugar mediante el *Subjective Global Assessment*. Se conformaron dos grupos de pacientes: aquellos con un estado nutricional bueno y los que presentaban desnutrición. Este último grupo estuvo integrado por pacientes con desnutrición moderada o grave.

Las complicaciones clínicas fueron evaluadas mediante el análisis de las historias clínicas y divididas en cuadros infecciosos y no infecciosos, de acuerdo con criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio. La duración de la internación fue definida como el período comprendido entre el día de admisión y el día de alta o de fallecimiento. Los costos se calcularon según la información correspondiente a la cobertura de salud. En este sentido, se tuvieron en cuenta los costos de los fármacos, las pruebas efectuadas y los materiales utilizados para el abordaje de las complicaciones más frecuentes, es decir las pulmonares. El análisis de los datos tuvo lugar mediante un enfoque univariado. Los riesgos relativos entre la presencia de malnutrición y la morbilidad, la mortalidad y la duración de la internación se calcularon con los intervalos de confianza correspondientes. Aquellas variables consideradas factores de riesgo de complicaciones y mortalidad fueron incluidas en un modelo de regresión logística multivariado. Los datos se analizaron mediante los programas EpiInfo (CDC) 6.0 y SPSS (SPSS Inc.) 6.1.2.

Resultados

Se incluyeron 709 pacientes de una media de 50 ± 67 años, el 50.2% de los cuales era de sexo masculino. Las causas principales de internación incluyeron, en orden decreciente de frecuencia, las enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, ginecológicas, urológicas y respiratorias. El 18.2% de los pacientes presentaba cáncer. La incidencia general de complicaciones fue del 20.3%. No obstante, **las complicaciones fueron significativamente más frecuentes entre los enfermos con desnutrición** (27% frente a 16.8% en aquellos sin desnutrición). Tanto el cáncer como las infecciones, la edad mayor de 60 años y la realización de tratamientos clínicos se asociaron con la presencia de complicaciones. Dichas variables fueron incluidas en el modelo de regresión logística multivariada.

La desnutrición se asoció con una prolongación de la estadía hospitalaria. Concretamente, los pacientes con una nutrición adecuada permanecieron internados una media de 10.17 días, en tanto que aquellos con desnutrición permanecieron internados durante 16.77 días (diferencia de -39%). El estado nutricional también influyó en forma significativa sobre la mortalidad hospitalaria (12.4% frente a 4.7% en aquellos sin desnutrición). En este caso, la desnutrición

profesional. De acuerdo con lo referido por los autores, la evaluación nutricional de los pacientes internados rara vez es llevada a cabo. En general, la desnutrición en el entorno hospitalario es consecuencia de diferentes factores de riesgo entre los cuales se destaca la enfermedad. No obstante, es posible aplicar estrategias preventivas siempre que el diagnóstico y el tratamiento sean oportunos.

En el presente estudio se demostró que los pacientes con desnutrición presentan una incidencia de complicaciones significativamente superior, aumento de la mortalidad y del costo inherente a la atención hospitalaria y prolongación de la internación, en comparación con los pacientes que presentan un buen estado nutricional; la desnutrición tiene un efecto independiente sobre los parámetros considerados. Estos hallazgos coinciden con los resultados de investigaciones efectuadas con anterioridad.

Asimismo, otros autores informaron que en individuos sin enfermedades, la pérdida del 38% del peso corporal se asocia con un aumento de la mortalidad. Los resultados del presente estudio sugieren una asociación entre la desnutrición y la disminución de la inmunocompetencia, con el consiguiente aumento de la frecuencia de infecciones.

Conclusión

La desnutrición es uno de los factores más importantes que afectan el estado de salud y se observa con una frecuencia elevada en los pacientes internados. En consecuencia, la nutrición adecuada del enfermo hospitalizado es de fundamental importancia. Resulta necesario comprender el papel del abordaje nutricional para mejorar la evolución de los pacientes. **Se recomienda incluir la evaluación nutricional en el momento de la admisión con el fin de reducir las complicaciones relacionadas con la desnutrición.**

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017
www.siicsalud.com



Acceda a este artículo en siicsalud

Datos adicionales de los autores, palabras clave, patrocinio, conflictos de interés, especialidades médicas, autoevaluación.
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/155319

Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo **Home Enteral Nutrition Reduces Complications, Length of Stay, and Health Care Costs: Results from a Multicenter Study**

autores **Klek S, Hermanowicz A, Galaz A** y colaboradores

integrantes de **Stanley Dudrick's Memorial Hospital, Skawina, Polonia**

El artículo original, compuesto por 7 páginas, fue editado por **American Journal of Clinical Nutrition** 100(2):609-615, Ago 2014

La Nutrición Enteral Domiciliaria Reduce las Complicaciones, la Duración de la Internación y los Costos de Atención: Resultados de un Estudio Multicéntrico

La implementación de la nutrición enteral domiciliaria para los pacientes que requieren cuidados crónicos puede mejorar la evolución y, eventualmente, reducir el gasto en salud.

Introducción y objetivos

La terapia nutricional puede administrarse por vía enteral o parenteral con el fin de aportar una cantidad adecuada de nutrientes. La nutrición enteral es el método de elección para la alimentación artificial debido a que utiliza una vía fisiológica y es menos costoso y más seguro que la nutrición parenteral. Si bien puede administrarse por vía oral, preferentemente se escoge la sonda enteral ya que asegura su administración correcta. Además, puede proveerse en el ámbito hospitalario, en centros de cuidados paliativos y en el domicilio. De acuerdo con lo observado en numerosos estudios, la nutrición a largo plazo es un procedimiento que puede salvar la vida del paciente.

La *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* elaboró indicaciones y métodos para la nutrición artificial domiciliaria.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la evolución clínica de los pacientes que reciben nutrición enteral domiciliaria, así como la rentabilidad de la intervención.

Pacientes y métodos

El presente estudio fue multicéntrico y observacional y se llevó a cabo en centros médicos ubicados en Polonia entre enero de 2007 y enero de 2013. Participaron 456 pacientes (142 niños y 314 adultos) con indicación de alimentación domiciliaria mediante sonda

una persona no familiar del paciente en el 10% de los enfermos. El 1.6% de los pacientes cuidaban de sí mismos. El 83.55% de los cuidadores eran mujeres. En general, los cuidadores tenían un nivel educativo moderado. Las condiciones de vida fueron malas, promedio, buenas y muy buenas en el 0.21%, 27.41%, 56.57% y 15.78% de los casos, respectivamente. Dichas características no difirieron significativamente entre los grupos.

La implementación de la alimentación enteral artificial en los niños se asoció con aumento ponderal y de la concentración de hemoglobina y con la estabilización de la función hepática. En los adultos se observó incremento del peso corporal y recuperación de la función hepática y renal. **La introducción de la nutrición enteral coincidió con una disminución de la incidencia de complicaciones infecciosas del 22% (del 37.4% al 14.9%), incluidas la neumonía (del 31.7% al 11.2%) y la infección urinaria (del 14.2% al 5.7%).** La diferencia entre la nutrición con alimentos caseros licuados y la nutrición enteral fue notoria, tanto al considerar todos los pacientes como al separar los niños de los adultos. **La nutrición enteral se asoció con una disminución significativa de la cantidad y duración de las internaciones,** tanto en niños como en adultos. Esto se acompañó por una **reducción significativa del costo medio anual de internación (de un promedio de \$6500 a uno de \$2073).** El índice de internación atribuible a las infecciones difirió significativamente luego de la implementación de la nutrición enteral domiciliaria.

enteral. Cada paciente contaba con la ayuda de un cuidador o familiar entrenado para la alimentación enteral domiciliaria. El entrenamiento incluyó la administración de la dieta, el cuidado de las heridas, el manejo de los equipos y la evaluación de la aparición de complicaciones. Todos los pacientes habían recibido alimentos licuados antes de iniciar la nutrición enteral domiciliaria. La alimentación por sonda en el domicilio fue supervisada por profesionales en forma regular. Se indicó a los cuidadores que llevaran un registro diario sobre la alimentación del paciente. La dieta fue seleccionada de acuerdo con la enfermedad principal, las comorbilidades, la restricción de líquidos y el tipo de acceso enteral.

El primer año de nutrición enteral con alimentos caseros licuados fue evaluado en forma retrospectiva según la información incluida en las historias clínicas de los pacientes. El segundo año fue evaluado en forma prospectiva a partir de la instauración de la nutrición enteral artificial, con el asesoramiento inicial del equipo de nutrición enteral domiciliaria. Durante las consultas se incluyó la instrucción de los pacientes y sus cuidadores acerca del esquema de alimentación y el cuidado del sitio de acceso. El estado nutricional fue evaluado al inicio, y luego, cada dos o tres meses, mediante el examen clínico, las escalas *Nutritional Risk Screening 2002* y *Subjective Global Assessment*, los parámetros de laboratorio y las pruebas antropométricas. Tanto los pacientes como sus cuidadores recibieron información sobre las ventajas de las fórmulas comerciales.

Con el fin de evaluar la eficacia de la nutrición enteral domiciliaria, los autores compararon los dos periodos considerados. Las variables de interés incluyeron la cantidad de internaciones, su duración y su costo y la necesidad de internación en unidades de cuidados intensivos.

Resultados

El análisis fue llevado a cabo en 456 pacientes. El cuadro más frecuente fue la disfagia de origen neurovascular (30%). En segundo lugar se ubicaron la parálisis cerebral (17%) y las enfermedades hereditarias (11%). El periodo promedio de alimentación fue de 25 meses. La nutrición enteral tuvo lugar mediante gastrostomía endoscópica percutánea en 344 pacientes, gastrostomía quirúrgica en 39 enfermos, gastrostomía de bajo perfil en 3 casos, yeyunostomía en 12 personas y sonda nasogástrica en 50 pacientes.

Las dietas se administraron en bolos de 150 a 300 ml, microbolos de 50 a 100 ml o infusión continua de 20 a 150 ml/hora. El consumo calórico fue de 30 a 35 kcal/kg. La administración de bolos fue empleada en el 76.09% de los casos, en tanto que la infusión continua tuvo lugar en el 23.91% de los casos. La dieta más frecuente fue la estándar (67.9%), seguida por la dieta rica en energía y rica en fibras. No se observaron diferencias entre los grupos al evaluar la vía y el método de administración y el tipo de dieta.

Los cuidadores fueron: el cónyuge, en el 27.3% de los pacientes; un progenitor, en el 38.4%; un hermano, en el 1.9%; un hijo, en el 16.4% de los casos; otros familiares, en el 4.5%, y

Discusión

A partir de 2007, el Servicio Nacional de Salud de Polonia inició la cobertura de la alimentación enteral domiciliaria. Antes de ese año, los pacientes debían consumir este tipo de alimentación mediante la preparación de sus alimentos licuados en forma casera debido a la imposibilidad de adquirir formulaciones comerciales. En consecuencia, la evolución clínica era heterogénea.


Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten indicar que la nutrición enteral artificial disminuye las complicaciones infecciosas y la duración de las internaciones, a la vez que mejora los parámetros antropométricos del paciente. Esto resulta en una disminución del costo de la enfermedad. Dichos resultados coinciden con lo informado en otros estudios en los cuales se destacó la importancia de la atención integral del paciente que recibe nutrición enteral domiciliaria.

La mejoría de la evolución clínica de los enfermos incluidos en la presente investigación no se debió únicamente al cambio de la dieta administrada. Debe destacarse que la disminución significativa de la cantidad y duración de las internaciones y de la necesidad de cuidados intensivos se debe también a otros factores. En primer lugar, las formulaciones comerciales son completas desde el punto de vista nutricional, a diferencia de los alimentos licuados en forma casera. Esto facilita la administración correcta y asegura el aporte de nutrientes. En segundo lugar, la utilización de formulaciones comerciales permite ahorrar tiempo a los cuidadores. En tercer lugar, **la participación de un equipo de apoyo integrado por profesionales contribuye a la atención adecuada. Como resultado, se observa una mejoría de la evolución del paciente.**

Conclusión

La implementación de la nutrición enteral domiciliaria para los enfermos que requieren cuidados crónicos puede mejorar la evolución y, eventualmente, **reducir el gasto en salud**, aun en periodos de crisis económica. La participación de un equipo de apoyo nutricional es importante y debe considerarse para lograr un objetivo terapéutico satisfactorio.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017
www.siicsalud.com

	Acceda a este artículo en siicsalud
	Datos adicionales de los autores, palabras clave, patrocinio, conflictos de interés, especialidades médicas, autoevaluación. www.siicsalud.com/dato/resiic.php/155321

Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo **Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team**

autores **Dinenage S, Gower M, Green S** y colaboradores

integrantes de **Southampton University Hospital NHS Trust; Adelaide Health Centre; Southampton University Hospital, Southampton, Reino Unido**

El artículo original, compuesto por 11 páginas, fue editado por **Nutrients** 7(3):1607-1617, Mar 2015

Creación y Evaluación de un Equipo de Nutrición Enteral en Domicilio

La intervención de un equipo de nutrición enteral domiciliaria puede resultar en una disminución del costo y de las complicaciones y mejorar la experiencia del paciente que requiere este tipo de alimentación.

Introducción y objetivos

El abordaje inadecuado de los pacientes que requieren alimentación mediante tubo o sonda de gastrostomía (SG) puede generar complicaciones y aumentar la necesidad de internaciones, además del costo de atención. Resulta importante que estos pacientes y sus cuidadores sean asesorados por un equipo terapéutico.

La manipulación del equipamiento para la alimentación por SG requiere habilidades y adaptaciones del estilo de vida. De acuerdo con lo referido por los pacientes, la SG supone una carga, consume tiempo y afecta su vida cotidiana. Los familiares de los pacientes también refieren dificultades asociadas con el manejo de la nueva situación del enfermo. Por este motivo, es importante brindar educación, entrenamiento y apoyo con el fin de asegurar un enfoque seguro y eficaz en el ámbito de la atención primaria.

En una revisión sistemática reciente se destacó que la aplicación de un modelo coordinado y estandarizado de atención por parte de un equipo multidisciplinario puede mejorar la evolución de los enfermos y reducir los costos de atención. Se destaca la intervención de los servicios de atención ambulatoria o de equipos de nutrición enteral domiciliaria destinados a asistir a los pacientes en sus hogares. **Dicha intervención se asoció con una mejoría de la evolución y con una disminución de los costos del tratamiento.**

Pacientes y métodos

La creación de un equipo de nutrición enteral domiciliaria tuvo lugar gracias a la obtención de un subsidio que permitió incluir el servicio en el contexto de atención médica local. El equipo estuvo integrado por un nutricionista, un terapeuta del lenguaje y personal de enfermería especializado en atención domiciliaria y nutrición. Todos los integrantes del equipo trabajaban media jornada.

indicó una disminución del costo del 19% (£45 179 anuales) debido a la modificación de la composición o del modo de administración de las formulaciones nutricionales. En algunos casos fue necesario modificar el equipamiento con el fin de eliminar dispositivos innecesarios y excesos de suplementos. Debido a la mejoría de la capacidad de algunos pacientes para deglutir, también se registró una disminución del costo relacionado con el uso de espesantes, de £1278 anuales.

El período de evaluación se asoció con una disminución de la cantidad de internaciones vinculadas con problemas en la sonda o necesidad de reemplazo de la SG con balón (de 25 internaciones en el período 2010-2011 a 7 internaciones en el año 2012). El reemplazo domiciliario de la sonda fue efectuado en 14 pacientes. El seguimiento de las recomendaciones de los fabricantes para el reemplazo de las sondas permitió un ahorro relacionado con la aplicación de técnicas de diagnóstico por imágenes. Además, siete enfermos recibieron un cambio de sonda que implicó la disminución de la necesidad de controles y de la frecuencia de reemplazo. Esto generó una disminución del costo de atención.

La aplicación de cuestionarios indicó que la satisfacción de los pacientes con el equipo de atención fue significativa. De hecho, el 100% de los encuestados refirió que el servicio recibido fue bueno o excelente.

Discusión

La asistencia de los pacientes que reciben alimentación enteral por sonda requiere la intervención de una cantidad notoria de profesionales. En consecuencia, es fundamental que el servicio sea brindado de un modo que permita cumplir las necesidades del paciente en forma eficiente. La conformación de un equipo de nutrición enteral domiciliaria con objetivos asociados con parámetros medibles en forma clara resultó de utilidad para brindar asistencia a los pacientes

El objetivo del equipo de nutrición enteral domiciliaria fue asistir a pacientes adultos que tenían SG, con el fin de mejorar la experiencia y la calidad de atención.

Los pasos a seguir en la atención del paciente se describieron mediante un diagrama de flujo que incluyó diferentes niveles de manejo de la sonda de alimentación y el momento de evaluación y alta. También se incluyeron los papeles y las responsabilidades de cada miembro del equipo. La comunicación con otros equipos de atención de pacientes que recibían alimentación enteral permitió generar redes profesionales y facilitar la atención coordinada del enfermo.

El equipo brindó una atención multidisciplinaria para la nutrición de los pacientes adultos con SG en el ámbito domiciliario. Cada paciente fue evaluado con el fin de conocer el equipamiento disponible para la alimentación, el tipo de alimento, el uso de espesantes y la necesidad de adaptación del plan alimentario en caso de internación. Asimismo, se evaluó la necesidad de reparación de la sonda, el estado de estoma, el uso de balón de retención gástrico, la posibilidad de reemplazo de la sonda y la vía de administración de medicamentos. Cada paciente recibió un plan de alimentación individualizado. También se aseguró el apoyo a sus cuidadores y la detección de problemas en forma oportuna. El equipo brindó un asesoramiento especializado a los pacientes, sus cuidadores y otros miembros de la comunidad. Los miembros del equipo podían ser contactados por vía telefónica. Además, se aplicaron jornadas de entrenamiento domiciliario para los pacientes, sus familiares y cuidadores y el equipo de enfermería.

La intervención del equipo de nutrición enteral domiciliaria fue evaluada mediante la comparación de parámetros correspondientes a los períodos anterior y posterior a su participación. Las variables consideradas incluyeron los costos diarios de atención, los costos de internación, la disminución del riesgo de desnutrición de acuerdo con la aplicación de la *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) y la cantidad de individuos entrenados por el equipo. También se evaluó la cantidad de pacientes que requirieron la remoción de la sonda, el costo de la prescripción de alimentación enteral y de espesantes y la frecuencia y la duración de las internaciones relacionadas con problemas inherentes a la alimentación enteral por sonda. La evaluación efectuada incluyó la aplicación de un cuestionario destinado a conocer la satisfacción de los pacientes con respecto a la intervención de equipo. El análisis estadístico tuvo lugar mediante el programa SPSS 17.0.

Resultados

Participaron individuos adultos con una edad promedio de 61 años, en su mayoría de sexo femenino. Aproximadamente el 70% residía en sus hogares, en tanto que el resto residía en geriátricos. La mayoría de los pacientes tenían una SG percutánea. El cuadro más frecuente que originó la necesidad de alimentación enteral fue el accidente cerebrovascular. También se observaron enfermedades neurológicas y trastornos del aprendizaje. El equipo de nutrición enteral domiciliaria realizó 595 contactos presenciales o telefónicos durante 2012. Esto se correspondió con una media de 50 contactos mensuales y 8.5 contactos anuales por enfermo. La evaluación efectuada indicó una disminución del riesgo de desnutrición (del 41% al 25%). Los pacientes y cuidadores recibieron entrenamiento por parte del equipo. La extracción de la sonda tuvo lugar en ocho casos. **La evaluación de las prescripciones de alimentación enteral**

que requieren alimentación enteral por SG. De acuerdo con los parámetros de evaluación considerados, el equipo brindó un servicio rentable que mejoró la experiencia y la calidad de vida de los individuos con SG.

La intervención por parte del equipo de nutrición enteral domiciliaria se asoció con un ahorro económico considerable. Dicho ahorro se debió a diferentes tipos de actividades llevadas a cabo por el equipo de nutrición enteral domiciliaria, como la revisión del equipamiento y de los suplementos ordenados para cada paciente, la evaluación de los fármacos y la utilización preferencial de drogas por vía oral ante la mejoría de la deglución. También se destacan la disminución del tiempo necesario para los cuidados de enfermería para la modificación del volumen del balón y la recomendación de remoción de la sonda ante la mejoría de la deglución. El cálculo de la disminución del costo de la enfermedad no fue sencillo y se realizó en forma aproximada. De todos modos, pudo apreciarse claramente un ahorro económico asociado con la intervención del equipo de nutrición enteral domiciliaria. Los autores consideraron que la demostración de la rentabilidad de la intervención es una cuestión fundamental, más allá de la satisfacción del paciente. Debido a la naturaleza multidisciplinaria del equipo, fue posible efectuar derivaciones rápidas y oportunas para la atención por parte de profesionales de especialidades diferentes. Asimismo, **la conformación del equipo de nutrición enteral domiciliaria favoreció el asesoramiento, la evaluación periódica, la atención adecuada y oportuna y el entrenamiento de los cuidadores y de los enfermos.**

El terapeuta especializado en el discurso y el lenguaje fue una pieza fundamental del equipo de nutrición enteral domiciliaria, ya que brindó apoyo y asistencia a los pacientes con disfagia con el fin de cumplir las recomendaciones clínicas sobre la ingesta de sólidos y líquidos. Asimismo, evaluó en forma regular la capacidad de deglución y brindó una terapia del discurso y el lenguaje a los pacientes preparados para recibirla. Como consecuencia, se redujo el riesgo de neumonía por aspiración en algunos pacientes, con la posibilidad de remover la sonda en forma oportuna. Esto resulta significativo para los enfermos desde el punto de vista clínico y psicosocial.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017
www.siicsalud.com



Acceda a este artículo en siicsalud

Datos adicionales de los autores, palabras clave, patrocinio, conflictos de interés, especialidades médicas, autoevaluación.
www.siicsalud.com/dato/resiic.php/155322

Contexto latinoamericano y argentino sobre soporte nutricional en domicilio



Dr. Gustavo Kliger

Médico Nutricionista, especialista en medicina crítica. Jefe de Servicio de Nutrición y Unidad de Soporte Nutricional, Hospital Universitario Austral; Médico a cargo de Soporte Nutricional,

Sanatorio Finochietto; Médico a Cargo de Soporte Nutricional, Sanatorio de Los Arcos; Médico a Cargo de Soporte Nutricional, Clínica Zabala, Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Presidente de la Federación Latino Americana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo - FELANPE (2012-2014); Miembro del comité de Ética, *American Society of Enteral and Parenteral Nutrition (ASPEN)*; Miembro Honorario de la Sociedad Paraguaya de Nutrición; Miembro del Comité Científico de la *International Union of Nutritional Sciences (IUNS)*.

El paciente con régimen de soporte nutricional domiciliario representa un ahorro de un 75%, en comparación con el paciente internado en el hospital. Cuando esta estrategia es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, los resultados se potencian dada la reducción en la cantidad y la gravedad de las complicaciones.

Desde la antigüedad se conoce la relación directa entre la desnutrición y la enfermedad, cómo una tiene impacto sobre la otra, empeorando su evolución y con el consecuente aumento de las complicaciones. Esto trae aparejado una necesidad de internaciones más prolongadas, con el inevitable aumento de los costos asociados con el cuidado de la salud y, además, de la mortalidad. Fue Charles Butterworth quien, en 1974, publicó un verdadero informe de situación sobre la nutrición, en el que estimó que entre el 30% y el 50% de los pacientes hospitalizados presentan desnutrición, situación que se

Teniendo en cuenta que el mejor estado nutricional disminuye los costos de atención directos e indirectos, podemos hacer la siguiente pregunta: ¿Se sigue confundiendo “gasto” con “costo”? Es evidente, sin dudas, que el costo de la desnutrición es mayor, mucho mayor que la inversión en nutrición.²

Ante la situación descripta anteriormente, y ya habiendo aceptado el alto riesgo de empeorar el estado nutricional durante la internación, es frecuente la elevada prevalencia del compromiso nutricional en los pacientes al

agrava con mayores tiempos de internación.¹ Han pasado más de 40 años y la problemática de *la desnutrición sigue vigente*.

Varios estudios multicéntricos realizados en distintos países de Europa y en los Estados Unidos continúan mostrando resultados similares, lo que pone de manifiesto una muy alta prevalencia de desnutrición en el paciente hospitalizado.

Como se menciona en la publicación de Correia y Waitzberg,² en la que se evaluaron 709 pacientes en Brasil mediante la Valoración Global Subjetiva dentro de las 72 horas de su ingreso, fue evidente que la desnutrición se asoció con mayor número de complicaciones, estancia hospitalaria más prolongada y aumento de la mortalidad. En cuanto a los costos inherentes a la internación, la desnutrición generó un incremento del 60.5% del costo diario de la enfermedad del paciente internado. Al proyectar este estudio a toda Latinoamérica, los resultados obtenidos fueron similares.³ Argentina no ha sido la excepción. En un estudio realizado por la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) en el año 1999, sobre 1000 pacientes de las distintas regiones de nuestro país, se encontró que el 47.3% de los sujetos hospitalizados presentaba un cuadro de desnutrición entre moderada y grave.⁴ En otro estudio llevado a cabo en los años 2014 y 2015 por la AANEP, la prevalencia de desnutrición moderada a grave se mantiene en 48%.⁵ Por lo tanto, no se han registrado avances en este sentido.

La disminución de la morbilidad propia de la enfermedad de base, las complicaciones asociadas con el tratamiento, la reducción de la mortalidad, los menores tiempos de internación y la caída franca de la necesidad de reinternaciones están vinculados con una amplia reducción de los costos de atención. Al respecto, se cuenta con información que apoya estas afirmaciones.

La posibilidad de llevar el apoyo nutricional al domicilio del paciente ha demostrado ser no sólo de fácil implementación a la vez de una mejora para la evolución de los enfermos, sino que también es notoria la reducción de los costos de atención. Así lo muestra un estudio con 456 pacientes, en el que se demostró una disminución del costo de la enfermedad y de los tratamientos necesarios, aun en tiempos de crisis económica.⁶ Llevado a números duros, puede afirmarse que por cada unidad de moneda invertida se ahorran más de 4 unidades.⁷

De manera similar, se ha comprobado no sólo su rentabilidad para el gerenciador de salud, sino también para el sistema de salud pública. Estos pacientes requirieron menos internaciones, utilizaron menos servicios de transporte hospitalario y disminuyeron el costo inherente a la alimentación en general.

El descenso de las reinternaciones se relaciona con la reducción del riesgo vinculado con la intervención del equipo de nutrición enteral domiciliario.⁸ Hay que destacar el impacto que el abordaje del soporte nutricional domiciliario con equipos multidisciplinarios (médico, nutricionista y enfermero) ha tenido, tanto en la reducción de costos como en la mejora de la calidad de vida del paciente.⁹ En la Argentina, la resolución sobre las Buenas Prácticas del Soporte Nutricional en pacientes internados y en domicilio aportan el marco normativo.¹⁰

Se puede concluir que el paciente con régimen de soporte nutricional domiciliario representa un ahorro de un 75%, al compararlo con un individuo que debe quedarse internado en el hospital; si esta estrategia es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, los resultados mencionados se potencian dado que se reduce la cantidad y la gravedad de las complicaciones, con una franca caída en la frecuencia de reinternaciones.¹¹

Bibliografía

1. Butterworth C. The Skeleton in the Hospital Closet. *Nutrition Today* 9(2):4-8, 1974.
2. Correia M, Waitzberg D. The Impact of Malnutrition on Morbidity, Mortality, Length of Hospital Stay and Costs Evaluated Through a Multivariate Model Analysis. *Clinical Nutrition* 22(3):235-239, 2003.
3. Correia MI, Campos AC. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. *Nutrition* 19(10): 823-825, 2003.
4. Crivelli A, Perman M, Lombardelli S, et al. Estudio AANEP 9: Prevalencia de la desnutrición en hospitales de la Argentina. *Revista de Nutrición Clínica* 10:1-15, 2001.
5. Perman M, et al. Estudio AANEP 2014. Presentado en XI Jornadas Regionales de Soporte Nutricional y Metabolismo, Neuquén. (Noviembre de 2015).
6. Klek S, Hermanowicz A, Galaz A, et al. Home Enteral Nutrition Reduces Complications, Length of Stay, and Health Care Costs: Results from a Multicenter Study. *Am J Clin Nutr* 100(2):609-615, 2014.
7. Waitzberg DL, Baxter YC. Costs of patients under nutritional therapy: from prescription to discharge. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 7(2):189-98, 2004.
8. Dinenage S, Gower M, Green S, et al. Development and Evaluation of a Home Enteral. *Nutrients* 7(3):1607-1617, 2015.
9. Hasell JT, Games AD, Shaffer B, Harkins LE. Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost beneficial. *J Am Diet Assoc* 94(9): 993-998, 1994.
10. Buenas Prácticas del Soporte Nutricional Enteral y Parenteral en Pacientes Hospitalizados y Domiciliarios. Resolución 1548/07 promulgada por la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud Nacional del Ministerio de Salud de la Nación (Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica).
11. Arraiza Irigoyen C. Nutrición Enteral Domiciliaria. Costes y diferentes opciones de mejora. Conferencia en el marco del III Congreso SANCYD, Almería (España); 2004.



**Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)**

Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

SIIC, Consejo de Dirección:
Edificio Calmer, Avda. Belgrano
430 (C1092AAR),
Buenos Aires, Argentina
Tel.: +54 11 4342 4901
comunicaciones@siicsalud.com
www.siic.info

Los presentes artículos fueron seleccionados de la base de datos SIIC *Data Bases* por la compañía patrocinante de este ejemplar. Los artículos son objetivamente resumidos por el Comité de Redacción Científica de SIIC. El contenido de los mismos es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales. Los médicos redactores no emiten opiniones o comentarios sobre los artículos que escriben. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Impreso en la República Argentina, agosto de 2017. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11723.