

Departamento de Hemodiálisis. Servicio de Nefrología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana.

LA INEVITABLE PRESENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS GRUPOS HOSPITALARIOS DE APOYO NUTRICIONAL

Alberto Anías Martínez¹.

INTRODUCCIÓN

El Comité Editorial de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, y su Editor-Ejecutivo, el Dr. Sergio Santana Porbén, me han animado a que vierta en estas páginas mis consideraciones personales sobre el lugar y el papel que debe jugar el personal de Enfermería dentro de los grupos hospitalarios de apoyo nutricional (y que todos referencian por sus siglas GAN). Tal vez ello obedezca a mis credenciales, siendo como soy un enfermero que he transitado diversas estaciones dentro de esta especialidad. Por consiguiente, soy depositario de una experiencia que, si no me convierte en experto, al menos sirve para avanzar algunas verdades. De hecho, y si recurro a mi trayectoria, fue hace ya algunos años que contribuí a la página de la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo con un breve ensayo sobre cuestiones relativas a la inclusión, y la enseñanza, de temas de alimentación y nutrición en nuestra especialidad.¹

Hoy quiero hacer públicas (una voz derivativa del verbo *publicar*) mis consideraciones sobre cómo articular los cuidados alimentarios y nutricionales dentro del tratamiento general del enfermo, y por extensión, cómo se debe insertar el personal de Enfermería dentro de este esquema. Primero, y antes que nada, tendríamos que separar el término “alimentación” del de “nutrición”. A fuer de simplista, diría que la alimentación es el oficio (ante todo) de ofrecerle alimentos a un individuo para que los consuma. En un hospital, la alimentación se referiría entonces a la oferta de alimentos sanos, saludables, inocuos, y sobre todo palatables, al enfermo atendido en la institución por un problema de salud especificado.

La definición antes expuesta nos conduce rápidamente a un dilema gerencial. Sobre el Consejo de Dirección de la institución, y su brazo administrativo, recae la responsabilidad del cumplimiento de esta encomienda, y que abarcaría desde el aprovisionamiento de provisiones hasta el manejo de residuales líquidos y sólidos, pasando por la elaboración, servido, preparación y conservación de los alimentos.

¹ Licenciado en Enfermería. Enfermero intensivista especializado en métodos dialíticos. Diplomado en Nutrición clínica. Técnico medio en Informática. Profesor instructor.

Recibido: 23 de Julio del 2014. Aceptado: 1ro de Agosto del 2014.

Alberto Anías Martínez. Departamento de Hemodiálisis. Servicio de Nefrología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. San Lázaro #701 e/t Belascoain y Márques González. Centro Habana 10300.

Correo electrónico: betsvv@infomed.sld.cu

Como se desprende de todo lo anterior, en la alimentación hospitalaria confluyen numerosos actores, especialistas, profesionales, departamentos e incluso instituciones que operan más allá de los límites físicos del centro de salud. Pero yo me quedaré anclado en las responsabilidades que le competen al personal de Enfermería. La alimentación es, al interior del centro de salud, una actividad indisolublemente ligada a la actividad del personal de Enfermería. Si el(la) enfermero(a) no se ocupa directamente de ofrecerle los alimentos al enfermo hospitalizado, pues muchos perciben que la familia se puede ocupar mejor de esta tarea, por lo menos está al tanto de cómo el paciente se alimenta.

Llegado este punto, debo dejar dicho que la alimentación no puede reducirse al simple hecho de crear condiciones gastronómicas para la ingestión de los alimentos, o decidir sobre la presentación, sabor y olor de los mismos. En determinadas circunstancias, cuando el paciente no puede usar la boca para ingerir los alimentos, y por lo tanto la alimentación (convencionalmente hablando) no es posible, o cuando la organicidad y la actividad del tracto gastrointestinal está comprometida (parcial-o total-mente), es entonces cuando la experiencia y el entrenamiento del personal de Enfermería juega su rol (principalísimo) en la conducción de aquellos procesos forzosamente artificiales pero que le permitirán al paciente sostener su estado nutricional, y de esta manera, responder de forma efectiva ante el tratamiento médico-quirúrgico.

Lo anteriormente dicho me lleva al segundo término de “nutrición”. Las definiciones con las que me he tropezado en mi carrera como estudiante no alcanzan a describir la esencia de este proceso, que es, en última instancia, lograr que los nutrientes vehiculados en un alimento consumido, o aportados mediante una solución industrial químicamente definida, se incorporen a una

estructura o una función corporal como resultado de la actividad metabólica del organismo.

Estoy llegando entonces al punto central de este ensayo. Hoy, a la conclusión de varios esfuerzos investigativos tanto locales (centrados en el hospital donde me desempeño) como nacionales, he comprobado que la desnutrición suele afectar a casi la mitad de los hospitalizados en Cuba.²⁻³ La tercera parte de estas personas se encontraba con la vía oral suspendida en el momento de la encuesta, y una proporción significativa había acumulado ayunos intrahospitalarios superiores a los 5 días.

Los estudios que he reseñado no han trazado el estado de cosas encontrado hasta indicadores de gestión sanitaria, pero es fácil comprender que un paciente que no se alimente (o se nutra) como debe ser no responderá bien a la terapéutica que se adopte. En tal sentido, abundan los reportes de las asociaciones entre los fracasos terapéuticos y la desnutrición hospitalaria.

Luego, emerge una natural pregunta: ¿Cómo intervenir en el presente estado de las cosas? ¿Cómo asegurar que el paciente reciba los alimentos (y con ellos, los nutrientes) requeridos para garantizar su estado de salud, y el éxito médico quirúrgico? ¿Cómo lograr que los esquemas de Nutrición artificial (indispensables cuando la vía oral no puede ser usada, o cuando lo desaconseja el funcionalismo del tracto gastrointestinal) sean administrados de forma segura, y a la vez, cumplan su cometido?

Las respuestas a estas interrogantes han enfrentado a directivos, administrativos, especialistas y profesionales durante ya unos cuantos años. En escenarios como dentro de los cuales se desenvuelve la prestación de cuidados de salud la solución sería que un actor (que siempre sería el(la) enfermero(a)) se ocupara de proveer los cuidados alimentarios y nutricionales que el enfermo requiere. Pero esta no es una solución

factible, habida cuenta que el personal de Enfermería no se expone a contenidos de alimentación y nutrición durante el tránsito por la Licenciatura (el médico tampoco los recibe). Por consiguiente, ambos actores están indefensos ante las mil y una aristas que el estado nutricional del enfermo les presenta.

En paralelo con lo anteriormente reseñado, ha ocurrido un impresionante desarrollo científico-tecnológico en las ciencias de la Alimentación y la Nutrición, y ello ha resultado en la aparición de nuevas tecnologías de administración de nutrientes, soluciones químicas, vías de acceso, implementos, y otras novedades que han enriquecido (y a la vez complejizado) el apoyo nutricional del enfermo en diferentes situaciones de salud-enfermedad. Nuevamente, y de cara a escasas (cuando no nulas) oportunidades de educación de posgrado, el personal de Enfermería se ve incapacitado de emplear todas estas tecnologías de forma útil y segura, que es la condición de la efectividad.

Estas realidades han impulsado la búsqueda por algunos estudiosos de una organización que se ocupe definitivamente de la articulación de políticas alimentarias y nutricionales dentro del hospital. En un artículo publicado hace algunos años, pero que no por ello deja de ser útil su lectura y estudio, se han reseñado varias de estas organizaciones.⁴ No me detendré en las bondades e insuficiencias de tales organizaciones. Para facilitar las cosas, remito a los interesados a la afirmación que ofrece el propio autor cuando dice que la razón de la existencia de éstas se desprende de las volutas que ocurren dentro de la espiral de desarrollo del concepto del hospital como el centro contenedor de los procesos asistenciales que se le ofrecen al enfermo.

Habiendo hecho esta salvedad, me ocuparé del GAN como la organización idónea (en los tiempos que corren) para la

provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al enfermo hospitalizado. No debe verse al GAN como una entelequia que surgió de manera espontánea. Eso sería faltar a la verdad y pecar de subjetivismo. Todo lo contrario. La necesidad de implementar, conducir y gestionar un programa de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica en un hospital para lidiar con la situación epidemiológica encontrada ha obligado a concebir una organización hospitalaria que representara un escalón dialécticamente superior respecto de las preexistentes, y que permitiera satisfacer las recompensas implícitas dentro de tal programa.

El GAN entonces cumpliría numerosas y (todas ellas) importantes funciones. En ausencia de una cultura institucional previa, el GAN debe exponer en toda su magnitud el problema de salud que representa la desnutrición asociada a la enfermedad, así como las prácticas asistenciales que puedan atentar contra el estado nutricional del paciente hospitalizado. Satisficho este punto, el GAN se ocuparía también de conducir las acciones correctivas y profilácticas necesarias para recuperar el estado nutricional del enfermo mediante la aplicación creadora de las "Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición" del paciente hospitalizado. Como un derivado de lo anterior, el GAN debe desplegar una intensa actividad de educación continuada que llegue a todos los actores que se desempeñan dentro de la institución, al mismo tiempo que reúne, analiza, da a conocer, y gestiona las evidencias que resulten de su operación para con ello evaluar el impacto de la intervención alimentaria, nutrimental y metabólica sobre el estado de salud del enfermo y la respuesta al tratamiento.

Consecuente con la definición, en el GAN concurre un puñado de especialistas, pero todos ellos deben tener una sólida formación teórica y práctica, y trabajar respetando los principios de multi-, inter-, y

trans-disciplinariedad. Es solo natural entonces que el personal de Enfermería esté representado con identidad propia dentro del GAN. En tal sentido, puedo afirmar que un enfermero(a) titulado universitario, y que exhiba una categoría de Máster en Nutrición clínica y hospitalaria es un activo valioso para el GAN. Tal actor ha alcanzado tanto la capacidad como la habilidad para controlar, fiscalizar y supervisar la forma en que el personal de Enfermería dentro de los diferentes grupos básicos de trabajo de la institución administran los cuidados alimentarios y nutricionales, y puede detectar y subsanar prácticas no deseables antes de que atenten contra el estado de salud del enfermo. El(la) enfermero(a) integrante del GAN puede también actuar como un agente educativo primordial en la diseminación de las “Buenas Prácticas” antes señaladas entre los familiares del enfermo y los grupos básicos de trabajo, contribuyendo así a la autonomía y validismo de todos los involucrados en la prestación de salud, y el logro de los objetivos terapéuticos propuestos con el programa médico-quirúrgico. Igualmente, el(la) enfermero(a) integrado dentro del GAN puede aplicar las herramientas y recursos de la investigación en ciencias de la salud para registrar | documentar las incidencias que ocurran durante la administración de los esquemas de nutrición artificial, y convertir después todo ese amasijo de datos y números en evidencias rigurosas sobre la efectividad de una u otra intervención, contribuyendo así al acervo cultural, intelectual y científico de la institución.

La salud del GAN pasa entonces por el logro de la armonía entre sus integrantes, y el fomento de un clima de discusión e intercambio intelectual permanente, continuo y creador. Las jerarquías administrativas se observan como parte de la gestión implícita en una organización hospitalaria, pero ello no debe justificar que el GAN sea

“encorsetado” como una organización piramidal tenida como la extensión del médico que la encabeza.

Los interesados pueden recurrir a todo un caudal de publicaciones hechas por especialistas nuestros en distintas revistas científicas arbitradas por pares y editadas en castellano, portugués o inglés para ahondar en los aspectos reseñados, junto con otros que no puedo tocar so pena de sobrepasar el espacio asignado. Pero no puedo dejar de decir que todavía hoy se asiste a la negación de la existencia del GAN en un hospital, y por extensión a la presencia del personal de Enfermería dentro del mismo, a pesar de todos los beneficios que se podrían obtener de su operación. Acepto que los rigores presupuestarios, y el reordenamiento de los organigramas hospitalarios imponen tensiones sobre todos por igual. Pero esta situación de crisis (autolimitada en el tiempo por demás) no debe oscurecer que se pueden lograr ahorros incommensurables si se permite que el GAN cumpla las funciones para las cuales se diseñó e implementó.

Hoy estamos ante un reto superior, cuando los anteriores permanecen sin una respuesta acabada. El hospital ya no es el eje donde se articulan los cuidados de salud, y poderosas fuerzas sociales, económicas, culturales e incluso ideológicas han hecho del hogar el lugar donde el enfermo debe recibir todos los cuidados de salud, incluidos los alimentarios y nutricionales. El soporte nutricional a domicilio es ya una realidad en muchos países del mundo, la América Latina incluida,⁵ y el personal de Enfermería se ha revelado como el actor imprescindible en la conducción de tal paradigma. Nuestro Sistema Nacional de Salud debe despertar a estas realidades, y delinearse consecuentemente las estrategias para la reafirmación de los cuidados alimentarios y nutricionales como las principales acciones de salud a conducir en el enfermo, y empoderar al personal de Enfermería en la posición que le corresponde por derecho natural: al lado de

la cama del paciente, como la interfase entre el grupo básico de trabajo, la institución, y la familia; y como el ente articulador de los cuidados alimentarios y nutricionales, y por extensión, de salud.

Debería cerrar el ensayo con una frase enjundiosa. Libre de la vanidad de trascender, percibo que la Enfermería ha transitado desde una vocación (sin demeritar que todavía éste es un valor indispensable en la profesión) hasta convertirse en una disciplina académica basada en la colección, análisis y gestión de evidencias científicas, que propone la creación y puesta en marcha de su propio método científico propio; y que se organiza según diferentes estadios (léase escalones) académicos y profesionales. Por todo ello, ya debe ocurrir un cambio sobre todo cualitativo en la percepción que directivos y administrativos tienen del personal de Enfermería como actor de salud; y debe verse no solo como algo natural, sino como un activo valioso para la especialidad, la institución y el Sistema de Salud la participación del personal de Enfermería dentro de las organizaciones hospitalarias de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales, el GAN entre ellas.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por haberme impulsado a la redacción de este ensayo, y con el que he sostenido apasionadas y reconfortantes discusiones sobre el desarrollo de las ciencias de la Alimentación y la Nutrición en nuestro país, y el papel y lugar que le corresponde a la Enfermería dentro de este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anías Martínez A. De la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición en la especialidad de Enfermería. Disponible en: <http://www.nutricionclinica.sld.cu/Editoriales/EditorialAniasMartinez2008.htm>. Fecha de última visita: 23 de Mayo del 2014.
2. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Espinosa Borrás A. Desnutrición hospitalaria: La experiencia del Hospital "Hermanos Ameijeiras" Acta Médica 2003;11:26-37.
3. Barreto Penié J, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. State of malnutrition in Cuban hospitals. Nutrition 2005;21:487-97.
4. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. Tamaño, composición, relaciones, acciones. Nutrición Hospitalaria [España] 2007; 22:68-84.
5. Casasola S, Ferraresi Zarraz EM. Soporte nutricional a domicilio: ¿El paradigma último de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo? RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2011; 21:302-21.

ANEXO

Incluyo en este apartado algunas de las funciones que cumpliría el personal de Enfermería como integrante de un grupo hospitalario de apoyo nutricional (GAN). Además de cumplir con las funciones establecidas por el Sistema Nacional de Salud, el(la) enfermero(a) con una Licenciatura en Enfermería y una Maestría en Nutrición clínica y hospitalaria deberá responder a acciones generales y actividades integradas de diagnóstico. Entre las acciones generales se cuentan: Pesquisaje activo de los pacientes con problemas nutricionales;

Evaluación nutricional del paciente hospitalizado, junto con el establecimiento de los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes, aplicando para ello el proceso de atención de enfermería (PAE) y con ayuda de las taxonomías establecidas en la guía NANDA; Definición de los esquemas de provisión de alimentos y nutrientos, y las vías para hacerlo: oral, enteral o parenteral; exclusiva o en diferentes combinaciones; Evaluación del efecto de las medidas de intervención alimentaria-nutritiva sobre el estado clínico del paciente; y Evaluación del impacto de las medidas de intervención sobre la gestión sanitaria.

El personal de Enfermería debe desempeñarse con igual soltura en los varios dominios de la actuación profesional. En el plano asistencial, el(la) enfermero(a) del GAN debe vigilar el cumplimiento de la prescripción dietoterapéutica; seguir evolutivamente el estado de salud y nutricional del paciente sujeto a nutrición artificial, de ser posible en unión del farmacéutico; asistir al médico en la colocación de catéteres venosos; y vigilar activamente la manipulación, limpieza y cuidado del catéter venoso, las bombas de infusión y las unidades nutritivas; supervisar las técnicas de administración de los nutrientes parenterales, y actuar

proactivamente en la reducción de los efectos adversos; supervisar las técnicas de administración de nutrientes enterales y participar en la reducción de los efectos adversos; detectar de manera precoz, corregir y prevenir las posibles incompatibilidades en las mezclas nutritivas, los cambios en el goteo | flujo predeterminado de administración, y la ocurrencia de complicaciones mecánicas, metabólicas y sépticas; participar en la interconsultas de los pacientes ambulatorios incluidos en los distintos protocolos de la atención; y coordinar las acciones que sean necesarias al egreso del paciente para asegurar la continuidad de los cuidados alimentarios y nutricionales.

En el plano docente, el(la) enfermero(a) del GAN debe participar en la educación continuada de pacientes, familiares, y grupos básicos de trabajo en el logro de cuidados nutricionales integrales, eficaces y efectivos.

Por último (pero no por ello menos importante), el(la) enfermero(a) del GAN debe redactar informes con los resultados obtenidos en la administración de las distintas intervenciones alimentarias y nutricionales y ocuparse de que encuentren acomodo en revistas científicas, arbitradas por pares, de alcance local, regional e internacional.

