



Nutrición Hospitalaria



Paciente con patología respiratoria: ¿cómo comenzar a gestionar la atención nutricional coordinada en el paciente con patología respiratoria, atendiendo a asistencia, docencia e investigación?

La visión de una unidad de nutrición clínica con experiencia en gestión

The vision of a nutrition unit with management experience

Gabriel Oliveira Fuster

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) no solo deteriora la calidad de vida del paciente, sino que produce un aumento de las complicaciones, de la mortalidad, y de los costes para el sistema sanitario (1). El cuidado nutricional (cribado, valoración y tratamiento) es un derecho humano en el que convergen el derecho a la salud y a la alimentación (1,2). Por ello, tanto desde la perspectiva clínica como de la gestión, en el paciente respiratorio crónico (bronquiectasias, EPOC, fibrosis quística...) es básico cribar el estado nutricional en cada consulta o ingreso hospitalario (mediante el IMC, el análisis de la ingesta y la evolución del peso en el tiempo). En el caso de que el cribado sea positivo se debe completar la valoración nutricional (incluyendo, también, la medida de la masa muscular y su función) y tratar si es necesario. En este sentido la coordinación entre las unidades de nutrición y los servicios de respiratorio debería ser fluida para optimizar el diagnóstico y la terapia médica nutricional (3,4).

En el seno del proyecto NOA (Nutrición Oncológica en Andalucía) (5,6), se muestra un ejemplo de la aplicación del llamado "círculo de calidad" (analizar-priorizar-implantar-evaluar) al problema de la DRE en pacientes con cáncer, pudiendo extrapolarse esta estrategia al campo de la neumología. En el caso del NOA, se realizó un análisis del proceso de atención nutricional y se evaluó el impacto y la factibilidad de las medidas para mejorarlo. Las actuaciones que se consideraron prioritarias fueron implantar adecuadamente el cribado en todas las consultas de oncología, la participación de las unidades de nutrición en los comités de tumores, la coordinación entre los servicios implicados y la formación continuada en nutrición. Tras la implantación de las medidas se debe evaluar su impacto (mediante indicadores de

proceso y resultados) y volver a empezar con el "círculo de la calidad".

En el campo de la neumología, también se deben priorizar las actuaciones (y los pacientes) que más se van a beneficiar de la intervención nutricional coordinada. Ejemplos destacados son las personas con EPOC con fenotipo reagudizador (*gold* "E"), las ingresadas en el hospital, con bronquiectasias, durante el peritransplante y el perioperatorio de cirugía torácica (7-10). La dificultad de prescripción del tratamiento médico nutricional financiado a nivel ambulatorio en personas con EPOC y bronquiectasias ha contribuido posiblemente a retrasar la implantación de sinergias entre servicios. Por el contrario, otras patologías donde, desde hace años, se han realizado abordajes conjuntos neumología/nutrición son la fibrosis quística o la esclerosis lateral amiotrófica (11-13).

Para dar respuesta a la problemática de la DRE en el ámbito de las neumopatías crónicas, como en el ámbito de las patologías crónicas de cualquier especialidad, la primera medida de valor añadido consiste en combinar los esfuerzos de los servicios implicados (Fig. 1), estableciendo unos mínimos de cooperación y aspirando, quizá, a establecer lo que sería el "gold standard": una unidad funcional acreditada. El acuerdo de mínimos será definir qué casos concretos deben ser derivados, mediante qué procedimiento y con qué criterios.

En este sentido, el primer paso es "juntarse" y definir las tareas de cada uno de los servicios implicados para añadir valor al proceso. Se debe reflejar el "quién, cómo, cuándo y dónde" mediante protocolos de derivación y actuación y/o protocolos normalizados de trabajo. En cualquier caso, se requiere superar una serie de barreras, como son el tiempo, los recursos

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: el autor declara no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Oliveira Fuster G. La visión de una unidad de nutrición clínica con experiencia en gestión. *Nutr Hosp* 2024;41(N.º Extra 2):10-12

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05301>

Correspondencia:

Gabriel Oliveira Fuster. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Avda. de Carlos Haya, 84. 29010 Málaga
e-mail: gabrielm.oliveira.sspa@juntadeandalucia.es



Figura 1.

humanos, los recursos materiales, la inversión económica necesaria, y los aspectos legales y administrativos. En la mayoría de las ocasiones las barreras más importantes suelen ser el tiempo y los recursos humanos. No obstante, se pueden aplicar e “inventar” nuevas formas de trabajar que optimicen los recursos existentes.

Aunque en sus etapas iniciales la colaboración/coordinación ente servicios suele depender de la implicación de profesionales muy motivados, el mantenimiento a largo plazo debería ser institucional. Como dijo Jean Monett: “Las personas pasan, pero las instituciones permanecen. Nada se puede hacer sin las personas, pero nada subsiste sin instituciones”.

En este sentido también es importante implicar a la dirección/gerencia que, una vez convencida de la importancia tanto en términos de resultados en salud como en eficiencia, podría favorecer la consecución de objetivos incluyendo indicadores en los objetivos de gestión de las unidades implicadas y, en algunos casos, mejorando la dotación de las mismas. Para ello hay que emplear, no solo el lenguaje clínico, sino también el de la gestión, estableciendo procedimientos normalizados de trabajo (PNT), recogiendo actas y evaluando las actuaciones con indicadores periódicamente. La cooperación de los pacientes, la valoración de la opinión de los usuarios mediante encuestas de satisfacción o la creación de “escuelas de pacientes” son aspectos que refuerzan la consecución de los objetivos centrados en las personas a las que van dirigidas.

La formación bidireccional mediante sesiones clínicas conjuntas en las que, además, se deben presentar los resultados asistenciales y de investigación de las unidades funcionales, es, también, indispensable.

En la tabla I se puede ver un resumen de aspectos clave en el ámbito de la cooperación entre las unidades de nutrición y los servicios de neumología.

Otro aspecto que debe ir de la mano, además de la asistencia, docencia y gestión, es la generación de conocimiento mediante proyectos de investigación multidisciplinares. Los centros donde se conjuga asistencia, docencia e investigación se caracterizan por tener la mayor calidad asistencial (14). La conjunción de buenas ideas con buenos compañeros de viaje, así como el entusiasmo, las ganas de aprender y mejorar son los elemen-

tos indispensables que facilitan realizar una investigación clínico-traslacional de calidad. La creación de consultas y unidades monográficas, así como la utilización de bases de datos conjuntas y la evaluación de resultados clínicos, pueden ser el punto de partida inicial. Poco a poco se puede avanzar en proyectos clínico-traslacionales con participación de otros compañeros preclínicos y de otras disciplinas (15-19). En la tabla II se proponen algunas claves para potenciar la investigación clínica translacional en neumología y nutrición.

Tabla I. Resumen de aspectos clave en el ámbito de la cooperación entre las unidades de nutrición y los servicios de neumología

Definir el problema
En cada centro individualizar: <ul style="list-style-type: none"> – Prioridades – Factibilidad – Aplicación – Evaluación
Trabajo en equipo: acuerdos de mínimos o de máximos <ul style="list-style-type: none"> – Definir el quién, cómo, cuándo y dónde – Evaluar los resultados
Formación continuada bidireccional
Hacer participe a la dirección gerencia
Incorporar la investigación clínico-traslacional

Tabla II. Algunas claves para potenciar la investigación clínica translacional

– Aprovechar todos los recursos clínicos (consultas, hospitalización, hospital de día)
– Reconocimiento del trabajo en investigación de todo el equipo y el beneficio para los pacientes
– Reconocimiento de la actividad investigadora en objetivos individuales y de la unidad, así como en baremos de concursos y oposiciones y criterios de acreditación

(Continúa en página siguiente)

Tabla II (cont.). Algunas claves para potenciar la investigación clínica traslacional

– Organizar consultas monográficas (que permiten concentrar la ca-suística y generar preguntas de investigación, por ejemplo: EPOC y desnutrición, ELA, fibrosis quística, bronquiectasias...)
– Programar/facilitar la recogida prospectiva de datos durante la práctica clínica habitual (programas informáticos, tiempos reservados para investigación)
– Colaborar en estudios clínicos multicéntricos y/o de recogida de muestras biológicas en colaboración con grupos clínicos/ preclínicos
– Participar en registros nacionales e internacionales
– Fomentar la formación reglada en investigación
– Realizar sesiones de investigación multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar
– Formular contenidos de investigación clínica factibles. Apostar por estudios en áreas de conocimiento escaso o con incertidumbre
– Crear sinergias con otros servicios o grupos de investigación
– Participar en ensayos clínicos de la industria o independientes
– Concurrir a convocatorias de financiación pública o privada
– Aprovechar las estructuras de investigación (entidades gestoras, institutos de investigación): ayuda en convocatorias y publicaciones, gestión de fondos, formación continuada, facilitar coordinación entre grupos, la movilidad de personal investigador, la participación en proyectos internacionales, ayuda para la identificación, protección y traslación de los resultados de investigación...)
– Incorporación/colaboración de personal investigador "de carrera"

Modificada de cita 14.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Viena. Clin Nutr 2022;41:1613e1618.
2. Martínez-García MÁ, Máiz L, Olveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish Guidelines on Treatment of Bronchiectasis in Adults. Arch Bronconeumol (Engl Ed) 2018;54(2):88-98. DOI: 10.1016/j.arbres.2017.07.016
3. Cosío BG, Hernández C, Chiner E, Gimeno-Santos E, Pleguezuelos E, Seijas N, et al.; en nombre del equipo de trabajo de GesEPOC 2021. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC 2021): Non-pharmacological Treatment Update. Arch Bronconeumol 2022;58(4):345-51. DOI: 10.1016/j.arbres.2021.08.010
4. Martínez-García MÁ, Máiz L, Olveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish Guidelines on Treatment of Bronchiectasis in Adults. Arch Bronconeumol 2018;54(2):88-98. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.arbres.2017.07.016
5. García-Luna PP, Rabat Restrepo JM, Muñoz-Ayllón M, de la Calle Gil M, Remón P, Sánchez-Torralvo FJ, et al. Evaluation of Nutritional Interventions in the Care Plan for Cancer Patients: The NOA Project. Nutrients 2023;15(2):292. DOI: 10.3390/nu15020292
6. García Luna PP, Calaña Continente A, Villarrubia Pozo A, Jiménez Lorente CP, Vicente Baz D, Castanedo OI, et al. Análisis de las intervenciones nutricionales en el proceso asistencial del paciente oncológico en Andalucía: el proyecto NOA. Nutr Hosp 2021;38(4):758-64. DOI: 10.20960/nh.03444
7. Martínez-García MÁ, Máiz L, Olveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish Guidelines on Treatment of Bronchiectasis in Adults. Arch Bronconeumol (Engl ed.) 2018;54(2):88-98. DOI: 10.1016/j.arbres.2017.07.016
8. Garutti I, Cabañero A, Vicente R, Sánchez D, Granell M, Fraile CA, et al. Recommendations of the Society of Thoracic Surgery and the Section of Cardiothoracic and Vascular Surgery of the Spanish Society of Anesthesia, Resuscitation and Pain Therapy, for patients undergoing lung surgery included in an intensified recovery program. Rev Esp Anestesiol Reanim 2021:S0034-9356(21)00102-X. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.redar.2021.02.005
9. Vía Clínica RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/via-clinica-cirurgia-adulto-rica-2021.pdf>
10. Guías GOLD. 2023 GOLD Report. Available from: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
11. Guía Asistencial de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/bioetica-bio-derecho/paginas/guia-ela.html>
12. Guía Asistencial de Fibrosis Quística. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/adulta/paginas/guia-fibrosis-quisticas.html>
13. Olveira Fuster G, Olveira Fuster C. Care of people with cystic fibrosis: What is the role of specialists in Endocrinology and Nutrition? Endocrinol Diabetes Nutr 2021;68(4):215-7. DOI: 10.1016/j.endien.2021.01.002
14. Olveira G. Pilares para la excelencia en las unidades de nutrición: la investigación. Nutr Hosp 2021;38(N.º Extra 1):19-28. DOI: 10.20960/nh.03557
15. Olveira G, Olveira C, Doña E, Palenque FJ, Porras N, Dorado A, et al. Oral supplement enriched in HMB combined with pulmonary rehabilitation improves body composition and health related quality of life in patients with bronchiectasis (Prospective, Randomised Study). Clin Nutr 2016;35(5):1015-22. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.10.001
16. Olveira G, Olveira C, Gaspar I, Porras N, Martín-Núñez G, Rubio E, et al. Fat-free mass depletion and inflammation in patients with bronchiectasis. J Acad Nutr Diet 2012;112(12):1999-2006. DOI: 10.1016/j.jand.2012.08.013
17. Doña E, Olveira C, Palenque FJ, Porras N, Dorado A, Martín-Valero R, et al. Body Composition Measurement in Bronchiectasis: Comparison between Bioelectrical Impedance Analysis, Skinfold Thickness Measurement, and Dual-Energy X-ray Absorptiometry before and after Pulmonary Rehabilitation. J Acad Nutr Diet 2018;118(8):1464-73. DOI: 10.1016/j.jand.2018.01.013
18. Olveira C, García-Escobar E, Doña E, Palenque FJ, Porras N, Dorado A, et al. Oxidative and inflammatory effects of pulmonary rehabilitation in patients with bronchiectasis. A prospective, randomized study. Nutr Hosp 2020;37(1):6-13. DOI: 10.20960/nh.02763
19. Colomo N, Olveira C, Hernández-Pedrosa J, Bergero T, Fábrega-Ruz J, Porras N, et al. Validity of Self-rating Screening Scales for the Diagnosis of Depression and Anxiety in Adult Patients With Bronchiectasis. Arch Bronconeumol 2021;57(3):179-85. DOI: 10.1016/j.arbres.2020.01.009