

SEDE UNIVERSITARIA MUNICIPAL II FRENTE. INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS. SANTIAGO DE CUBA.

EL GRUPO COMUNITARIO DE APOYO NUTRICIONAL

Abel Tobías Suárez Olivares.[¶]

INTRODUCCIÓN

Hoy todos conocen la estrecha relación que existe entre la dieta y la salud. Muchos de los problemas de salud son causados por nuestras malas prácticas y/o hábitos alimentarios inadecuados; por lo que la conducta alimentaria representa un aspecto importante que tiene una influencia (más directa que indirecta) sobre el estado de salud. Por este motivo, los PRINUMA Programas de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica deben ser la principal herramienta metodológica para enfrentar la malnutrición que se observa en muchos de nuestros pacientes; malnutrición ésta que puede estar asociada a la enfermedades y/o ser causada por las “malas prácticas” nutricionales.¹⁻² Para lograr el objetivo expuesto anteriormente, se deben trazar pautas que determinen un accionar integral de la práctica médica, esto es: que hagan posible integrar las esferas asistencial, investigativa y educativa en una actuación consciente. A nivel hospitalario se ha propuesto la creación de una estructura organizativa bien definida que ha demostrado su utilidad tras varios años de implementación y gestión: el GAN Grupo hospitalario de Apoyo Nutricional;³⁻⁴ por lo que se hace necesaria la generalización de esta experiencia hacia todas nuestras instituciones hospitalarias.

El GAN surgió hace algunos años en las instituciones de salud del denominado Primer Mundo, y se aplicó luego en nuestro país, específicamente, en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana). Los integrantes del GAN del Hospital “Hermanos Ameijeiras” se han convertido así en los pioneros del enfrentamiento a la DEN desnutrición energético-nutricional observada en el área hospitalaria. La experiencia del GAN del Hospital “Hermanos Ameijeiras” se ha tratado de extender a todas las unidades asistenciales del archipiélago cubano, mediante la gestión del Programa Ramal “Creación y Puesta en Funcionamiento de los Grupos de Apoyo Nutricional (GAN) en Hospitales”. Código No. M902012, asentado en el INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Hoy les propongo reflexionar sobre la necesidad de llevar la experiencia del GAN hospitalario a nuestras áreas de salud. Con este artículo expondré las pautas que creo oportunas para la transferencia de esta estructura organizativa hospitalaria al escenario de la APS Atención Primaria de Salud. Haré referencia a las propiedades que deben identificar al GAN comunitario, pues, lógicamente, al estar en un escenario diferente, debemos hacer las adaptaciones necesarias para que los objetivos implícitos en el PRINUMA se logren en la atención primaria.

[¶] Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor de Medicina Interna y Propedéutica clínica.
Correo electrónico: tobias@medired.scu.sld.cu

Composición del GAN comunitario

La composición del GAN comunitario no sería muy diferente del de un GAN hospitalario: un primer médico especialista que actúe como jefe del grupo, un segundo médico especialista que se encargue de crear y gestionar las relaciones de trabajo entre los distintos operadores nutricionales en la comunidad de residencia del enfermo; una enfermera; una dietista; un farmacéutico; y un psicólogo.

El GAN debe ser liderado por un médico especialista que tenga experiencia en la identificación de la malnutrición y la solución de los problemas causados por esta comorbilidad. Sería muy útil, además, que el médico jefe del GAN curse una Maestría en Nutrición Clínica, u otra forma de educación posgraduada en esta especialidad, a fin de adquirir conocimiento que de otra manera no recibiría durante la formación de pregrado. Preferiblemente el médico jefe del GAN comunitario debería ser un especialista en Medicina General Integral o Medicina Interna, pues ambas especialidades dotan al médico de una amplia visión del problema nutricional que se presenta a diario en nuestras áreas de salud. No obstante, creo que tal requisito no debería interferir en la creación y operación del GAN comunitario, y otras variantes pudieran adaptarse a las características propias de cada policlínico. Sin embargo, es de vital importancia que uno de los médicos propuestos para integrar el GAN comunitario sea pediatra y/o gineco-obstetra, teniendo en cuenta la atención priorizada al PAMI Programa de Atención Materno-Infantil del MINSAP Ministerio de Salud Pública.

Se ha incluido un psicólogo en la pauta de composición del GAN comunitario pues, al ampliar el espectro de acción del grupo, sería útil aprovechar la capacidad y experiencia de este especialista de la salud en la búsqueda de vías efectivas de interacción con toda la población del área de salud, ya sea de forma directa (en el acto de la consulta médica) o indirecta (a través de campañas de promoción para una nutrición más sana). Además, el psicólogo podrá ayudar al GAN comunitario en el enfrentamiento de cuadros como los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia/bulimia/otros) y el alcoholismo, por citar algunas conductas auto-destructivas que pueden afectar el estado nutricional del sujeto.

El GAN comunitario puede contar también con otros miembros que cooperen con su labor, aunque, por desempeñar otras funciones, no estén liberados a tiempo completo para insertarse dentro de la dinámica de la intervención nutricional comunitaria. La participación de tales actores dependerá de las necesidades de la institución de pertenencia de los mismos, y sobre la base de la organización del trabajo de ella. Podría ser un médico aportado por los GBT grupos básicos de trabajo que operan en la comunidad, que, además del médico del consultorio, y de ser necesario, apoye en las tareas de consejería/orientación nutricional que se le pueda brindar al paciente y sus familiares antes de la actuación del GAN. Este médico asumiría entonces el papel de intermediario/enlace entre el GBT y el GAN, y así se convertirá en el segundo eslabón de la atención nutricional. El médico-enlace sería el encargado de desencadenar (y evaluar el impacto de) las acciones intervencionistas adoptadas, a fin de mejorar el estado nutricional del sector de salud donde se desempeña, y por consiguiente, debería estar capacitado en temas de Alimentación y Nutrición. Es útil también que en el servicio de Laboratorio clínico tengamos un aliado que sea el encargado de realizar (y velar por la correcta realización de) los complementarios indicados por el GAN para la completa evaluación nutricional del enfermo. No se debería pasar por alto la necesidad de involucrar al trabajador social en la dinámica del GAN comunitario. Este profesional, por razón de ser de su formación curricular, objeto y misión social, está capacitado para actuar sobre los determinantes sociales de la alimentación

del enfermo y sus familiares, y de esta manera, vehicular prestaciones asistenciales de diverso tipo (económicas/culturales/educativas) que permitan a la familia del enfermo satisfacer los objetivos del programa de intervención prescrito por el GAN comunitario.

Inserción del GAN comunitario en la estructura de la institución hospitalaria

En virtud de la organización de los servicios de salud del territorio, los GBT tributan los enfermos necesitados de hospitalización a una unidad de atención médica del nivel secundario de salud. Debido a ello, el GAN comunitario debe definir las relaciones que sostendrá con el hospital de pertenencia. En correspondencia con lo anterior, el GAN comunitario se subordinará administrativamente a la Vicedirección de Asistencia médica de la institución. El jefe del GAN comunitario informará periódicamente al Vicedirector sobre la marcha del PRINUMA en la comunidad de inserción del grupo, la satisfacción de los objetivos del programa, y la ejecución del presupuesto destinado a la actividad. Además, el GAN comunitario mantendrá estrechas relaciones con las demás vicedirecciones hospitalarias, a saber: Diagnóstico (que incluye el Laboratorio clínico), Estadísticas, Farmacia y Asistencia Social, entre otros; según lo imponga la dinámica del trabajo.

Organización de la actividad del GAN comunitario

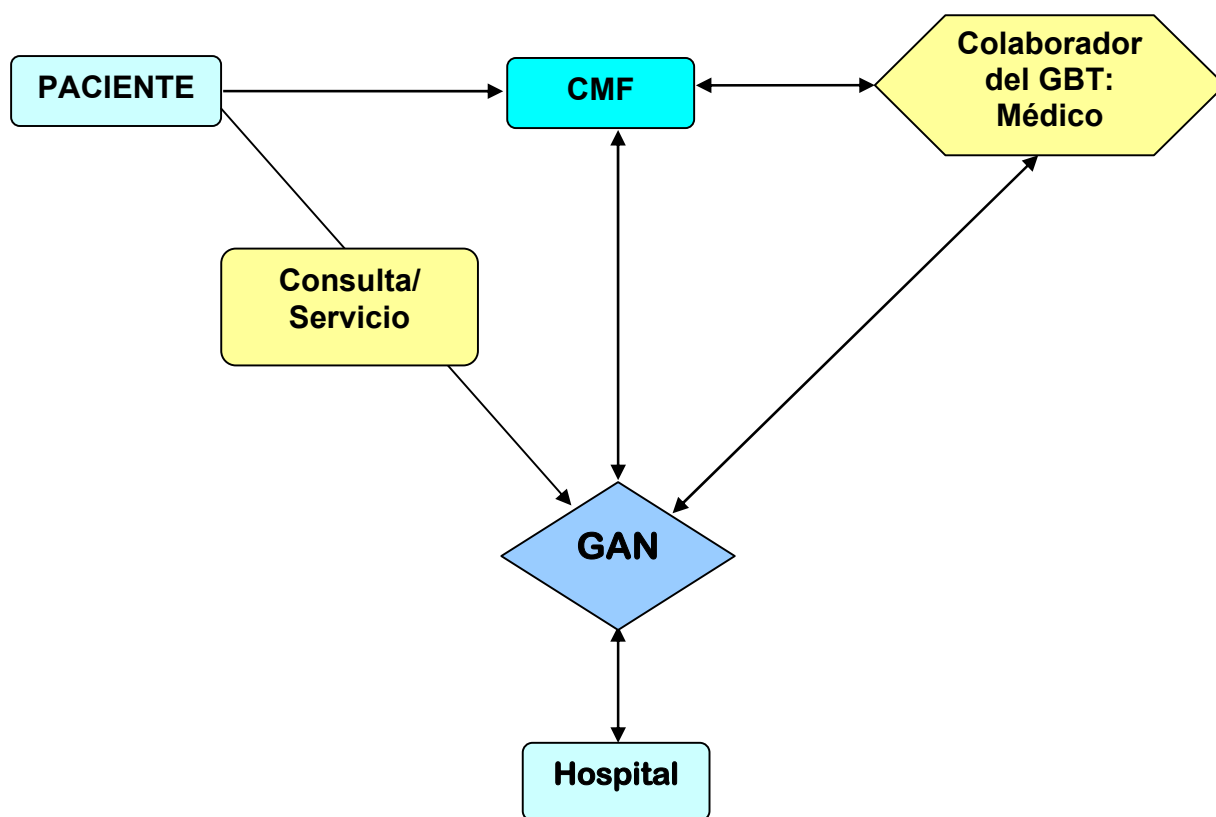
El GAN comunitario debe desarrollar acciones en diferentes dominios de la atención médica: asistencial, docente-educativa, investigativa, y administrativa. En lo asistencial, el GAN comunitario debe establecer las puertas de entrada del paciente al sistema de salud. El paciente puede entrar a través de 2 vías fundamentales: el Consultorio CMF del Médico de la Familia, que bien lo puede remitir directamente al GAN comunitario, o después de una evaluación de conjunto con el médico colaborador del GAN comunitario en el GBT; o como una remisión hecha por el policlínico comunitario (Figura 1). Existe una tercera vía (que sería la ideal) en la que el paciente, capaz de identificar el problema nutricional e informado de la existencia y funcionamiento del GAN comunitario, acudiría directamente a éste para solicitar los servicios del mismo.

Una vez incorporado al sistema de salud, el GAN comunitario debe completar un ejercicio de evaluación nutricional en el paciente. De acuerdo con el resultado de este ejercicio, el GAN comunitario debe dictaminar si la condición actual del enfermo puede ser tratada en la comunidad, y en consecuencia, articular el programa de tratamiento nutricional con el médico de familia y el(los) especialista(s) colaborador(es) del GBT; o si por el contrario, y dada la situación del enfermo, éste debe ser remitido al hospital tributario, y de esta manera, solicitar un pedido formal de colaboración con el GAN hospitalario. Esta actuación intersectorial, concertada, sería particularmente importante en aquellos casos en los que sea necesaria la colocación de accesos enterales para esquemas no volitivos de alimentación/nutrición.

Siempre, y como requisito indispensable para el logro de una efectiva intervención alimentaria, nutrimental y metabólica, el GAN comunitario informará al CMF sobre las acciones completadas en el enfermo, y las próximas a realizar. Además, todo paciente constituye una puerta de entrada a una familia, que será sujeto de una intervención educativa a cargo de los miembros del GAN comunitario, y en la que participarán, además, los integrantes correspondientes del CMF y el GBT, respectivamente.

El GAN comunitario debe allegar los recursos necesarios para la conducción de los esquemas de nutrición artificial (enteral/parenteral) que se prescriban e instalen en los pacientes atendidos en el área de salud, y crear los mecanismos de registro y control requeridos que hagan posible juzgar sobre el uso adecuado de los mismos,⁵ y con ello, retroalimentar a las autoridades administrativas del territorio. Asimismo, el GAN comunitario supervisará la marcha del proceso de la prescripción dietética en los pacientes beneficiados con figuras dietéticas especificadas para el logro de una adecuada ganancia del peso, y la recuperación nutricional.

Figura 1. Organización de la dinámica de actuación del GAN comunitario.



Leyenda: CMF: Consultorio del Médico de Familia. GBT: Grupo Básico de Trabajo. GAN: Grupo de Apoyo Nutricional.

En lo que toca al dominio docente-educativo, el GAN comunitario debe mantener una capacitación constante en temas de Alimentación y Nutrición de los profesionales médicos y paramédicos del área de salud donde se inserta, teniendo en cuenta las funciones de los mismos y el nivel curricular de cada uno de ellos. Es por ello que sugiero la impartición de cursos y/o actualizaciones por perfiles para cubrir estas necesidades.⁶ En los casos que ello no sea posible, la capacitación profesional debe iniciarse con un programa introductorio que funcione a modo

de nivelación, a fin de garantizar la base instructiva adecuada para la adquisición (e incorporación) de conocimientos más avanzados. La actividad docente-educativa del GAN comunitario se cumplirá en los niveles pre- y postgrado de la enseñanza de Ciencias Médicas y especialidades afines, con atención a las particularidades de cada caso.

La actividad docente-educativa del GAN comunitario también debe incluir al paciente y sus familiares. En cada paciente se trazarán un programa de intervención educativa orientado a modificar los conocimientos del paciente, los familiares, y los trabajadores de salud relacionados con la atención de dicho núcleo familiar. Este programa puede hacerse extensivo al resto de los trabajadores del GBT o el área de salud, en dependencia de la magnitud de la situación nutricional detectada. A su vez, cada caso intervenido servirá para la conducción de campañas de promoción de adecuadas prácticas nutricionales en la población general, o los grupos de riesgo correspondientes, según las peculiaridades y posibilidades propias de cada policlínico.

Un trabajo importante del GAN comunitario es el que se debe llevar a cabo con los niños y adolescentes del área de salud, ya sea a través de las escuelas o mediante la creación de círculos de interés, que finalmente convierta a cada uno de ellos en un promotor de salud alimentaria y nutricional que sea capaz de influir en sus compañeros y el hogar para la adopción de prácticas nutricionales saludables.

La importancia de la actividad investigativa del GAN comunitario no debe soslayarse. El GAN comunitario debe tener su propio banco de problemas, y en consecuencia, las líneas de investigación que le den continuidad a la atención de salud que brinda, pues las conclusiones que se obtengan en cada una de ellas deben indicar el camino a seguir para obtener mejores resultados en el trabajo asistencial. Estas investigaciones pueden constituirse en trabajos de terminación de residencias, diplomados y maestrías, e incluso convertirse en vehículos para la obtención de grados científicos, como el doctorado; pero, sobre todas las cosas, deben utilizarse para evaluar constantemente la calidad de la atención nutricional que brinda la institución y el grupo como tal; además de servir como herramientas para la mejora de la calidad de las intervenciones educativas que el GAN comunitario brinda.

Por todo lo anterior, es muy importante que, en el momento de la creación del GAN comunitario, se tenga un diagnóstico del estado nutricional de la población radicada en el área de salud, mediante la utilización de indicadores como el índice de bajo peso al nacer, la prevalencia de desnutrición entre los niños y adolescentes, y el número de gestantes con anemia en los diferentes trimestres del embarazo; junto con otros que se identifiquen según la situación particular de cada área, y que puedan modificarse con el trabajo del GAN comunitario. Este diagnóstico inicial proporcionará la necesaria línea basal para juzgar el impacto del GAN comunitario, y el logro de los objetivos propuestos con la inceptación del mismo.

CONCLUSIONES

Se propone la creación de un Grupo de Apoyo Nutricional en el área de salud que tenga como misión implementar y conducir un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica de alcance comunitario. Si bien la principal tarea del GAN comunitario es la identificación y resolución de casos de desnutrición existentes en la comunidad, no debe obviarse la labor preventiva del mismo al motivar que la comunidad conozca e incorpore las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición”, siempre con el supraobjetivo de mejorar el estado de salud de la misma. El GAN comunitario será un equipo de trabajo inter- y

multidisciplinario, y sus integrantes se dedicarán exclusivamente a esta labor. La estructura organizativa propuesta para el GAN comunitaria reunirá a los especialistas más avezados en los conocimientos de alimentación y nutrición; y permitirá un constante intercambio con los profesionales integrados en los grupos básicos de trabajo que operan en el área de salud, y la institución cabecera de la atención médica, en aspectos vitales como la evaluación del estado nutricional del paciente en diferentes escenarios clínicos, la toma de decisiones adecuadas para la intervención alimentaria y nutricional, y la definición de las líneas de investigación y desarrollo requeridas para el aseguramiento de una atención excelente al paciente desnutrido. Son múltiples los beneficios que obtendría la población radicada en el área de salud con la implementación del GAN comunitario. Así, los policlínicos podrían brindar una atención nutricional mejor percibida a los pacientes con enfermedades neoplásicas en estadio terminal, u otras enfermedades crónicas, y se garantizaría el seguimiento adecuado de los niños con bajo peso al nacer; se podrían realizar actividades de promoción e intervención alimentaria y nutricional en los diferentes grupos poblacionales, y se cumplirían con éxito las campañas por una alimentación saludable. Se espera que la labor del GAN comunitario resulte en la disminución de indicadores sensibles del estado nutricional de la comunidad, como el índice de bajo peso al nacer y la morbilidad por enfermedades relacionadas con prácticas nutricionales no deseados; a fin de alcanzar el objetivo mayor: mejorar la calidad de vida del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por el apoyo prestado en la redacción de este ensayo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C. Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica del paciente hospitalizado. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 1999;13:137-44.
2. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Programas de Intervención en Nutrición Hospitalaria: Acciones, diseño, componentes, implementación. Nutrición Hospitalaria [España] 2005;20: 347-53.
3. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Salas Ibarra AM. Grupo de apoyo nutricional hospitalario: diseño, composición y programa de actividades. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2000;14:55-64.
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. Santana Porbén S. Sistema de documentación y registros. Su lugar dentro de un Programa de Intervención alimentaria, nutricional y metabólica. Nutrición Hospitalaria [España] 2005; 20:331-42.
6. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Sistema de Educación Continuada en Nutrición Clínica, Nutrición Artificial y Apoyo Nutricional; su lugar dentro de un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. Nutrición Hospitalaria [España] 2009;24:548-57.