

PAM2

GESTION DE SOPORTE NUTRICIONAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

Fernández Mercado JC1, Palacio Ramírez E2

1MUTUALSER EPS, Universidad de Cartagena Clínica Crecer, CARTAGENA DE INDIAS, Colombia, 2CLINICA CRECER CARTAGENA - COLOMBIA

Introducción

El paciente crítico se caracteriza por una situación de hipercatabolismo y cambios metabólicos como parte de su respuesta adaptativa para sobrevivir al proceso agudo. El soporte nutricional es primordial para prevenir la desnutrición asociada a la enfermedad y la pérdida de masa muscular.

Se ha evidenciado que una deuda calórico-proteica acumulada a lo largo de la estancia en la UCI contribuye al aumento de la morbimortalidad con mayor tasa de infecciones, días de ventilación mecánica y estancia hospitalaria. En la actualidad la malnutrición proteico-calórica continúa siendo la causa más frecuente de mala evolución de los pacientes hospitalizados y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, que afecta de forma muy especial a esta población, donde la incapacidad de ingesta y adición de enfermedades son comunes, por lo que toma entidad propia bajo la denominación de "desnutrición hospitalaria".

Objetivos

Describir y analizar los resultados de los posibles beneficios clínicos y de costo efectividad con la aplicación del modelo nutricional por el grupo de soporte nutricional en cuidado intensivo adulto entre los años 2016 a 2018.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo utilizando la base de datos de la UCI de Clínica Crecer Cartagena en los años 2016 a 2018. Se registraron las variables demográficas, de diagnóstico y desenlaces con las acciones realizadas por el grupo de soporte nutricional.

Proceso de atención (Componentes del modelo)



Resultados

Se analizaron los datos de 1845 entre los años 2016 a 2018, pacientes con promedio de edad de 47,8 años (DE 6,18), (55,9%varones y 44,1% mujeres). El promedio de estancia en la UCI fue de 4,1, 3,8 y 3,6 días. La mortalidad en la UCI fue de 3,4%, 2,8 y 1,9%. Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias fueron los diagnósticos más frecuentes en UCI, representando el 36,45% de las admisiones. El 46% de los pacientes requirieron ventilación mecánica y el 52% soporte vasoactivo. El 51,1% tenía presencia de disfunción orgánica de uno o más sistemas. Los pacientes evaluados por soporte nutricional fueron 144, 289 y 356 en cada año, en total se evaluaron el 42,7 % de todos los pacientes, pero las intervenciones y el número de pacientes evaluados y manejados por soporte nutricional fue en aumento progresivo, asociado a una mejoría en los resultados clínicos.

Conclusiones

La gestión del grupo de soporte nutricional, inicio su acción en junio de 2017, con la estrategia de brindar manejo a los pacientes identificados con riesgo de desnutrición o en condición de desnutrición a su ingreso, así como el manejo de patologías complejas que requieren apoyo nutricional especializado. Lo que originó la disminución en indicadores de cuidado intensivo tan importantes como la estancia hospitalaria, reduciendo las complicaciones asociadas y proporcionando una terapia costo efectiva. El desarrollo del modelo de nutrición en Clínica Crecer, promueve la implementación de un Programa de Atención Integral de Nutrición en pacientes hospitalizados en cuidado intensivo, para alcanzar mejores desenlaces clínicos, con la formulación de una ruta de atención del paciente y garantizar la continuidad de la intervención y del seguimiento nutricional de sus pacientes, además incentiva el mejoramiento de las instituciones hospitalarias a través de la referenciación de experiencias institucionales y buenas prácticas.

Referencias

- Alberda C, Gramlich L, Jones N, Jeejeebhoy K, Day AG, Dhaliwal R, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med* 2009; 35(10): 1728-37.
- Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay, and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; 22: 235-9.
- Doig GS, Heighes PT, Simpson F, Sweetman EA, Davies AR. Early enteral nutrition, provided within 24 h of injury or intensive care unit admission, significantly reduces mortality in critically ill patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Intensive Care Med* 2009; 35: 2018-27.
- De Jonghe B, Appere-De-Vechi C, Fournier M, Tran B, Merrer J, Melchior JC, et al. A prospective survey of nutritional support practices in intensive care unit patients: What is prescribed? What is delivered? *Crit Care Med* 2001; 29: 8-12.
- Vallejo KP, Martinez CM, Matos AA, Fuchs V, Contreras G, Riofrio R. Et al. Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: a multinational observational study. *Crit Care* 2017; 21(1): 227

Año	2016	2017	2018	TENDENCIAS
Pacientes en programa	144	289	356	
EGRESOS	624	664	557	
REINGRESOS	3,40%	2,60%	2%	
PROMEDIO ESTANCIA	4,1	3,8	3,3	
GIRO CAMA	5,6	5,9	6,1	
DIAS DE VENTILACION	6,7	7	6,2	
MORTALIDAD	6,95	7%	5,60%	