

Editorial técnico

NUTRICIÓN CLÍNICA ARTIFICIAL: EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR. REFLEXIÓN DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA

Introducción

El Grupo de Trabajo SENPE para el reconocimiento de la Acreditación Específica en Nutrición Clínica (NC), de cara a la solicitud ante la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, elaboró cuatro documentos (versión de 27 de abril de 2000).

*En el segundo de ellos se habla de **multidisciplinariedad de la nutrición**. Entre otros argumentos encontramos: “En un equipo integrado hay un cierto grado de **superposición de conocimientos**, pero se impone la especialización para dar un servicio óptimo, limitar los errores por desconocimiento y conseguir la máxima efectividad conjunta con economía de acciones y procedimientos y con la seguridad que aporta el conocimiento y la *decisión compartida*”. Y más adelante: “El caso de la nutrición es paradigmático, al tratarse de una ciencia cuyo máximo desarrollo se está dando en la actualidad, y que por muy diversas razones no ha sido objeto de una sistematización académica completa en nuestro país. Como consecuencia de ello, la mayor parte de expertos en nutrición tiene formaciones universitarias y profesionales diferentes, correspondiendo en su mayor parte a las licenciaturas de Farmacia, Biología, Medicina y otras. Las graves carencias formativas de los profesionales sanitarios en este campo, y la formación mayoritariamente autodidacta de los especialistas sanitarios en este campo han llevado a la necesidad de estructurar **equipos de profesionales**”. Para continuar luego: “Es precisamente la diversidad del campo la que requiere del concierto coordinado de profesionales capaces, formados en diversas facetas de la nutrición para dar lugar a equipos en los que participen en plano de igualdad profesional expertos con formaciones idóneas”. Acaba este documento diciendo: “El establecimiento de equipos funcionales compenetrados y con alto grado de eficacia e **interdisciplinariedad**, será la plena garantía de eficacia conjunta de cara al reto que plantean las necesidades asistenciales globales en el campo de la nutrición en España”. Para concluir finalmente:*

“A favor, pues, de la incorporación de profesionales no médicos formados en nutrición de los centros asistenciales españoles, los representantes de las Sociedades científicas españolas relacionadas con la salud y la nutrición, solicitan el reconocimiento y reglamentación de estos aspectos para su aplicación inmediata al sistema sanitario español”.

Lógicamente los farmacéuticos de hospital, por medio de la Comisión de Nutrición Artificial de la SEFH, con la colaboración de compañeros del Grupo Farmacéutico de SENPE, hemos tenido a bien elaborar nuestro “Documento que justifica y solicita la obtención de Capacitación Específica en NC” (aún no publicado). Actualmente se tramita a través de La Comisión Nacional de la Especialidad, para el caso de que finalmente se acceda a estas peticiones por parte de las autoridades competentes. Es una forma paralela al modo por el que en EE.UU. los farmacéuticos integrados en los “Nutrition Support Team”, que ostentan la validación de su capacidad al superar el “Content outline for the nutrition support pharmacy specialty certification examination”, tienen responsabilidad directa sobre el paciente como un miembro más del equipo.

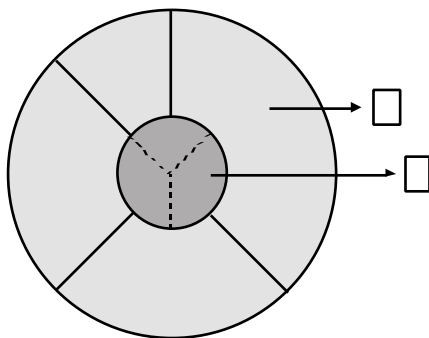
Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad

A la NC se le aplican estas dos características como las que han conducido a su actual desarrollo. Por otra parte en la NC se han presentado dos aspectos con desarrollo independiente. De una parte la nutrición y dietética clásicas en cuanto a las bases para una alimentación natural y dietoterapia correcta; y de otra la Nutrición Artificial como herramienta terapéutica de más recientes desarrollo, para resolver situaciones donde la dietoterapia fracasa.

Si representamos la Nutrición Artificial (NA) mediante una gráfica, podríamos imaginar que tuviese:

—Un núcleo circular central.

—Un anillo periférico con varios segmentos de distinto tamaño.



A) Periferia **multidisciplinar**: incluye a todos los facultativos de diferentes servicios y especialidades que participan en la práctica de la NA desde todos los aspectos que en ella inciden. Se trata de funciones y conocimientos específicos de cada especialidad representada en un segmento del anillo (multidisciplinariedad en materia de NA).

B) Núcleo **interdisciplinar**: incluye a aquellos facultativos con los conocimientos suficientes para la aplicación de la NA como herramienta terapéutica; un cuerpo de conocimientos “**máximo común denominador**” alcanzable por distintos especialistas interesados en su dominio. La línea de puntos significa la interdisciplinaridad, en contrapunto con la separación continua entre lo específico de cada especialidad.

La capacitación específica para ejercer esos principios básicos nucleares de la nutrición artificial existe hoy en facultativos con distintas titulaciones y especialidades, al margen de que se llegue a certificar oficialmente esta capacitación.

Lo interdisciplinar es lo compartido y lo multidisciplinar es lo no compartido. Así, un anestesiólogo puede ser experto en canalizar vías centrales, un radiólogo intervencionista puede poner una prótesis de dilatación de esófago, un cirujano tunelizar en quirófano un catéter de yeyunostomía, un intensivista dominar las bases metabólicas del paciente crítico, un endocrinólogo pautar dosis de insulina a un diabético descompensado con altos requerimientos calóricos, un farmacéutico garantizar la correcta elaboración de una mezcla con adición de medicamentos, o un digestólogo hacer una gastrostomía endoscópica percutánea. Todo esto abarca lo multidisciplinar y de todo esto se beneficia la NA; pero puede suceder que por su especial dedicación a estas tareas de la periferia multidisciplinar ninguno de ellos conozca, domine, o pueda dedicarse a las materias interdisciplinarias de la NA que llamamos núcleo central de la tarta, y que son el máximo común denominador de conocimientos, para proponer el uso más racional de esta herramienta terapéutica.

Comisión y equipo

Una Comisión de Nutrición Artificial (CNA), multidisciplinar esencialmente, siempre necesitará –al menos– una persona que haga que funcione; si fuese una rueda sería el eje sobre el que gira, se trate del presidente, secretario o persona que se esfuerce más a título personal para que cumpla los objetivos propios de una comisión.

Pero puede suceder que algunos facultativos, generalmente miembros de la misma, por dedicación e interés personal, han seguido la trayectoria de “estar al día”, así como de facilitar esos conocimientos al mayor número de especialistas a través de: difundir protocolos, actuar como consultores para orientar la prescripción, impartir cursos, etc. Nos encontraremos con un hospital en que cada especialidad ha incorporado a su manejo habitual para el tratamiento de los pacientes esta herramienta terapéutica; al menos en un grado suficiente para iniciarlo; y luego -si es necesario- confirmarlo o perfeccionarlo mediante asesoramiento. Los facultati-

vos a que nos referimos ejercen un verdadero “voluntariado” siendo candidatos a constituir equipos, como veremos más adelante.

Esto significa que el núcleo ha facilitado que los segmentos periféricos de la gráfica se agranden aun “a su costa”. No obstante, este núcleo reducido, en modo alguno se ha convertido en un punto o eje, sino que continúa con suficiente contenido como para seguir siendo el promotor de la eficiencia y calidad en el manejo de esta terapéutica. Su cometido y existencia no tiene por qué basarse en “hacerse cargo de” cada paciente; incluso si se han hecho bien las cosas antes, esto podría ser necesario en muy pocos casos y aun en éstos se puede llevar a cabo una corresponsabilidad en el tratamiento nutricional de forma que tenga un efecto docente sobre el facultativo consultante.

Lo contrario sería dejar el contenido de los segmentos periféricos en lo exclusivamente abordable por las especialidades correspondientes; para que los expertos en nutrición artificial sean los que aborden todo lo relacionado con el tratamiento nutricional. Se trataría de una hipertrofia del núcleo; el máximo común denominador ya no sería tan común interdisciplinario y alcanzable. Pocos especialistas tendrían posibilidad, interés y tiempo para dedicarse tanto a ese núcleo; ello le exigiría dejar sus actividades propias.

Pero tratemos ahora de delimitar cuáles serían las funciones propias de una Comisión de Nutrición Artificial, similares a las de otras comisiones para el uso racional de los medicamentos, compuestas por representantes de cuantos Servicios estén interesados en esta terapéutica.

*Así podemos considerar **funciones de la CNA**:*

- 1. Selección de dietas y componentes en nutrición parenteral y enteral. Informar para la adquisición de dispositivos de administración.*
- 2. Actualización permanente de las formulaciones de unidades nutrientes.*
- 3. Establecimiento de normativas de prescripción, dispensación y administración.*

4. *Protocolización de las recomendaciones de uso de nutrición artificial: valoración del estado nutricional, indicaciones, seguimiento clínico y bioquímico, cuidados del paciente, etc.*

5. *Conocimiento de cuantas actividades se desarrollan sobre NA en el hospital.*

*En tanto que hay otras que se llevarían a cabo con mayor eficacia por un equipo de trabajo continuado; así las **funciones del equipo** serían:*

1. *Identificación de pacientes subsidiarios de ser tratados con Nutrición Artificial, detección de bolsas de desnutrición, valoración nutricional al ingreso de determinadas patologías, etc.*

2. *Actuar como consultores o asesores en esta materia: prescripción, seguimiento, correcta administración, etc.*

3. *Informar sobre cuestiones de NA a los órganos directores del centro.*

4. *Elevar propuestas a la CNA: novedades, protocolos, criterios y estándares de calidad asistencial, etc.*

5. *Seguimiento permanente del cumplimiento de los protocolos aprobados.*

6. *Evaluación clínica y económica de resultados.*

7. *Promover y coordinar trabajos y publicaciones sobre NA.*

8. *Docencia organizada: cursos de formación, mesas redondas, edición de manuales, etc.*

El farmacéutico de hospital en el equipo

Hay muchos farmacéuticos de hospital dedicados a Nutrición Clínica y –en concreto– a Nutrición Artificial desde sus comienzos en España. Algunos dedicados

a ello con el máximo nivel de intervención; otros en menor grado, pero desarrollan -do muchas de las funciones para los que están capacitados. Éstas se especifican en el apartado 3.2. del escrito -similar al de los médicos- por el que se justifica y solicita la obtención de capacitación específica en NC. Dicho apartado se titula: “Funciones del farmacéutico en los equipos de soporte nutricional”. Su lectura detallada ayudará a la comprensión del presente documento. Hemos de hacer notar que sólo con el desarrollo de estas funciones se puede cumplir el Programa Docente de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria, en cuanto se refiere al Área 6, de conocimientos en Nutrición Artificial.

Pues bien, de todas éstas funciones sólo algunas son específicamente propias y exclusivas del farmacéutico de hospital, siendo la gran mayoría de ellas plenamente interdisciplinarias, es decir del núcleo de conocimientos comunes para la práctica de la NC. Por otra parte, todas ellas tienen un amplio refrendo de comunicaciones a congresos y publicaciones en revistas especializadas de NC. No es el caso ahora, pero bastaría comprobarlo en “Nutrición Hospitalaria” o en los congresos de SENPE, por citar lo más cercano.

Por todo ello no tenemos más remedio que estar en desacuerdo con quienes “invitan” al farmacéutico a participar en Equipos de Soporte Nutricional, e incluso afirmando que es lógico que esté, pero dejándole como función aquello que le es exclusivo; más parece una “expulsión”, pues se le impediría el acceso práctico a lo interdisciplinar que se reservarían otros. Igual diríamos si esta situación se pretendiera con cualquier otro especialista.

El interés personal y las posibilidades que deja la presión asistencial hace que en un centro tengan mucho peso en la NC y/o NA los facultativos de un determinado Servicio o especialidad y en otro no participen casi nada. O bien que un solo facultativo de un Servicio tenga asumida gran parte de responsabilidad en el desarrollo y aplicación clínica de la NA en un determinado centro (hay bastantes farmacéuticos en este papel) y en otro centro no haya podido ninguno dedicarse a tareas nucleares y sólo hacen lo obligado por la especialidad.

Como consecuencia de todo lo dicho anteriormente, en los equipos deberían poder estar aquellos facultativos especialistas que dominan ese “máximo común denominador” de conocimientos interdisciplinarios de la NC, y que además tuvieran interés y liberación –oficial– de tiempo para su dedicación al mismo.

Tipología organizativa: variadas situaciones

Se puede constatar, a través de cualquiera de las encuestas realizadas al respecto, que la tipología organizativa es muy variada. Tratemos ahora de intentar describir algunas de estas situaciones.

A) Existe ya un Servicio de Nutrición y Dietética.

Independiente, constituido y dotado, funcional y jerárquicamente dependiente de la dirección médica, con capacidad de gestión y presupuestos propios.

En este caso la única posibilidad de cualquier facultativo –incluido el farmacéutico de hospital–, consiste en que la plantilla se abra a su inclusión, de la misma forma que lo están los Servicios de Análisis, Bioquímica o Bacteriología, tanto si se llega a conceder la capacitación específica como ahora que aún no la tiene nadie. Se debe reclamar esta apertura; de lo contrario estaríamos admitiendo que en la práctica de la nutrición clínica no nos alcanza su interdisciplinariedad.

De todas formas el farmacéutico de hospital habrá de estar en la Comisión de Nutrición Artificial pero, al igual que otros facultativos, con las competencias muy disminuidas respecto a las funciones que ejercemos y reivindicamos en el apartado 3.2. del referido escrito de solicitud de capacitación específica.

Es el caso en que más se ha agrandado el núcleo para dejar a todos en la periferia, sólo con lo que pueden hacer en exclusiva por especialidad. Aún así, hay facultativos que no se someten a criterios ajenos y siguen prescribiendo autónomamente sin hacer hojas de consulta, pues entienden que ellos son los únicos responsables del paciente, también en esta parcela terapéutica.

Hay casos en que los Servicios de Farmacia pierden incluso parte de lo que es actividad específica, pues se llega a sustraer lo que es la gestión de compra, almacenamiento y dispensación de alimentos de uso medicinal (nutrición enteral); cuando por otra parte hay comunidades autónomas donde esto es de dispensación obligatoria en Farmacia Hospitalaria para todos los pacientes, incluso ambulatorios. Se sustrae una función clásica de la farmacia para “dar contenido” a estos Servicios, cuando con la misma infraestructura y personal con que se hace para medicamentos se puede seguir haciendo con la nutrición enteral.

El inconveniente máximo en la práctica es que son pocos los facultativos dispuestos a dejar sus especialidades para incorporarse exclusivamente a esta actividad de nutrición clínica. ¿Cuántos farmacéuticos preparados para ello abandonarían la farmacia para dedicarse a esto exclusivamente? ¿Cuántos bioquímicos, internistas, etc.?

De todos modos hay Servicios de Farmacia que colaboran con Servicios de Nutrición y Dietética, pero “desde fuera”. Y se ve en las publicaciones o comunicaciones donde firman como servicios separados y en los que la participación del farmacéutico es en funciones periféricas al núcleo de la nutrición clínica. Aun cuando existan buenas relaciones, la integración parece escasa.

B) Existe una Unidad de Nutrición y Dietética.

Bajo este concepto hay una casuística de lo más variopinto posible.

B.1. Unidad de Dietética. Se crearon, tanto en Andalucía (1988) como en otras CC.AA., por aplicación de una estrategia de hostelería. Para implantación del progra -

ma de alimentación: avanzar en la mejora de la calidad nutricional de los alimentos. Estas unidades nacieron para estos fines y no para la aplicación de la herramienta terapéutica de nutrición artificial, que se fue desarrollando al margen. Por otra parte nacen como subáreas dependientes de la dirección de servicios generales, aun cuando exista una dependencia funcional de la dirección médica en cuanto a la actividad clínica.

B.1.1. En bastantes hospitales pequeños –sobre todo comarcales– se incorporaron a estas unidades bastantes médicos “generalistas”, a los que se denominaban “nutricionistas”, tal vez por haber hecho un máster de postgrado en nutrición humana. (Escuela de Nutrición de la Universidad de Granada. Profesor Mataix, Facultad de Farmacia). Otros fueron contratados sin este mérito, el cual –por otra parte– lo tenemos muchos farmacéuticos de hospital y de Atención Primaria.

B.1.2. Fue en los grandes hospitales donde algunos especialistas, de diversas disciplinas, asumieron esta responsabilidad facultativa. De esta forma algunas unidades de dietética quedaron asimiladas a diferentes servicios. Otras tomaron forma de unidades clínicas de gestión.

Algunos de los facultativos adscritos a estas Unidades asumieron con el tiempo responsabilidades en nutrición artificial. Así pasaron a denominarse Unidades de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD). Estas Unidades deben estar abiertas al farmacéutico experto en nutrición humana, al igual que dijimos para los Servicios.

Pero hubo unidades que ni siquiera llegaron a desarrollarse, ni se cubrieron sus plazas, se quedaron solo en el Boletín autonómico. Incluso, como viene sucediendo en Andalucía, muchas plazas asignadas han ido desapareciendo, y en los nuevos hospitales ya no se crean estas unidades. Así se refleja en una comunicación, presentada por Chamizo y cols., al XVII Congreso SENPE (mayo, 2001): “Datos comparativos de Unidades de Nutrición en Andalucía entre los años 1988 y 2001”. El análisis ofrece el resultado de un 36% de Unidades creadas que han desaparecido, junto a la de un 42% de las plazas de plantilla que les fueron asignadas; se abrieron 4 nuevos hospitales y a ninguno se les dotó de estas Unidades. Los autores concluyen que la tendencia –en este sentido– del Servicio Andaluz de Salud, es a la regresión. Esto concuerda con opinio -

nes expresadas por algunas autoridades sanitarias en el sentido de no crear unidades clínicas de gestión en base a una herramienta terapéutica.

B.2 Unidad de Nutrición Artificial “Fantasma”. Iniciativas personales.

B.2.1. Me refiero a las que existen de nombre pero en la realidad no existen oficialmente. Servicios que dan el nombre de Unidad a una sección o al trabajo de algún facultativo. Incluso hacen impresos a nombre de la “Unidad” y si son encuestados contestan que tienen Unidad de Nutrición o Unidad de Nutrición Artificial. Se les ha permitido y nada más.

B.2.2. Voluntarios expertos en NA. Ni siquiera utilizan el nombre de “Unidad”, pero trabajan por libre y a base de pura iniciativa personal. Incluso han asumido, a través de una confianza bien ganada, la responsabilidad de prescribir nutrición artificial cuando se les solicita, o practican –si así lo prefieren– el consejo terapéutico y la prescripción consensuada y a la vez docente. “Resuelven la papeleta”. Quizá, en el mejor de los casos, cuenten con el respaldo “oficioso” de su Jefe de Servicio y el conocimiento de la dirección médica. Sin abandonar sus obligaciones derivadas de la vinculación a su Servicio y especialidad, vienen desarrollando toda una labor extra de trabajo y formación. Allí donde existe Comisión de Nutrición Artificial suele ser uno de sus miembros.

En realidad, con autodenominación de “Unidad” o sin ella, tras esa actividad sí hay algún facultativo, entre ellos muchos farmacéuticos, con una especial dedicación a la nutrición artificial, y ejerciendo una labor importante. Estos facultativos son los candidatos a integrarse en los equipos que a continuación se proponen.

C) Equipos interdisciplinarios de nutrición artificial.

Creo sinceramente que ésta puede ser la solución para muchos hospitales, por lo que trataremos este punto con mayor extensión. Además parece justa y satisfac -

toria para muchos facultativos, incluidos los farmacéuticos, expertos en soporte nutricional.

El equipo interdisciplinar: un modelo posible

Como hemos podido ver, la tipología organizativa es muy variada. Sabemos que existe aún una mayoría de hospitales en que la solución organizada para la NC, y sobre todo de la NA, está pendiente.

Recientemente se ha alcanzado un consenso entre todas las disciplinas que intervienen en materia de nutrición clínica, a través de las distintas sociedades que engloban a los profesionales. Básicamente se trata de resolver el problema por medio de la creación de EQUIPOS interdisciplinarios para los que aquí se propone un modelo.

En este modelo continuaría existiendo la Comisión de Nutrición Artificial (CNA) con sus funciones, un Equipo de Soporte Nutricional con las suyas, y el conjunto de facultativos especialistas del centro, conservando las que le son propias.

Esquema de lo que podría ser el Equipo:

Dos o tres facultativos, expertos en nutrición clínica, con una dedicación a la misma que va más allá de sus obligaciones básicas como especialistas y como miembros de la CNA, darían cobertura facultativa a un equipo de nutrición artificial. Éste podría denominarse simplemente Equipo de Nutrición Parenteral y Enteral, en siglas “ENPE”. Mantendrían su vinculación al Servicio de su especialidad, pero quedando asignados con dedicación parcial, en mayor o menor grado a las tareas del ENPE. Podría hablarse de “doble vinculación”; es decir, que sus miembros –en cuanto componentes del equipo– y éste –como tal–, dependerían de la dirección facultativa. Por otra parte el pull de especialidades de procedencia, de

los facultativos integrantes del equipo, será variable según cada hospital. Así, mientras en uno puede haber un farmacéutico y un endocrinólogo, en otro habrá un intensivista, un cirujano y –tal vez– un digestólogo.

Lógicamente todo farmacéutico de hospital experto en soporte nutricional que se incorpore a un equipo, lo hará en plena igualdad de funciones con los otros facultativos en cuanto miembros del mismo; sin menoscabo de las funciones propias de la especialidad de cada uno de ellos. Insistimos en que todos los facultativos estarán en plano de igualdad en cuanto a las funciones de ENPE, todas ellas interdisciplinares; no así en cuanto a las multidisciplinarias o específicas de cada especialidad, que ejercen tanto los miembros del Equipo como los de la CNA o los restantes facultativos del hospital. No es necesario preocuparse a priori de decidir si ha de haber un coordinador, ni mucho menos definir al que deba serlo; cada equipo, como grupo humano que ya viene trabajando, tendrá quien de forma natural ejerce como tal.

ENPE no sería un equipo operativo si no contara con un enfermero con experiencia en administración de NP y NE, así como en los cuidados del paciente que de ello se deriva. Éste llevaría a cabo un trabajo de campo imprescindible para obtener buenos resultados; pensemos también en su participación para la valoración del estado nutricional de los pacientes al ingreso hospitalario. Igualmente habría que designar una persona y concretar su dedicación.

Una vez conformado el equipo se elaboraría la cartera de funciones básicas para una primera fase, así como las necesidades adicionales de tipo material, ubicación, etc.

Inicialmente podría ser bueno que contase con la infraestructura física de la Sección de Nutrición del Servicio de Farmacia, así como las aportaciones que hagan los otros miembros.

Así, ENPE viene a concretar unas funciones que exceden en la práctica de las propias de una comisión tan amplia –como puede ser la CNA– y con sólo nueve o diez reuniones al año; siendo así que en la realidad vienen siendo llevadas a cabo a

base de iniciativas personales, en la medida que ello les es posible, pero sin el respaldo y organización que obtendría con la creación oficial del Equipo.

Se trata de un Equipo dedicado a la mejora de la calidad asistencial y eficiencia terapéutica, mediante la aplicación de medidas consensuadas para el control y seguimiento de las buenas prácticas en NC. En algunos casos se co-responsabilizaría del paciente, en cuanto al tratamiento nutricional, sobre el que se le solicitará ayuda; pero éste sigue perteneciendo a todos los efectos a su Unidad o Servicio clínico. Por tanto ENPE no es una unidad clínica de gestión basada en una técnica o herramienta terapéutica, sino un equipo de consenso y apoyo a la nutrición clínica para mejorar su calidad y eficiencia.

Los facultativos del ENPE no asumirían la prescripción de NA o el manejo exclusivo de ésta, sino el asesoramiento a ella y el control de la misma. El objetivo es llevar las buenas prácticas en esta parcela terapéutica a la totalidad de los facultativos cuyos pacientes lo necesitan. No se funcionaría a modo de la clásica Hoja de Consulta. Ante una demanda de asesoramiento, o bien ante la detección de la conveniencia de intervenir, asumirán la responsabilidad de las recomendaciones efectuadas sobre el tratamiento nutricional, sea por escrito en la HªCª o por consenso verbal; procurando siempre que la prescripción que se decida, sea comprendida y asumida por el facultativo a que está asignado el paciente. De esta forma didáctica no necesitará consultar en veces sucesivas. Lo interdisciplinar se ha expandido hacia lo multidisciplinar.

Si los facultativos del Equipo asumieran la responsabilidad de prescripción y control de los pacientes en cuanto a NA, estaríamos hablando de otro modelo distinto a ENPE. Se parecería más en "filosofía" y necesidades al Servicio o Unidad Clínica de Gestión.

ENPE podría compatibilizarse con la existencia de una Unidad de Dietética (UD) al tener sus contenidos bien delimitados y haberse desarrollado independientemente; siendo así que bastantes expertos en NA no están tan interesados en la dietética y viceversa. No obstante, allí donde se estimara conveniente podrían sumarse personas, medios y responsabilidades para crear un Equipo de Nutrición

clínica y dietética o ENCYD. En cualquier caso la colaboración de ENPE y UD será positiva; pensemos en la valoración de ingestas de pacientes con mayor riesgo de desnutrición, regímenes mixtos de transición de NA a dieta oral, etc.

Sería deseable que allí donde hubiese dos o tres facultativos en condiciones de plantear el proyecto, lo hiciesen; facilitando un acuerdo de funcionamiento entre los interesados, que además cuente con la conformidad de sus Jefes de Servicio en forma de compromiso de liberación a tiempo parcial, así como con su aprobación por la CNA en sesión convocada con este asunto en el orden del día. De esta forma su paso por la Junta Facultativa será sólo un trámite previo a la constitución del Equipo por parte de la Dirección Facultativa y Gerencia.

La constitución de estos ENPEs es un proyecto integrador de aquellas personas realmente interesadas y expertas en NA, que ya trabajan en cada hospital aunque vinculados a diferentes Servicios, que sólo necesitan una liberación parcial de tiempo y una coordinación. Estoy convencido, con otros muchos compañeros, médicos y farmacéuticos interesados en la práctica de la NC, de que ésta puede ser la “solución” con mejor relación coste-beneficio, para el Hospital y los Sistemas Autonómicos de Salud, de abordar este asunto; así como la que evitaría enfrentamientos futuros por plazas y competencias basadas en planteamientos excluyentes y corporativistas ya superados.

Dr. Juan Luis Villalobos Gámez

Vocal de la Comisión de Nutrición Artificial de la SEFH
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga