

¿POR QUÉ UNO DE CADA DOS PACIENTES SIGUE DESNUTRIDO EN LOS HOSPITALES?*

Sergio Santana Porbén¹.

La pregunta que motiva este Editorial ha estado rondándome durante hace ya algún tiempo. He tratado de responderla de la manera más integral posible en varios artículos míos en diferentes revistas cubanas y latinoamericanas. En ellos, he propuesto que la pervivencia de la desnutrición hospitalaria (DH) es el resultado (incluso vectorial) de 3 fuerzas como la *Oportunidad* para implementar y conducir terapias nutricionales (TN), la *Disponibilidad* de insumos y recursos para hacerlo, y el *Conocimiento* para hacerlo de forma útil y segura (esto es: efectiva) para el paciente.

Si el modelo expuesto se sostuviera, entonces un mejor reconocimiento de las oportunidades mediante políticas hospitalarias de tamizaje nutricional, un aumento en la disponibilidad de los recursos mediante mayores asignaciones presupuestarias, y la elevación del conocimiento de los equipos de trabajo mediante programas orientados de educación y capacitación continuada hubieran resultado en un abatimiento de las cifras corrientes de la DH. Pero ello no parece estar funcionando. Luego, debo trascender los límites de este enfoque para traer a este análisis otros elementos que permitan explicar la invarianza de la DH como problema (global) de salud, y en el proceso, ofrecer y ensayar nuevas soluciones.

Lo primero que debo decir es que la DH refleja la extensión de un fenómeno similar que se origina en la comunidad. Las fuerzas demográficas y epidemiológicas que han moldeado el cuadro de salud de las poblaciones humanas en todo el mundo han resultado en un aumento del número de personas que rebasan los 60 años de edad: límite de edad marcado en todas partes para señalar el punto de partida del envejecimiento (si bien envejecemos desde el mismo momento en que nacemos). Con el envejecimiento vienen naturalmente las enfermedades orgánicas crónicas y los procesos neoproliferativos. Es sabido de todos que estas condiciones impactan negativamente el estado nutricional del sujeto, y el hospital entonces heredaría las precariedades nutricionales a ellas inherentes.

Pero el envejecimiento poblacional no explicaría el aumento observado en el número de personas con necesidades nutricionales a satisfacer en la comunidad. La obesidad, y los estilos de vida urbanos, son otras dos fuerzas epidemiológicas que han desatado el incremento exponencial en las enfermedades orgánicas no transmisibles (ECNT) como la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial (HTA), con las inmediatas repercusiones vasculares y orgánicas. Si sobre lo anterior se superpone el envejecimiento, entonces tendríamos una suma desmedida de

Disponible en: <https://felanpeweb.org/web/2020/08/17/por-que-uno-de-cada-dos-pacientes-sigue-desnutrido-en-los-hospitales/>.

* *Nota del Editor*: El texto del Editorial ha sido transcrito íntegramente de la fuente original. Se ha tratado en todo momento de preservar el estilo del autor.

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente.

Sergio Santana Porbén. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. Calle 15 esquina a 2. Vedado. La Habana.
Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu.

polimorbilidades residiendo en una sola persona, lo que se trasladaría forzosamente al deterioro nutricional.

Otras tensiones nutricionales se añadirían a las anteriores, y en tal sentido la OMS/OPS ya ha lanzado los paradigmas de la “doble carga de morbilidad nutricional” y el “hambre oculta” para alertar de la compleja situación nutricional que los equipos de salud enfrentan en todas partes.

Tampoco podemos dejar de lado el componente social cuando muchas personas detentan trabajos informales o de medio tiempo, y los presupuestos domésticos no permiten sostener una alimentación saludable. Como una primera consecuencia de esta exposición, debemos entonces prepararnos para asistir a una población cada vez más envejecida, más polimórbida, y más precarizada en lo nutricional. Las encuestas completadas en Cuba indican que la tercera parte de los enfermos ya ingresan desnutridos.

El otro elemento sobre el que quiero llamar la atención es la transformación que ha ocurrido en los hospitales como entes articuladores de tratamientos médicos y quirúrgicos. Ante las presiones demográficas y epidemiológicas antes señaladas, y de cara a costos crecientes de la atención médica y presupuestos disminuidos en medio de tensiones económicas y financieras (las que se han revelado con particular fuerza en ocasión de la Covid-19); el hospital se ha transformado notablemente en los últimos 50 años. El acortamiento de la estadía hospitalaria, y la compulsión por diseñar la mayor cuota posible de procedimientos que no conlleven internamiento, como métodos principales de contención de los costos, son la muestra más palpable de tales cambios. Y si sabemos que un kilogramo de masa magra que se pierde en 30 días solo se recupera al cabo de 3 meses de repleción nutricional (si nos atenemos al experimento de Minnesota) entonces comprenderemos de inmediato que el hospital ya no es más el lugar para ejecutar terapias nutricionales, al menos hasta ver el impacto de las mismas.

El tercer elemento que utilizaría para explicar la pervivencia de la DH sería la organización del trabajo asistencial al interior del hospital. El hospital se sigue rigiendo por la dinámica propuesta por Osler, y el médico (de todos los actores hospitalarios) solo es concebido para que pase visita en la mañana, ofrezca consultas durante la tarde, y haga guardias en la noche. Cualquier otra tarea por fuera de esta organización (no importa los beneficios reales que pueda aportar a la economía hospitalaria) tendría entonces que ser asumida en el tiempo libre del médico (como si tal cosa fuera posible). Para las administraciones hospitalarias, conceptos como “tiempo protegido” y “dedicación exclusiva” son meros pretextos para evadir las responsabilidades laborales que conllevan las obligaciones salariales. Esta circunstancia explicaría en parte el descenso en el número de grupos hospitalarios de apoyo nutricional, y el traslado del liderazgo de tales grupos hacia otros actores como las nutricionistas y las enfermeras.

Todavía citaría un cuarto elemento, y sería el poco interés de médicos y residentes en los temas de alimentación y nutrición. Iguales consideraciones se podrían hacer en el caso de farmacéuticos y enfermeras. Los médicos muestran hoy más interés en rehidratar, reanimar y resucitar antes que renutrir, y citan la complejidad de la actuación nutricional para mantenerse distante del tratamiento de la DH, como si un protocolo de ventilación mecánica controlada fuera en contraste una cosa simple y pedestre. Tal vez el punto podría hacerse a favor del médico que así opina si tuviera a su disposición un nutricionista que se ocupara de las TN. Pero este no parece ser el caso, por cuanto el único sitio que se le reserva al nutricionista en un hospital es la cocina.

Traería a colación un quinto elemento. La Nutrición clínica como especialidad médica es relativamente joven, y tal vez no ha madurado como cuerpo deontológico. Ello implicaría que los contenidos de Alimentación y Nutrición no han encontrado todavía espacio en los currículos de formación médica, no se gradúan especialistas en esta disciplina, y no se crean los espacios para el ejercicio de la especialidad en el área hospitalaria. Por lo tanto, no nos extrañemos cuando un

médico joven nos expresa que la Nutrición no le resulta de mucho interés, y cuando observamos la baja presencia de médicos en las actividades de educación que organizamos desde nuestras sociedades.

No pretendo agotar la lista, e invito a otros a aportar otros elementos que contribuyan a responder la pregunta inicial. Pero hagamos otro ejercicio. Aceptemos por un momento que este estado de cosas se nos ha dado así, y que los involucrados tienen todo el derecho del mundo de aceptarlo y no inmutarse en modificarlo. Si el caso fuera, entonces ¿cómo explicar qué la DH siga causando una cuota tan elevada de complicaciones y fracasos terapéuticos? ¿Por qué, si se quiere acortar la estadía hospitalaria, se hacen tantas acciones que al final la prolongan? ¿Por qué nos quejamos continuamente de los costos de las prestaciones hospitalarias, y no se reconoce que el tratamiento de las complicaciones quirúrgicas en un solo paciente previamente desnutrido puede consumir el presupuesto del hospital de un año? ¿Por qué no empoderamos a actores hospitalarios como la nutricionista, la enfermera, y el farmacéutico para que ejerzan nuevos encargos y contribuyan con sus conocimientos y experiencias a contener la DH, y a la vez, generar ahorros, éxitos, satisfacción y calidad? Y ello sin entrar en otras honduras legales, jurídicas y éticas.

Para mejor, la Felanpe encabeza una cruzada global para cambiar el presente estado de cosas. Las Declaraciones de Cancún (2008) y Cartagena (2019) han constituido un basamento legal, ideológico e incluso ético, a la vez que una plataforma para la intervención y la transformación. La acogida que ha tenido un curso virtual en Alimentación y Nutrición entre estudiantes de Medicina nos indica que a pesar de lo que se diga los médicos en formación tienen avidez por estos contenidos, y de seguro los aplicarán en su posterior práctica profesional. En varios países de América Latina han prosperado los programas de Nutrición artificial a Domicilio, incluso con el apoyo de entidades gubernamentales locales que han visto en ellos la oportunidad de brindar atención médica especializada a una fracción del costo. Igualmente, los proyectos de desarrollo de la Federación (entre los cuales destaco el dedicado a la implementación de la Declaración de Cartagena) están contribuyendo a una mejor apreciación de los reales beneficios que una TN oportuna y administrada correctamente por profesionales empoderados (otra forma no sería posible) puede traer para la salud y la vida del paciente y sus familiares, y para la economía de la salud.

Nos queda mucho por andar todavía. La dialéctica nos enseña que la sucesiva acumulación de pequeños cambios positivos conlleva a grandes impactos con el paso del tiempo. Y recordando un viejo proverbio chino: El camino más largo empieza con un primer paso que es el que se da ahora, en este momento.