

Asociación Ecuatoriana de Nutrición Parenteral y Enteral. Núcleo Guayas. Guayaquil. Ecuador

LA NUTRICIÓN Y LOS DERECHOS HUMANOS: UN GRAN RETO EN TODAS LAS ÉPOCAS

Dolores Rodríguez-Veintimilla¹, Sergio Santana-Porbén².

RESUMEN

Muchos años después de la publicación de dos trabajos seminales, la desnutrición afecta todavía a la mitad (y más) de las personas hospitalizadas y/o que sufren de enfermedades orgánicas crónicas. La invarianza de estas cifras debe motivar a los médicos, las sociedades profesionales, y los Gobiernos y Estados a que enfoquen la desnutrición hospitalaria (y por extensión, la desnutrición asociada a las enfermedades) de forma novedosa e integral. El 12 de Noviembre del 2003, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó la resolución ResAP(2003) sobre “La Alimentación y los cuidados nutricionales en los hospitales” que reconoce el acceso a alimentos saludables, seguros y variados como un derecho humano fundamental. Cinco años después, el 20 de Mayo del 2008, los Presidentes de las sociedades miembros de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (reconocida en todas partes como FELANPE) firmaron la Declaración de Cancún por “el derecho humano de los pacientes a recibir una terapia nutricional óptima y oportuna dondequiera que sean tratados” como el primer esfuerzo regional concertado de enfocar la desnutrición hospitalaria desde un punto de vista ético. El 3 de Mayo del 2019, la FELANPE avanzó la Declaración de Cartagena sobre “el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la desnutrición) tanto como una continuación como una extensión de la Declaración de Cancún. Siguiendo el camino trazado por las Declaraciones de Cancún y Cartagena, el 5 de Septiembre del 2022 se adoptó por las sociedades internacionales de Nutrición clínica reunidas en Viena (Austria) en ocasión del Congreso 2022 de la ESPEN (siglas que identifican a la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo) una declaración internacional sobre “el derecho humano al cuidado nutricional”. Al igual que sus predecesoras, la Declaración de Viena es un documento jurídicamente no vinculante que propone 5 principios que guiarán las acciones para promover y asegurar el acceso al cuidado nutricional. Estos principios, a su vez, se integran

¹ Médico. Máster en Nutrición en Salud Pública. Servicio de Alimentación y Nutrición Clínica. Instituto Nacional de Oncología SOLCA filial Guayaquil. Provincia Guayas. Ecuador.

ORCID: <http://doi:0000-0001-030-046>.

² Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente. Escuela de Medicina de La Habana. Cuba.

ORCID: <http://DOI:0000-0001-6557-9875>.

Recibido: 17 de Enero del 2023.

Aceptado: 11 de Febrero del 2023.

Dolores Rodríguez Veintimilla. ASENPE Asociación Ecuatoriana de Nutrición Parenteral y Enteral. Núcleo Guayas. Ecuador.

Correo electrónico: dra.rodriguezvasenpe@gmail.com.

dentro de un propósito global que compele a los equipos médicos a actuar de forma multi-, inter- y trans-disciplinaria hasta que los derechos de los pacientes se reconozcan, respeten y se observen en el terreno nutricional. *Rodríguez-Veintimilla D, Santana-Porbén S.* La nutrición y los derechos humanos: un gran reto en todas las épocas. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2023;33(1):10-22. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Palabras clave: *Nutrición / Desnutrición hospitalaria / Derechos humanos / Declaración de Cancún / Declaración de Cartagena / Declaración de Viena.*

INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos (DUDH) el 10 de Diciembre de 1948.¹ En la secuela de las dramáticas experiencias de la Segunda Guerra Mundial, saldada al precio de más de 50 millones de vidas, los líderes mundiales decidieron acompañar la Carta de las Naciones Unidas con una hoja de ruta para garantizar los derechos de toda persona en cualquier lugar. El documento colocado a la atención de los reunidos (y que eventualmente se convertiría en la letra de la DUDH) fue presentada por primera vez en la sesión inaugural de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1946.² El artículo 25 de la Declaración expresa: “Toda persona tiene derecho a un estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar propio y el de sus familiares, incluyendo la alimentación, la ropa, la vivienda y el cuidado médicos y los cuidados sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en el evento de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez o cualquier otra carencia en circunstancias más allá de su control”.

La desnutrición en los hospitales a través de las épocas

La desnutrición hospitalaria (DH) es ciertamente tan vieja como los propios hospitales, y los primeros registros de la misma aparecieron en la Edad Media. En un pasado no tan distante, la enfermera

Florence Nightingale se quejaba de que los soldados heridos en la guerra de Crimea de 1853 – 1856 se morían de hambre en medio de la abundancia de tantos alimentos.³ Sin embargo, fue Butterworth el que llamó la atención de todos en la era moderna sobre el problema de la DH con un artículo definitorio en 1974.⁴ El artículo de Butterworth anticipó la aparición de otras dos publicaciones devenidas igualmente en clásicos de la literatura médica debidas a la autoría de Bistran *et al.* (1974, 1976),⁵⁻⁶ quienes demostraron inobjetablemente que casi la mitad de los pacientes atendidos indistintamente en salas de Cirugía y Medicina padecían deficiencias nutricionales obvias.

Desde aquellas publicaciones seminales se ha acumulado un vasto cuerpo literario sobre el estado de la desnutrición en los hospitales de diferentes regiones geográficas. La literatura médica también abunda en propuestas para paliar este problema. Santana Porbén y Ferraresi (2009)⁷ revisaron los estimados de la DH acumulados en los EEUU, la Unión Europea, América Latina, Asia y África, solo para concluir que (como promedio) uno de cada dos pacientes estaba desnutrido. Por su parte, Correia *et al.* (2017)⁸ completaron una revisión sistemática de 66 artículos publicados entre Enero de 1995 y Septiembre del 2014 sobre el estado de la desnutrición asociada a la enfermedad en 12 países latinoamericanos. Independientemente de las herramientas aplicadas en la construcción de caso, y de la metodología de

trabajo seguida, lo cierto fue que la prevalencia de la desnutrición asociada a la enfermedad fue estimada en un 40 – 60 % en el momento del ingreso hospitalario.⁸ La desnutrición presente en el enfermo al ingreso se trasladó al incremento en la incidencia de complicaciones postquirúrgicas, infecciones nosocomiales, fracasos terapéuticos, la prolongación de la estadía hospitalaria, y el aumento de los costos de la atención médica.⁸

Muchos de los estudios publicados sobre la DH también señalan el incremento en la prevalencia de la desnutrición asociada a la enfermedad a medida que se prolonga la hospitalización del paciente,⁹⁻¹¹ como resultado de las prácticas asistenciales que Butterworth enunció en su ensayo.⁴ En tal sentido, Correia *et al.* (2021)¹² examinaron los resultados de los ejercicios “nutrition Day” (*nDay*) que se completaron en 582 servicios | salas de ingreso de los hospitales de 10 países latinoamericanos entre 2009 y 2015.¹² Como parte del ejercicio *nDay*, los servicios hospitalarios en todo el mundo son elegibles para participar en una auditoria de las prácticas nutricionales internas en un día especificado de un año. Se encontró una prevalencia del 39.6 % del riesgo de desnutrición entre los 14,515 pacientes encuestados.¹² Más del 50 % de los pacientes ingirieron la mitad (o menos) de las raciones de comidas servidas en el hospital, ingirieron menos alimentos que los prescritos en la semana previa al ejercicio *nDay* y/o experimentaron pérdida de peso en los 3 meses previos.¹² Las cantidades ingeridas de alimentos se asociaron con un riesgo mayor de mortalidad: respecto de aquellos que consumieron las raciones prescritas, el riesgo de mortalidad fue casi 4 veces mayor (*hazard-ratio*: 3.63; CI 95 %: 2.71 – 4.88; $p < 0.05$) en los que ingirieron solo la cuarta parte de las raciones; y casi 7 veces mayor en los que no ingirieron comida en lo absoluto (*hazard-ratio*: 6.6; CI 95 %: 5.02 – 8.70; $p < 0.05$).¹²

Cass & Charlton (2022)¹³ publicaron una revisión sistemática sobre los determinantes modificables del deterioro nutricional del paciente durante la hospitalización. La tasa estimada de desnutrición hospitalaria fue del 10 – 65 % entre 20,188 pacientes encuestados en diferentes países de todo el mundo.¹³ Las barreras más frecuentes para el inicio y la implementación de los programas hospitalarios de repleción nutricional en los pacientes necesitados fueron la interrupción de los momentos de alimentación, la insatisfacción con las comidas servidas, el ayuno “ordenado” con motivo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el efecto de la enfermedad y/o el tratamiento sobre la capacidad del enfermo de alimentarse sin ayuda de terceros, las dificultades para masticar, la falta de apetito, y la percepción de la desnutrición como un problema clínico de baja prioridad:¹³ barreras identificadas por Butterworth en su (ya clásico) ensayo. Los autores insistieron en la necesidad de un pesquisaje del riesgo nutricional que pueda presentarse en cada paciente que se ingrese como forma de iniciar tempranamente los programas de repleción nutricional adecuados.¹³

El pesquisaje del riesgo nutricional sería el primer paso de un proceso de atención nutricional que incluiría, además, la prescripción de una modalidad especificada de paliación | repleción nutricional, la reunión de los recursos necesarios para la implementación y conducción del esquema prescrito de apoyo nutricional, y la evaluación continua del impacto del mismo. Pero no parece que éste sea el caso. Santana Porbén (2006)¹⁴ ha documentado que en los pacientes hospitalizados pueden concurrir hasta 10 criterios diferentes para el inicio de una terapia nutricional especificada, pero solo se benefician de ella apenas la décima parte de los que la requieren.

Otros autores también han mencionado la brecha existente entre el riesgo nutricional presente en el enfermo y el acceso a las terapias nutricionales. Las causas de tal brecha pudieran ser varias, pero es probable que se originen en una cultura hospitalaria que privilegia (y recompensa) la reanimación, la rehidratación y la resucitación del paciente antes que la renutrición.¹⁵ Por otro lado, la renutrición consume un tiempo de hospitalización nada despreciable en un momento de presiones fiscales y económicas. La existencia y operación de esquemas de apoyo nutricional a domicilio (AND) han sido presentadas como una solución intermedia del problema de la renutrición del enfermo durante la convalecencia,¹⁶⁻¹⁷ pero en muchos casos son soluciones insuficientes y parciales.

El derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente. Las Declaraciones de Cancún, Cartagena y Viena

Siempre de acuerdo con Butterworth (1974, 1976),^{4,18} la existencia de aunque sea un solo enfermo desnutrido en un hospital implica una falla inaceptable de la responsabilidad de los equipos de salud y la gerencia institucional en proveer primero, y asegurar después, el cuidado asistencial que le corresponde en todo derecho al paciente, y que es consecuente con (y emana de) el papel intrínseco del hospital como santuario.¹⁹ Con esto dicho, emerge la

* Se ha de hacer notar que el juramento hipocrático provee una base éticamente vinculante para el ejercicio de la profesión por el médico que se inicia en condición de tal. Para más detalles: Consulte: *Sioutis S, Reppas L, Bekos A, Limneos P, Saranteas T, Mavrogenis AF*. The Hippocratic Oath: Analysis and contemporary meaning. *Orthopedics* 2021;44:264-72. Por otro lado, el hospital siempre se ha tenido como un santuario donde lo primero es atender al enfermo, curar sus males y brindar confort en cualquier circunstancia. Para más detalles: Consulte: Referencia [19].

noción de que el cuidado nutricional, incluyendo la provisión de terapias nutricionales, se debe constituir en un derecho humano inalienable e indiviso de toda persona en situación de vulnerabilidad y precariedad.²⁰ La resolución ResAP(2003) del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre “La alimentación y el cuidado nutricional en hospitales”,²¹ adoptada el 12 de Noviembre del 2003, y que reconoce el acceso a alimentos saludables, seguros y variados como un derecho humano fundamental, fue uno de los primeros esfuerzos gubernamentales concertados de acuerdo con la realización del cuidado nutricional como un nuevo (y emergente) derecho humano.

En la América Latina el reconocimiento de la desnutrición hospitalaria ha sido siempre un interés primordial de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (reconocida en todas partes como FELANPE). De resultados de un estudio multinacional, multicéntrico completado en el trienio 1999 – 2001, se concluyó que la desnutrición estaba presente en la mitad de más de 9,000 pacientes encuestados en los hospitales de 11 países de la región.²²

El tamaño encontrado del problema de la desnutrición hospitalaria, y la constatación de la brecha entre los enfermos desnutridos | en riesgo de estarlo, por un lado, y las terapias nutricionales disponibles, por el otro; impulsaron a las sociedades integradas dentro de la membresía de la FELANPE a la adopción de las acciones conjuntas que resultaran en el mejor cuidado nutricional posible del enfermo y sus familiares.

El 20 de Mayo del 2008, coincidentemente 5 años después de la aprobación de la ResAP(2003), y como parte de las actividades del XI Congreso FELANPE celebrado en la ciudad de Cancún (Estado de Quintana Roo, México), los Presidentes de las sociedades y asociaciones

reunidas firmaron la Declaración de Cancún sobre “El derecho humano de los pacientes a recibir una terapia nutricional óptima y oportuna dondequiera que sean asistidos y tratados.”²³ Los Presidentes declararon: “Es nuestro común deseo y compromiso garantizar que todos los pacientes sean evaluados nutricionalmente al ingreso en los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel de los sectores públicos, privados y de asistencia social, en todo el mundo y en especial en América Latina, y que reciban un cuidado nutricional oportuno, completo, suficiente y de calidad que sea suministrado por profesionales de la salud debidamente entrenados, y que evite el riesgo de la desnutrición hospitalaria y reduzca el número y la gravedad de las complicaciones relacionados con el proceso de la enfermedad que llevó al paciente a la hospitalización, además de mejorar su calidad de vida y su supervivencia y reducir los costos relacionados con el tratamiento de la enfermedad en estos hospitales. [Un cuidado nutricional óptimo debe ser suministrado] También a los pacientes con excesos y/o desbalances en sus dietas o debido a alteraciones en su metabolismo que sufren de exceso de peso o son obesos, en vista de que [la obesidad] se considera actualmente como una verdadera epidemia que afecta a toda la población, incrementa las complicaciones médicas, aumenta los ingresos y las complicaciones hospitalarias, la estadía hospitalaria y requiere tanta atención como el desnutrido”.²³

La invarianza de la DH en la región (como reveló el estudio ENHOLA),²⁴ y la relectura crítica de la letra de la Declaración de Cancún,²⁵ condujeron necesariamente a la redacción de una nueva declaración. Tal proyecto se inició durante la Presidencia FELANPE *pro tempore* (2017 – 2018) del Dr. Humberto Arenas Márquez, y culminó el 3 de Mayo del 2019 en la ciudad de Cartagena, Colombia, como parte del 33 Congreso Colombiano y IV de la Región

Andina de FELANPE sobre Metabolismo y Nutrición Clínica, con la Dra. Dolores Rodríguez-Veintimilla ocupando la Presidencia FELANPE *pro tempore* (2019 – 2021).[†] En esta ocasión, los Dres. Charles Bermúdez y Diana Cárdenas, miembros de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC), lideraron el consenso y la redacción de la nueva declaración. La letra de la declaración fue presentada a los Presidentes de las asociaciones, sociedades y colegio de la FELANPE como la “Declaración de Cartagena: Declaración Internacional sobre el Derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la desnutrición” durante una asamblea convocada extraordinariamente para este fin.²⁶

La Declaración de Cartagena provee un marco coherente de 13 principios que puede servir de guía para las sociedades, asociaciones y colegio afiliados a la FELANPE en el desarrollo de planes de acción. Además, la Declaración de Cartagena puede servir como un instrumento para promover, mediante acciones concertadas con los gobiernos nacionales, la formulación de políticas y regulaciones en el terreno de la Nutrición clínica. El alcance general de los principios propuestos por la Declaración de Cartagena debe contribuir a incrementar la conciencia sobre la magnitud del problema de la desnutrición hospitalaria y establecer redes de cooperación entre los países latinoamericanos. Aunque la Declaración de Cartagena no tiene un carácter legal vinculante, posee no obstante

[†] La pervivencia del problema de la desnutrición hospitalaria ha llevado a muchos a preguntarse si la salud y los derechos humanos están relacionados entre sí, y en caso de respuesta afirmativa, cuál sería la naturaleza de dicha relación. Para más detalles: Consulte: Referencia [20]. Para los autores del presente ensayo, entre ambas categorías existe una relación bidireccional: la salud es un derecho humano, mientras que los derechos humanos constituyen temas de salud pública por cuanto son necesarios en el aseguramiento de la mayor cuota de salud posible de personas, comunidades y países.

una fuerza moral innegable y puede proveer una guía práctica a los Estados concernientes[‡].

El 5 de Septiembre del 2022, 14 años después de la firma de la Declaración de Cancún, y 3 años tras la adopción de la Declaración de Cartagena, la Declaración Internacional sobre el Derecho Humano al Cuidado Nutricional fue anunciada en la ciudad de Viena (Austria) durante el 44 Congreso ESPEN.²⁷ La Declaración de Viena (también un documento no legalmente vinculante) ha establecido una visión compartida, junto con 5 principios para la implementación de acciones que promuevan el acceso al cuidado nutricional, a saber: el logro del derecho al cuidado nutricional, la educación y la investigación en Nutrición clínica, los valores y principios éticos, la cultura institucional, y el empoderamiento del paciente. Estos 5 principios serían, a su vez, parte de un objetivo global por el que se compulse a los equipos de salud a trabajar unidos y de forma multi-, inter-, y transdisciplinaria hasta que se reconozcan, se respeten y se observen los derechos del paciente en el terreno nutricional.

Los programas requeridos para la implementación de los principios contenidos en la Declaración de Viena serán redactados de acuerdo con las normas vigentes internacionalmente como las empleadas en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, la Declaración de

[‡] Los activistas de los derechos humanos y los promotores de los cuidados nutricionales comparten los mismos intereses en cuanto a la inviolabilidad de la dignidad de la vida humana y la individualidad del ser humano, por un lado; y el papel de la actuación pública en favor de una vida digna, activa y plena para todos los seres humanos. Sin embargo, los fines para lograr tales propósitos serían diferentes. Los activistas de los derechos humanos promueven la adopción de obligaciones estatales en la salvaguarda e implementación de los derechos humanos, mientras que la comunidad de nutricionistas avanza compromisos y consensos en lo que se refiere a políticas de alimentación y nutrición.

Roma emitida a la conclusión de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, y el Plan de Trabajo para la Década de Acción en Nutrición 2016 – 2025. Se ha de mencionar que se ha constituido un Grupo internacional de Trabajo para el Derecho del Paciente al Cuidado nutricional que ya ha adelantado un llamado global a la acción contra la desnutrición asociada a la enfermedad, y que conducirá sus acciones en el terreno de la Nutrición clínica mediante un enfoque basado en los derechos humanos.²⁸

Retos en la implementación del derecho al cuidado nutricional

Una cosa es la consensuación y aprobación de una declaración sobre el derecho del paciente a un cuidado nutricional óptimo, adecuado y oportuno, y otra cosa enteramente distinta es la implementación de los principios contenidos en la declaración aprobada, y la adherencia de los equipos de trabajo a los mismos. Para que la letra y el espíritu de la declaración aprobada sea asimilada dentro de la cultura institucional, se ha de redactar el consiguiente plan de acción con objetivos claros, plazos de tiempo razonables, e indicadores veraces de cumplimiento. Los gestores y administradores del plan de acción podrán así evaluar los esfuerzos de los equipos de trabajo (y dar fe ante terceras partes del logro de los propósitos asentados en la declaración) mediante la contrastación de los resultados de la actividad del equipo respecto de los indicadores avanzados. El estado corriente de satisfacción de los indicadores servirá entonces de estímulo para la revisión del plan de acción y la adopción de las correcciones que se requieran.

En la literatura especializada se relacionan indicadores para la calificación de los procesos de provisión de cuidados nutricionales que pudieran incluirse dentro

de los planes propuestos de acción. Santana Porbén (2007, 2009)^{14,29} ha avanzado indicadores para evaluar las distintas etapas del proceso de actuación nutricional tales como los ejercicios de evaluación nutricional, la correcta prescripción dietoterapéutica, la suplementación vitamino-mineral (SVM) y la suplementación nutricional oral (SNO), y la prescripción y el uso de terapias nutricionales como la nutrición enteral asistida (por sonda | ostomía) y la nutrición parenteral (periférica | central, completa | suplementaria). Por su parte, Moick, Hiesmayr & Simon (2020)³⁰ identificaron indicadores de calidad de los cuidados nutricionales que se administran en hospitales y hogares de ancianos mediante una revisión sistemática de la literatura especializada, y los distribuyeron de acuerdo con el tipo, los actores involucrados en el proceso descrito mediante el indicador en cuestión, y el propósito del cuidado nutricional. La composición de las comidas y las frecuencias de servido (12 %), la adherencia al tratamiento (12 %), el pesquaje nutricional (7 %), la evaluación nutricional (7 %), y el seguimiento de los esquemas de repleción nutricional (7 %) fueron los citados con más frecuencia; mientras que los cuidados centrados en el paciente (33 %), la oportunidad (30 %), la validez (30 %), y la factibilidad (30 %) fueron las dimensiones de los procesos más mencionadas.³⁰ Un número mayor de indicadores de calidad implementados denotó un interés superior de la institución sanitaria en el mejor cuidado nutricional del paciente.³⁰

El papel de los grupos interdisciplinarios en la implementación del derecho del paciente al cuidado nutricional

El cúmulo de tareas a realizar en aras de implementar los principios contemplados en la Declaración de Cartagena (y por

extensión, cualquier otra que se promulgue con similar propósito) rebasa los esfuerzos y capacidades de los equipos de salud que actúan en las instituciones sanitarias. Por tal razón, la implementación de la Declaración de Cartagena implicaría (y justificaría) la constitución de grupos multidisciplinarios de profesionales de la Nutrición clínica y hospitalaria que, además, trabajen con espíritu inter- y transdisciplinario en el diseño y conducción de los programas requeridos para intervenir el estado de cosas existentes en la institución que impide al paciente el acceso a los cuidados alimentarios y nutricionales incluidas las terapias nutricionales.³¹ Tales grupos también suministrarían evidencias a terceras partes sobre la satisfacción de los objetivos propuestos, y las medidas correctivas que se adopten ante incidencias y desviaciones que constaten durante la gestión de los programas de intervención.³¹

Los grupos hospitalarios de apoyo nutricional (GAN) sostienen una larga historia desde la inceptión de los mismos en los albores de la nutrición parenteral^{§ 32-33}. Hoy los intereses y las esferas de influencia del GAN hospitalario se han diversificado para asumir la prestación de otras terapias como la nutrición enteral asistida y la SNO, y la extensión de tales terapias hacia el hogar del paciente. En una nueva reencarnación, el GAN hospitalario deberá evolucionar hacia un Servicio de Nutrición Clínica de nuevo tipo, deslocalizado, para asumir todo el *continuum* de las terapias nutricionales desde el primer encuentro del paciente con el equipo básico de trabajo hasta la

[§] En su momento se hablaba de “hiperalimentación parenteral” para referirse al suministro de cantidades “masivas” de energía al paciente en el convencimiento de que era la mejor estrategia de afrontamiento del hipermetabolismo presente en el enfermo. Para más detalles: Consulte: **Flack HL, Gans JA, Serlick SE, Dudrick SJ**. The current status of parenteral hyperalimentation. *Am J Hosp Pharm* 1971;28:326-35.

recuperación nutricional durante la convalecencia en el hogar.³⁴

Para muchos, los grupos interdisciplinarios de profesionales serán llamados con mayor frecuencia para resolver tareas complejas mediante soluciones nuevas y radicales. En consecuencia, hoy se explora activamente el papel de los alineamientos profesionales^{**} y el lugar del liderazgo en el aseguramiento del desempeño efectivo de los equipos multidisciplinarios en la consecución del derecho del paciente a un cuidado nutricional óptimo y oportuno.³⁵

CONCLUSIONES

Se ha recorrido un largo camino desde la aprobación de la ResAP(2003) hasta la firma de la Declaración de Viena y la constitución del Grupo Internacional de Trabajo para el Derecho del Paciente al Cuidado nutricional. Hoy ha ganado terreno la visión del derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente.³⁶ No obstante, falta aún mucho por hacer. Para la plena realización de este noble derecho, se debe alcanzar la unidad entre todas las organizaciones y sociedades que en el mundo se dedican a la promoción de los derechos del paciente, a fin de que quede asentado en políticas públicas, y que ningún paciente sea preterido en el derecho a un diagnóstico nutricional adecuado y un oportuno y efectivo cuidado nutricional.

EPÍLOGO

La COVID-19: desnutrición, cuidados nutricionales y salud pública

El mundo fue afectado sobremanera por la pandemia de la Covid-19 en el año

^{**} Del inglés “faultlines”. Término empleado en Psicología para denotar los alineamientos de intereses y esfuerzos entre los miembros de un grupo interprofesional.

2020.³⁷ Las instituciones sanitarias se vieron inundadas en el mundo entero por sucesivas oleadas de enfermos mostrando todas las complicaciones posibles tras el contagio e infección por el nuevo coronavirus SARS-Cov-2. Las consecuencias de la pandemia de la Covid-19 fueron inmediatas en varios niveles. Las instituciones sanitarias y los equipos básicos de trabajo tuvieron que reinventar sobre la marcha la administración en número récord de las técnicas de reanimación, rehidratación y resucitación (el apoyo ventilatorio, la circulación extracorpórea, y la ultrafiltración y la diálisis entre ellas), muchas veces con el paciente adoptando la posición prona. Se reconoció, además, que los ancianos, los aquejados de enfermedades orgánicas crónicas (como la enfermedad renal crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), y los que padecían enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial, eran los más vulnerables al contagio con el nuevo coronavirus, y los que incurrían en un riesgo mayor de complicaciones (la muerte incluida). Fue inmediato que el enfrentamiento exitoso del paciente a la infección viral demandaba de un sistema inmune funcionante y efectivo, y ello solo era posible con un estado nutricional preservado. Muchos de los pacientes infectados se encontraban desnutridos e inmunodeprimidos por propia definición de la avanzada edad y las comorbilidades crónicas concurrentes. Por otro lado, la obesidad corporal y la obesidad abdominal eran igualmente deletéreas para la capacidad del enfermo de enfrentar la enfermedad. Así, se comprendió que el estado nutricional del paciente ayudaba a cerrar una referencia circular de malnutrición, inmunodepresión, falla orgánica, y claudicación de los mecanismos homeostáticos.

En otro nivel, la pandemia de la Covid-19 colocó a millones en todo el mundo en situaciones aumentadas de

inseguridad y vulnerabilidad nutricionales.³⁸ Las personas afectadas por el hambre alcanzaron la cifra de 828 millones en el año 2021: un incremento de cerca de 46 millones desde el último reporte sobre seguridad alimentaria emitido por la FAO en 2020.³⁹

En un tercer nivel, la Covid-19 replanteó los paradigmas de la oportunidad de la terapia nutricional como estrategia de soporte del estado nutricional del enfermo y la contención de las complicaciones derivadas de la infección viral. La implementación de un esquema de apoyo nutricional dentro de las 48 horas siguientes a la admisión del enfermo en la unidad hospitalaria de cuidados críticos fue seguida de una mayor supervivencia.⁴⁰⁻⁴¹ Sin embargo, la efectividad de las terapias nutricionales pudiera depender de las cantidades administradas del nutriente, la patencia de las vías de acceso, y las complicaciones de todo tipo que el paciente puede experimentar durante la conducción de las terapias de apoyo nutricional.

Por último, y en un insospechado desarrollo, la pandemia de la Covid-19 trajo un interés renovado en la inmunonutrición como estrategia de intervención para mejorar la respuesta inmune del sujeto al nuevo coronavirus, sobre todo después de los fracasos observados con varios (y muy publicitados) megaensayos clínicos.⁴²⁻⁴³ Varios expertos rescataron el posible papel de inmunonutrientes como las vitaminas con potencial antioxidante (la vitamina C entre ellas), oligoelementos y elementos traza como el selenio y el zinc, los ácidos grasos poliinsaturados de la familia ω 3, y los aminoácidos condicionalmente esenciales como la glutamina y la arginina en las distintas etapas de la respuesta inmune tras la infección viral, y la preservación de la inmunidad natural. Se espera que en los próximos años aparezcan en la literatura especializada los reportes sobre el impacto del uso de inmunonutrientes en la prevención de las complicaciones de la

Covid-19 y el logro de una mayor supervivencia.⁴⁴

Todos los aspectos expuestos en los párrafos precedentes plantean con más fuerza la necesidad de que la provisión de los cuidados nutricionales en el ámbito hospitalario sea asumida como el derecho humano inalienable que es, aún en situaciones de contingencia como las presentadas por la Covid-19, y que el enfermo acceda a terapias nutricionales especializadas de las que se perciba que pueda beneficiar, más allá de los resultados de ensayos clínicos y otros esfuerzos multicéntricos del pasado reciente.

SUMMARY

Many years after the publishing of two seminal works, malnutrition still affects 50 % (and more) of people hospitalized and/or those suffering from chronic organic diseases. The invariance of these figures should prompt physicians, professional societies and government bodies to approach hospital malnutrition (and by extension disease-associated disease) in a new and comprehensive manner. On November 12th, 2003, the Committee of Ministers of the Council of Europe Resolution passed the ResAP(2003) on "Food and Nutritional Care in Hospitals" recognizing access to varied, safe and healthy foods as a fundamental human right. Five years later, on May 20th, 2008, the Presidents of the societies members of the Latin American Federation of Nutritional Therapy, Clinical Nutrition and Metabolism (recognized everywhere as FELANPE) signed the Cancun Declaration for "the human right of patients to receive a timely and optimal nutritional therapy wherever they are assisted" as the first concerted regional effort to address hospital malnutrition from an ethical point of view. On May 3th, 2019, FELANPE advanced the Cartagena Declaration on "the right to nutritional care and the fight against malnutrition" as both continuation and extension of the Cancun Declaration. Following the Cancun and Cartagena Declarations, on September 5th, 2022, an international

declaration on “the human right to nutritional care” was adopted by international clinical nutrition societies during the ESPEN congress 2022 in Vienna. As its predecessors, the Vienna Declaration is a non-legally binding document fostering five principles that would guide actions for promoting the access to nutritional care. These five principles, in turn, are part of a global goal prompting the health teams to act in a multidisciplinary, interdisciplinary, transdisciplinary and complementary way until the rights of the patients in the nutritional field are recognized, respected and enforced. Rodríguez Veintimilla D, Santana Porbén S. Nutrition and human rights: a great challenge through the years. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2023;33(1):10-22. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Nutrition / Hospital malnutrition / Human rights / Cancún Declaration / Cartagena Declaration / Vienna Declaration.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217. 10 de Diciembre de 1948. Disponible en: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Fecha de última visita: 13 de Octubre del 2022.
2. Fábrega O. Derechos humanos: la historia de una Declaración Universal. Clío Rev Hist 2020;230:50-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7754983>. Fecha de última visita: 13 de Octubre del 2022.
3. Richards LEH. Florence Nightingale, the Angel of the Crimea: A story for young people. David Appleton Printing House. London: 1909.
4. Butterworth Jr CE. The skeleton in the hospital closet. Nutrition Today 1974;9(2):4-8. Reimpreso en: Nutrición Hospitalaria [España] 2005;20:297-307.
5. Bistran BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. JAMA 1974;230:858-60.
6. Bistran BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. JAMA 1976;235:1567-70.
7. Santana Porbén S, Ferraresi E. La epidemiología de la desnutrición hospitalaria. Publicación RNC sobre Nutrición Clínica 2009;18:101-17.
8. Correia MI, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clin Nutr 2017;36(4):958-67. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2016.06.025>. Fecha de última visita: 13 de Octubre del 2022.
9. Garcés García-Espinosa L, Santana Porbén S. La desnutrición hospitalaria: La pieza perdida dentro del rompecabezas de la seguridad hospitalaria. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2019;29:410-23.
10. Santana-Porbén S. Sobre el impacto económico de la desnutrición hospitalaria, y por qué no forma parte de la ecuación de los costos de salud. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2022; 31(2):497-512. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1252>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
11. Souza TT, Sturion CJ, Faintuch J. Is the skeleton still in the hospital closet? A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects. Clin Nutr 2015;34(6):1088-92. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2015.02.008>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
12. Correia MI, Sulo S, Brunton C, Sulz I, Rodriguez D, Gomez G; *et al.* Prevalence of malnutrition risk and its association with mortality: nutritionDay

- Latin America survey results. *Clin Nutr* 2021;40(9):5114-21. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2021.07.023>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
13. Cass AR, Charlton KE. Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence. *J Human Nutr Diet* 2022;35(6):1043-58. Disponible en: <http://doi:10.1111/jhn.13009>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 14. Santana Porbén S. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients- Results from the ELAN-Cuba Study. *Clin Nutr* 2006;25:1015-29.
 15. Dawson M., Blancato B. To advance health equity, measure hospital malnutrition care [Forefront]. *Health Affairs* 2021 <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20210930.667648/full>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 16. Costello MC, Todd-Magel C. Bridging the gap: Hospital to home nutrition support. *Medsurg Nursing* 1997;6:328-38.
 17. Kaegi-Braun N, Kilchoer F, Dragusha S, Gressies C, Faessli M, Gomes F; *et al.* Nutritional support after hospital discharge improves long-term mortality in malnourished adult medical patients: Systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr [Edinburgh: Scotland]* 2022; 41:2431-41. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2022.09.011>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 18. Butterworth CE: Malnutrition in the hospital [Editorial] *JAMA* 1974;230:879.
 19. Saadi A, McKee M. Hospitals as places of sanctuary. *BMJ [Clinical Research edition]* 2018;361:k2178. Disponible en: <http://doi:10.1136/bmj.k2178>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 20. Cárdenas D, Correia MI, Ochoa JB, Hardy G, Rodríguez-Ventimilla D, Bermúdez CE; *et al.* Clinical nutrition and human rights. An international position paper. *Nutr Clin Pract* 2021;36(3):534-44. Disponible en: <http://doi:10.1002/ncp.10667>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 21. Council of Europe Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003) on food and nutritional care in hospitals. Brussels: 2003. Disponible en: https://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/11.resolution/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 22. Correia MIT, Campos ACL; for the ELAN Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003;19:823-5.
 23. Castillo Pineda JC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Díaz Reynoso JR, Spolidoro Noroña J, Matos A; *et al.* Declaración de Cancún: Declaración Internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008;23(5):413-7. Reimpresa en: *Rev Nutrición Clínica Metabolismo.* 2018;1(2):64-9. Disponible en: <http://doi:10.35454/rncm.v1n2.047>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
 24. Castillo Pineda JC, Gómez García A, Velasco N, Díaz-Pizarro Graf JI, Matos Adámes A, Miján de la Torre A. Valoración nutricional en pacientes hospitalizados en hospitales latinoamericanos: Asociación con factores pronóstico: El Estudio ENHOLA. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2016;33:655-62.
 25. Castillo Pineda JC. Reflexiones acerca de la Declaración de Cancún. 2008-2018.

- Rev Nutrición Clínica Metabolismo. 2018;1(2):55-8. Disponible en: <http://doi:10.35454/rncm.v1n2.045>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
26. Cárdenas D, Bermúdez CE, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L; *et al.* Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. Nutrición Hospitalaria [España] 2019;32(1):974-80. Disponible en: <http://doi:10.20960/nh.02701>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
27. Cardenas D, Correia MI, Hardy G, Gramlich L, Cederholm T, Van Ginkel-Res A; *et al.* The International Declaration on the human right to nutritional care: A global commitment to recognize nutritional care as a human right. Clin Nutr 2023;42(6):909-18. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2023.04.009>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
28. Cardenas D. De Cartagena a Viena: Una proyección global de los Derechos Humanos en Nutrición clínica. Rev Nutrición Clínica Metabolismo 2022;5(4):4-7. Disponible en: <http://doi:10.35454/rncm.v5n4.461>. Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
29. Santana Porbén S, para el Grupo de Estudio de la Desnutrición hospitalaria en Cuba. Estado de la prescripción dietética en los hospitales cubanos ¿A cada quién según sus necesidades? Publicación RNC sobre Nutrición Clínica 2009;18:69-8
30. Moick S, Simon J, Hiesmayr M. Nutrition care quality indicators in hospitals and nursing homes: A systematic literature review and critical appraisal of current evidence. Clin Nutr 2020;39(6):1667-80. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2019.07.025>.
- Fecha de última visita: 14 de Octubre del 2022.
31. Yinusa G, Scammell J, Murphy J, Ford G, Baron S. Multidisciplinary provision of food and nutritional care to hospitalized adult in-patients: A scoping review. J Multidisciplinary Healthcare 2021;459-91.
32. Hamaoui E. Assessing the nutrition support team. JPEN J Parenter Enteral Nutr 1987;11:412-21.
33. Barrocas A, Schwartz DB, Bistrrian BR, Guenter P, Mueller C, Chernoff R, Hasse JM. Nutrition support teams: Institution, evolution, and innovation. Nutr Clin Pract 2023;38:10-26.
34. Santana Porbén S. Las nuevas dimensiones del Servicio de Nutrición Clínica. Rev Cubana Aliment Nutr 2011;21(2 Supl):S91-S94.
35. Sheffer Hilel G, Drach-Zahavy A, Endevelt R. The paradoxical effects of professional stereotypes on the quality of care by interprofessional teams: The contingent effects of team faultlines, team stereotypes, and championship behaviors. Front Psychol 2023;14:1135071. Disponible en: <http://doi:10.3389/fpsyg.2023.1135071>. Fecha de última visita: 15 de Octubre del 2022.
36. Rodríguez Veintimilla D, Rodríguez LMN, Frías-Toral E, Santana Porbén S. Las Declaraciones de Cancún y Cartagena. Esfuerzos en la afirmación del derecho del paciente a un cuidado nutricional oportuno y adecuado. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2021;31(1):5-15. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1342>. Fecha de última visita: 15 de Octubre del 2022.
37. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed 2020;91(1):157-60. Disponible en: <http://doi:10.23750/abm.v91i1.9397>.

- Fecha de última visita: 17 de Octubre del 2022.
38. Mullen A. The cost of zero hunger. *Nature Food* 2021;2(10):753. Disponible en: <http://doi:10.1038/s43016-021-00395-6>. Fecha de última visita: 15 de Octubre del 2022.
39. FAO/UNICEF. The state of food security and nutrition in the world 2021. Rome: 2021. Disponible en: <https://policycommons.net/artifacts/1850109/the-state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world-2021/2596732/>. Fecha de última visita: 15 de Octubre del 2022.
40. Taylor BR, Grant S, McCoy M, Hart T. Effect of early nutrition support on length of stay, mortality, and extubation in patients with COVID-19. *Nutr Clin Pract* 2022;37:852-60.
41. López-Gómez JJ, Lastra-González P, Gómez-Hoyos E, Ortolá-Buigues A, Jiménez-Sahagún R, Cuadrado-Clemente L; *et al.* Evolution of nutrition support in patients with COVID-19 disease admitted in the Intensive Care Unit. *Endocrinología Diabetes Nutrición [English edition]* 2022;69:802-9.
42. dos Santos Ferreira R, Dos Santos C, Mendonça LABM, Carvalho CME, Franco OL. Immunonutrition effects on coping with COVID-19. *Food Function* 2021;12:7637-50.
43. Scarcella M, Scarpellini E, Piergallini S, Rinninella E, Routhiaux K, Rasetti C; *et al.* Effect of immuno-nutrition on malnutrition, inflammatory response and clinical course of semi-critically ill COVID-19 patients: A pilot perspective study. *Nutrients* 2023;15(5):1250. Disponible en: <http://doi:10.3390/nu15051250>. Fecha de última visita: 5 de Enero del 2023.
44. Barazzoni R, Breda J, Cuerda C, Schneider S, Deutz NE, Wickramasinghe K; *et al.* Covid-19: Lessons on malnutrition, nutritional care and public health from the ESPEN-WHO Europe call for papers. *Clin Nutr* 2022;41(12): 2858-68. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.clnu.2022.07.033>. Fecha de última visita: 20 de Octubre del 2022.