

Hospital Clínico quirúrgico “Julio Trigo”. La Habana.

ESTADO DE LA DESNUTRICIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO “JULIO TRIGO LÓPEZ” DE LA HABANA

Emilio Zayas Somoza^{1§}.

INTRODUCCIÓN

El Estudio ELAN Cubano de Desnutrición Hospitalaria devolvió una tasa de desnutrición del 38.2% en el Hospital Clínico quirúrgico “Julio Trigo López” (La Habana, Cuba) cuando se completó en el año 2001 [Resultados inéditos]. La encuesta epidemiológica en aquella ocasión solo abarcó 38 pacientes atendidos todos en las salas no quirúrgicas de la institución. Esta circunstancia pudiera haber introducido sesgos apreciables en el estimado de la prevalencia de la desnutrición hospitalaria, máxime cuando la institución atiende a un vasto sector demográfico domiciliado en el suroeste de la ciudad de La Habana, y se distingue por una intensa actividad quirúrgica.

El lanzamiento de la convocatoria a la segunda edición del Estudio Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria ha sido la ocasión propicia para una reedición de la primera encuesta epidemiológica realizada en el 2001 en el centro, y ofrecer así un cuadro más fidedigno del fenómeno único que representa la desnutrición hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de la unidad de investigación: El Hospital Clínico quirúrgico “Julio Trigo López”, sito en el municipio Arroyo Naranjo, de la ciudad de La Habana, es una institución de subordinación provincial integrada dentro del nivel secundario de atención de salud que ofrece servicios asistenciales a la población radicada en el municipio Arroyo Naranjo de la ciudad, así como los domiciliados en la provincia Mayabeque, de reciente creación. El hospital ofrece 335 camas de ingreso distribuidas entre los servicios clínicos y quirúrgicos (excepción hecha de las especialidades de Neurocirugía y Caumatología) y las unidades de atención al grave.

En una nota histórica, el hospital ocupa las instalaciones de lo que fue en su momento el Sanatorio “La Esperanza”, construido para atender a los pacientes diagnosticados de tuberculosis en el país.

Diseño del estudio: Para esta nueva encuesta epidemiológica se seleccionaron 81 pacientes. La encuesta se completó entre los meses de Marzo del 2012 y Septiembre del 2012 (ambos inclusive). A cada uno de los pacientes seleccionados se le administró la Encuesta Subjetiva Global (ESG) del estado nutricional. La desnutrición se estableció ante puntajes B | C de la ESG.¹

¹ Médico. Especialista de Segundo grado en Geriatria. Especialista de Primer grado en Terapia Intensiva y Medicina crítica. Investigador Auxiliar de la Academia de Ciencias de Cuba. Máster en Ciencias de la Salud. Diplomado de Estudios superiores en Gerencia y Dirección de Salud.

[§] Director.

Correo electrónico: emilio.zayas@infomed.sld.cu

Figura 1. Hospital Clínico quirúrgico "Julio Trigo". Detalle de la portada principal.



Foto: Del autor.

La frecuencia de desnutrición hospitalaria se calculó como la proporción de puntajes (B + C) de la ESG respecto del número de pacientes encuestados. Asimismo, la historia clínica del paciente encuestado fue auditada para documentar el estado corriente de los procesos hospitalarios de cuidados alimentarios y nutricionales que se le brindan durante la estancia en el centro.

Los datos recolectados durante la auditoria fueron vaciados en la "Encuesta de Nutrición Hospitalaria" (ENH), según se ha recomendado previamente,² y reducidos a estadígrafos de locación (media), dispersión (desviación estándar) y agregación (porcentajes), según el tipo del dato.

La frecuencia encontrada de desnutrición hospitalaria se ajustó según las características demográficas y clínicas del enfermo. La naturaleza y la fuerza de la asociación entre el estado nutricional del

enfermo, por un lado, y las variables propias del diseño experimental de la encuesta, por el otro, se examinaron mediante tests estadísticos basados en la distribución ji-cuadrado.³

RESULTADOS

Se encuestaron 81 pacientes como parte de las actividades del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria. La Tabla 1 muestra las características demográficas y clínicas de los pacientes encuestados. Prevalcieron los hombres sobre las mujeres. La población con edades ≥ 60 años fue del 32.1%. Los niveles medio y medio superior de instrucción concentraron el 65.5% de los enfermos encuestados. Predominaron los pacientes con una estadía hospitalaria ≤ 7 días. La falla orgánica crónica se presentó en poco más de la mitad de los encuestados. La sepsis afectó a la tercera parte de los enfermos incluidos en el estudio. El cáncer solo estaba presente en el 6.2% de los hospitalizados.

La frecuencia encontrada de desnutrición hospitalaria fue del 48.1%. Este estimado fue superior al anotado previamente: *Año 2001*: 38.2% vs. *Año 2012*: 45.1% ($\Delta = -9.9\%$). La Figura 2 muestra el comportamiento evolutivo de la prevalencia de la desnutrición hospitalaria durante el período evaluado.

La Tabla 2 muestra la influencia de las variables demográficas y clínicas sobre el estado nutricional del paciente encuestado. La desnutrición fue independiente del sexo, la edad y la escolaridad del paciente, la estadía hospitalaria, y la presencia de cáncer y falla orgánica crónica. Sin embargo, se encontró una fuerte asociación entre el puntaje de la ESG y la presencia de sepsis (*Sepsis presente*: 63.3% vs. *Sepsis ausente*: 23.7%; $\Delta = +39.6\%$; $p < 0.05$).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la serie de estudio. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de los enfermos en cada categoría de distribución de la correspondiente categoría.

Característica	Hallazgos
Sexo	Hombres: 54 [66.7] Mujeres: 27 [33.3]
Edad	Edades < 60 años: 55 [67.9] Edades ≥ 60 años: 26 [32.1]
Escolaridad	Primaria: 7 [8.6] Secundaria básica: 22 [27.2] Preuniversitario: 20 [24.7] Técnico medio: 11 [13.6] Universitaria: 1 [1.2] Indeterminada: 20 [24.7]
Estadía hospitalaria	≤ 7 días: 74 [91.3] > 7 días: 7 [8.7]
Diagnósticos principales	Sepsis: 30 [37.0] Cáncer: 5 [6.2] Falla orgánica crónica: 42 [51.9]

Tamaño de la serie: 81.

Fuente: Registros del estudio.

DISCUSIÓN

Este estudio ha sido consistente con otros en destacar a la desnutrición hospitalaria como un importante problema de salud debido a la extensión y las ramificaciones del mismo. Incluso, en la institución se ha asistido a un agravamiento de este fenómeno epidemiológico. En los años transcurridos entre una y otra encuesta se ha constatado un incremento de casi 10 puntos porcentuales en el estimado de la desnutrición hospitalaria que se tenía como histórico.

De acuerdo con los resultados de esta reedición del Estudio ELAN-Cuba, la desnutrición hospitalaria no fue dependiente de ninguna de las variables demográficas y clínicas del diseño experimental de la encuesta, salvo la presencia de sepsis. Está fuera del objetivo del estudio explicar las causas de los cambios ocurridos en la epidemiología de la desnutrición hospitalaria en la institución, lo que requerirá de estudios orientados en tal sentido. Sin embargo, se ha observado que la falla orgánica crónica, en particular, la enfermedad renal crónica, es uno de los diagnósticos prevalentes en la población estudiada, y ello podría explicar, en parte, el estado actual de la desnutrición hospitalaria.

La institución se encarga de la atención médica y asistencial a los pacientes que transitan por las distintas etapas de la enfermedad renal crónica, incluida la provisión de terapias dialíticas. La desnutrición suele ser un rasgo distintivo de estos enfermos.⁴ Asimismo, el nefrópata crónico está en riesgo incrementado de sepsis, como expresión de los disturbios que la enfermedad orgánica introduce en el mantenimiento de la homeostasis corporal. El tratamiento de la enfermedad renal crónica es esencialmente ambulatorio, y el ingreso hospitalario solo ocurre en casos de infección y /o descompensación aguda. Por todo lo anterior, es muy probable que el estado de la desnutrición hospitalaria sea el resultado de una población de nefrópatas en

aumento, cada vez más envejecida, y por consiguiente, que expresa un número mayor de comorbilidades con el paso del tiempo.

El reconocimiento de estas realidades epidemiológicas y nutricionales deber servir para que las autoridades directivas y administrativas de la institución diseñen, implementen y conduzcan las políticas intervencionistas que aseguren, por un lado, el mejor tratamiento médico posible para estos enfermos, y por el otro, la preservación del estado nutricional para asegurar una respuesta adecuada al tratamiento médico, o en su defecto, la paliación de los trastornos nutricionales identificados.

Especial atención se le debe brindar a los enfermos con edades ≥ 60 años, en los que pueden concurrir falla orgánica crónica de distinto origen, junto con los trastornos de la composición corporal propios del envejecimiento.⁵⁻⁶ Consecuentemente, se han avanzado pautas y recomendaciones sobre la actuación alimentaria y nutricional en estas subpoblaciones, incluyendo la suplementación con vitaminas, minerales y oligoelementos.⁷

CONCLUSIONES

En el tiempo transcurrido desde la primera encuesta epidemiológica se ha observado un aumento de la prevalencia de la desnutrición hospitalaria en la institución. La desnutrición hospitalaria fue independiente de las características demográficas y clínicas, excepción hecha del diagnóstico de sepsis. Es probable que el presente estado de cosas sea la resultante de una población de nefrópatas crónicos en aumento, cada vez más envejecida, y que expresa numerosas comorbilidades con el paso del tiempo.

AGRADECIMIENTOS

Ernesto Vilches, Norka Reloba, Misael Más, Noriel del Río, Aliusha Delgado, Daisy Paneque Díaz, Elaine Delgado, Juan Gastón, Julio Feria Díaz, Milagros Veranes, y Olga Durán, por la actuación como encuestadores durante la conducción del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria en la institución.

Figura 2. Comportamiento de la desnutrición hospitalaria en el Hospital Clínico quirúrgico "Julio Trigo". Para más detalles: Consulte el texto.

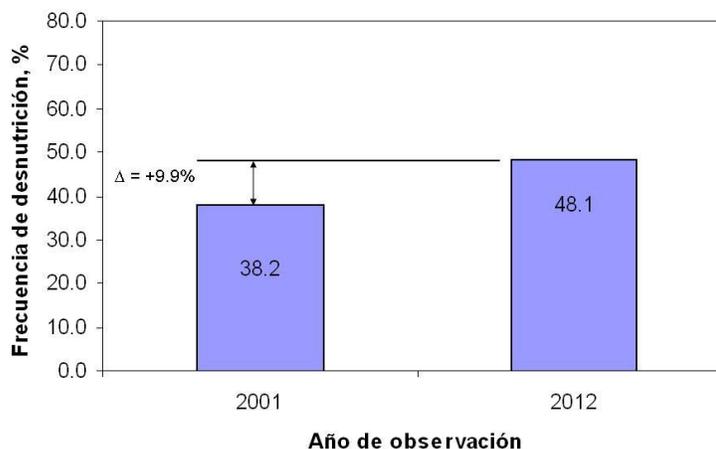


Tabla 2. Asociación entre el estado nutricional del paciente y las variables demográficas y clínicas del estudio.

Característica	Frecuencia de desnutrición, %	Interpretación
Sexo	Hombres: 48.1 Mujeres: 48.1	No calculado
Edad	Edades < 60 años: 50.9 Edades ≥ 60 años: 42.3	$\chi^2 = 0.52$ (p > 0.05)
Escolaridad	Primaria: 42.9 Secundaria básica: 54.5 Preuniversitario: 30.0 Técnico medio: 45.5 Universitaria: 100.0 Indeterminada: 60.0	$\chi^2 = 0.38$ (p > 0.05)
Estadía hospitalaria	≤ 7 días: 48.6 > 7 días: 42.9	$\chi^2 = 0.77$ (p > 0.05)
Diagnósticos principales	Sepsis: 63.3 Cáncer: 100.0 Falla orgánica crónica: 52.4	$\chi^2 = 4.4$ (p < 0.05) OR = 2.67 [IC 95%: 1.05 – 6.79] No calculado $\chi^2 = 0.63$ (p > 0.05)

Tamaño de la serie: 81.

Número de desnutridos: 39.

Fuente: Registros del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KH. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr 1987;11:8-13. Reimpreso después en: Nutrición Hospitalaria [España] 2008;23:395-407.
2. Santana Porbén S, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients. Results from the Elan-Cuba Study. Clinical Nutrition 2006;25:1015-29.
3. Santana Porbén S, Martínez Canalejo H. Manual de Procedimientos Bioestadísticos. Segunda Edición. EAE Editorial Académica Española. ISBN-13: 9783659059629. ISBN-10: 3659059625. Madrid: 2012.
4. Hernández Reyes Y, Lorenzo Clemente A, Ponce Pérez P, Aguiar Moreira R, Guerra Bustillo G. Estado nutricional de los enfermos incluidos en un programa de hemodiálisis crónica: Factores de riesgo y evolución clínica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2008;18:166-185.
5. Zayas Somoza E. Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad. Nutrición Clínica [México] 2004;7:131-4.
6. Zayas Somoza E. Consideraciones fisiopatológicas en el sujeto anciano. Publicación científica RNC dedicada a la Nutrición clínica 2009;18(2):58-62.
7. Zayas Somoza E. Oligoelementos y minerales. Su influencia en la salud del adulto mayor. En: Temas de Geriátría y Gerontología de Iberoamérica. Madrid: 2000. pp 133-145.