

EDITORIAL

Estas líneas presentan los contenidos alojados en el número inaugural de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. Así, mientras se abre una nueva etapa en la vida de nuestra Revista, se continúa una senda de crecimiento y perfeccionamiento cuyo objetivo último siempre será proponerse (y alcanzar) metas cada vez más ambiciosas, y en el proceso, ofrecerle al lector contenidos valiosos a la vez que novedosos.

El número abre con el *dossier* del estado actual de la desnutrición en el Hospital Docente “General Calixto García Iñiguez” (HDGCGI). Esta institución se encuentra inmersa en una reorganización total que se proyecta más allá de la reconstrucción y la renovación (esfuerzo loable en virtud de la riqueza patrimonial que este extenso parque hospitalario encierra), para reubicarla como un centro de referencia de la asistencia hospitalaria y la docencia médica. La ocasión se presentó entonces de actualizar la tasa de desnutrición hospitalaria del centro, sobre todo después de la reinstalación del Servicio de Nutrición Clínica.

Se tienen los antecedentes de un ejercicio similar conducido hace casi 20 años, y que devolvió una tasa de desnutrición del 39.5%.¹ También se cuenta con un reporte sobre el impacto de la desnutrición en la respuesta al tratamiento del paciente críticamente enfermo.² No debe sorprendernos entonces que la tasa de desnutrición haya permanecido invariante en el tiempo transcurrido. Pero ello no puede tomarse como una falla de los nutricionistas en dar de vuelta a esta situación, como expuse recientemente en un editorial para el sitio de la SCNCM Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo.³ Se debe apreciar que el HDGCGI es centro de referencia para la atención del trauma, ejecuta +10,000 ingresos anuales, sostiene una intensa actividad quirúrgica (y por consiguiente, otro no menos agitado movimiento de atención al grave). No menos importante es la atención que se le brinda a una población cada vez más envejecida y agobiada por numerosas comorbilidades. Según el propio Servicio de Nutrición Clínica, el 40% de la población encuestada rebasaba los 60 años de edad en el momento del ejercicio investigativo*. Todos estos determinantes confluyen en este indicador tan singular que es la desnutrición hospitalaria.

No obstante, no interesa tanto el número que concentra la desnutrición hospitalaria, como la forma en que se conducen los cuidados nutricionales que se le administran al enfermo durante la hospitalización (y una vez que egresa). Luego, y en un centro reconocido por todos como de referencia y excelencia en la formación médica, se hace difícil de aceptar que no se completen los ejercicios de evaluación nutricional, no se prescriba la suplementación nutricional oral (SNO) como opción de tratamiento, y que sea tan baja la tasa de utilización de las terapias de Nutrición artificial para el número de pacientes que la requieren. La actualización concluida del diagnóstico nutricional debe servir para realinear los objetivos de la gestión del Servicio hospitalario de Nutrición Clínica, y del propio Consejo de Dirección, en la consecución de propósitos superiores.

En este número de apertura se han entrelazado diferentes líneas temáticas, entre ellas: la obesidad, la sarcopenia, la cirugía bariátrica, y el *status* corporal de los micronutrientes. La sarcopenia ha virtualmente explotado como interés de estudio e investigación en años recientes[†],

* De hecho, dentro del parque hospitalario “Calixto García Iñiguez” se encuentra enclavado el Centro de Atención a la Tercera Edad reconocido en todas partes por las siglas CITED.

† Solo en el año 2017 se contabilizaron 1,056 entradas en *PubMed*, cuando apenas 5 años atrás esta cifra había sido de 346.

pero percibo que se está abusando de este término para designar cualquier cambio en el tamaño y la función del músculo esquelético, independientemente de los resortes etio- y fisio-patogénicos involucrados.⁴

En su inceptión originaria, “sarcopenia” se empleó para designar la pérdida de la masa muscular, y de la calidad de la contracción muscular, que el músculo esquelético sufre con el envejecimiento.⁵⁻⁶ Una de las revisiones temáticas incluidas en este número (y que, dicho sea de paso, llena una vieja aspiración de este Editor) repasa distintos aspectos de la sarcopenia, entre ellos, el diagnóstico y el tratamiento farmacológico y nutricional. Se hace énfasis en que lo en otros lugares se designa como “sarcopenia” puede ser en realidad un proceso caquectizante,⁷ y por lo tanto, las connotaciones y el tratamiento serán diametralmente diferentes.

Para oscurecer aún más la comprensión de la sarcopenia como un fenómeno en definitiva fisiológico que está asociado al natural proceso del envejecimiento, se ha vuelto ubicua la expresión “obesidad sarcopénica”.⁸ En honor a la verdad, este término lo que hace es llamar la atención sobre la posibilidad de que los fenotipos nutricionales sean “impuros”, y que en un mismo sujeto concurren varios diagnósticos nutricionales. En tal caso, “obesidad sarcopénica” denotaría a aquellos sujetos en los que la disminución de las masas musculares (mucho más marcada en las extremidades inferiores) coexiste con obesidad abdominal. Apelando a técnicas antropométricas, parece ser que este fenotipo nutricional solo se presenta en una proporción (a primera vista) “pequeña” de los adultos mayores que viven sin restricciones en un área de salud del municipio de Holguín (como quedó asentado en una de las contribuciones originales que se colocan en este número), pero ello conduciría a ignorar que tales sujetos serían dentro de poco tiempo los que consumirán gran parte de los recursos terapéuticos de los sistemas locales de salud.

El impacto de la obesidad sobre el estado de salud de los sujetos ubicados en los extremos de la pirámide demográfica se examina en otros 3 de los trabajos asentados en este número inaugural. En el primero de ellos (una de dos contribuciones originales) se reevalúa el vínculo entre la hipertensión arterial y los indicadores antropométricos del exceso de peso en adolescentes.⁹ Si bien se concluyó (epidérmicamente) que la frecuencia de la HTA era despreciable (< 1%), y que incluso la prehipertensión arterial (aquellos adolescentes con cifras tensionales > 90 percentil de las tablas de referencia) no era un problema de salud, lo cierto es que a medida que el Índice de Masa Corporal (IMC), la circunferencia de la cintura (CC), y el Índice Cintura-Talla (ICT) eran mayores, más elevadas fueron las cifras tensionales, independientemente del sexo del escolar. En consecuencia, estamos ante un momento epidemiológicamente único en que la oportunidad de intervención será recompensada con una efectividad terapéutica superior. Perdida esta oportunidad, solo quedará paliar (siempre inefectivamente) una situación que empeorará *ad infinitum*.

En el otro trabajo (que se corresponde con una comunicación breve) amplía y complementa estos hallazgos al presentar cifras séricas mayores de la leptina en escolares obesos en los que el IMC > percentil 97 de las tablas de referencia. En contraste con este resultado, los valores de otros marcadores proinflamatorios como la proteína C-reactiva y la IL-6 todavía estaban preservados. Se cierra así un círculo vicioso: sobre el endotelio actúan con igual fuerza destructiva la HTA y la inflamación, acelerando la progresión de la aterosclerosis hasta la aparición de alguna de las manifestaciones de la gran crisis aterosclerótica (GCA), si no intervenimos oportunamente.

A pesar de las connotaciones negativas, la obesidad podría ser un factor de protección y supervivencia del adulto mayor. En un trabajo concluido en el Estado mexicano de Zacatecas (y se presenta como una contribución original), el exceso de peso distinguió a los adultos mayores

con una menor tasa de depresión y trastornos afectivos. Es más: la atención brindada en un ancianato podría (paradójicamente) mejorar el estado afectivo de estas edades, si se reconoce, además, la disfuncionalidad de la situación familiar y social en la que viven, y la ruptura de las redes de contención social del adulto mayor. Por las realidades que ha revelado, esta indagación podría escalar hasta un estudio multicéntrico con un mayor efectivo muestral, a fin de dar respuesta acabada a las hipótesis tan atractivas que la han sostenido.

La cirugía bariátrica ha sido propuesta como la elección terapéutica de la obesidad mórbida, pero puede comportar riesgos significativos para el sujeto,¹⁰ incluso cuando la misma se conduce mediante técnicas de mínimo acceso. Una contribución original recoge el cambio que la cirugía bariátrica provoca en los obesos mórbidos atendidos en un centro hospitalario de la ciudad ecuatoriana de Guayaquil. Las apariencias son engañosas, y ello es mucho más cierto en la Nutrición: el sujeto obeso puede mostrar carencias micronutrimientales de todo tipo, desde la anemia ferripriva hasta estados deficitarios de magnesio, calcio, y ácido fólico,¹¹ por solo mencionar algunos de los más conspicuos; y estas carencias pueden agravarse dados el estrés quirúrgico y la técnica quirúrgica completada. Junto con la evaluación clínica, funcional y nutricional preoperatoria, se impone una indagación del *status* micronutricional en el sujeto obeso mórbido que aguarda por una cirugía bariátrica, y la corrección oportuna de las carencias y deficiencias encontradas, a fin de prevenir situaciones en el postoperatorio como la ceguera nocturna, la anemia nutricional, el raquitismo y las miocardiopatías.

La liposucción ha cobrado enorme popularidad desde que ha sido percibida por muchos como una técnica quirúrgica de bajo riesgo para el contorneado corporal, y el desarrollo de procedimientos mínimamente invasivos y ambulatorios para estos fines.¹² Pero en los últimos años se ha investigado intensamente si la liposucción podría servir para redistribuir la grasa corporal en los sujetos moderadamente obesos, a la vez que corregir las dislipidemias presentes, como para denominarla como una opción de bariatricización a bajo costo.

La Revista ha acogido en el pasado sendos trabajos sobre el impacto de la cirugía bariátrica en el *status* antropométrico y lipídico del sujeto.¹³⁻¹⁴ En esta ocasión, y como parte de una contribución original que igualmente recoge la experiencia acumulada en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “Hermanos Ameijeiras” (La Habana, Cuba), la ventana de observación del efecto terapéutico se extendió durante los 12 meses siguientes a la liposucción. El proceder quirúrgico provocó cambios apreciables y sostenidos en los pliegues cutáneos y la grasa visceral del sujeto. Los cambios observados en el componente graso de la composición corporal también implicaron un cambio en el componente magro. La discusión sería ahora si estos cambios son solo atribuibles a la liposucción, al volumen aspirado de grasa subcutánea (como muchos postulan), o también son el resultado del protocolo de intervención nutricional que se le administra al sujeto tras el procedimiento, y como parte de la rehabilitación estética del mismo.

El trabajo que cierra las “Contribuciones originales” continúa una línea de trabajo iniciada en una unidad de cuidados intensivos de la provincia argentina del Neuquén sobre el impacto del selenio sérico en la evolución post-quirúrgica, y la respuesta al tratamiento, del paciente grave.¹⁵⁻¹⁶ La hiposelenemia no solo es una condición prevalente en el paciente críticamente enfermo, y se asocia con todos los grandes dramas críticos como la sepsis y la disfunción múltiple de órganos, sino que también podría señalar a aquellos en riesgo elevado de complicarse, si bien la plausibilidad de los datos oscureció esta asociación. Premisas tan interesantes chocan contra el costo de la determinación analítica del selenio sérico, lo que limita (por ahora) su aplicación a los grandes centros hospitalarios. Por otro lado, quedaría por demostrar si esta hiposelenemia responderá a la repleción exógena, y si la repleción lograda se traslada a una efectividad terapéutica superior.

La segunda de las “Revisiones temáticas” expone las asociaciones entre los lípidos séricos y el riesgo cardiovascular (RCV), y replantea las intervenciones farmacológicas, dietéticas y nutricionales en las dislipidemias. Con el transcurso del tiempo, y una mejor comprensión de la organización, y las funciones y el metabolismo de los lípidos séricos, el enfoque se ha desplazado desde el colesterol (total) hacia las partículas ricas en triglicéridos (y donde se incluyen también a las LDL) como el evento bioquímico determinante en la aterosclerosis y la enfermedad endotelial.¹⁷⁻¹⁸

El comportamiento de la RCAN durante los últimos 10 años de vida fue expuesto previamente.¹⁹ Fue solo natural a la conclusión de este análisis preguntarse cómo la Revista clasificaría frente a sus pares regionales. La investigación cobró fuerza hasta convertirse en un examen bibliométrico de las revistas iberolatinoamericanas (ILA) verticalizadas en la diseminación de contenidos propios de las ciencias de la Alimentación y la Nutrición. Se identificaron 27 revistas especializadas que eran sostenidas por instituciones de 8 países de la región pero, de alguna manera, la visibilidad de las mismas era pobre y limitada, no importa la métrica de desempeño que se emplee. En este momento en que se afianza y se expande la “Sociedad del Conocimiento”, la generación, gestión y diseminación de contenidos de alto valor agregado es fundamental para la calificación (e incluso la existencia y supervivencia) de las instituciones que se dedican a hacer avanzar las ciencias de la Alimentación y la Nutrición, y sus disciplinas subsidiarias. La nueva pregunta a responder ahora es: ¿Y dónde quedan publicados los trabajos originales de los autores de nuestra área? Les mantendré informados.

Desde la reapertura de la RCAN el estudio de las asociaciones entre la enfermedad renal crónica y el estado nutricional ha encontrado siempre un lugar en las páginas de la misma.²⁰ En esta ocasión, la segunda de las comunicaciones breves comprendidas dentro de este número expande los hallazgos de un trabajo anterior²¹ al presentar el *status* bioquímico de los nefrópatas crónicos tratados mediante hemodiálisis en una institución terciaria del país. En el momento actual prevalece en estos pacientes un ambiente proinflamatorio que se traslada hasta anemia, hipoproteinemias, y la glicosilación de las proteínas plasmáticas. En la subpoblación muestreada también fueron llamativas la hipocolesterolemia y la anemia, lo que podría ser, probablemente, una expresión de la calidad de los ingresos dietéticos corrientes del nefrópata crónico sujeto a diálisis.

El número presente de la Revista cierra con 3 piezas no menos relevantes. La primera de ellas muestra una concepción pedagógica (y la estrategia acompañante de implementación) para la formación en Nutrición de los residentes en Cuidados Intensivos en la provincia Pinar del Río. La Revista ha dedicado espacios una y otra vez a investigaciones que revelan el escaso (por no decir nulo) conocimiento que los distintos actores de salud exhiben en temas primordiales de Alimentación, Dietética y Nutrición. Tal situación puede trasladarse a una atención médica falante, y una efectividad terapéutica limitada.²⁵ Para paliar estas falencias, la autora de las “Pautas para la actuación” ha propuesto una concepción pedagógica que sostiene la enseñanza de temas de Bioquímica, Metabolismo, Nutrición artificial y Apoyo nutricional como parte del tránsito del residente por los distintos módulos de la especialidad, y con énfasis en el aprendizaje basado en problemas,²⁶ durante la actuación asistencial del mismo.

La segunda de las piezas recrea la historia de la Nutrición artificial en Cuba, al menos en sus orígenes. Esta recreación histórica podría tener omisiones y vacíos, pero quedará como una invitación para su permanente enriquecimiento. Constituye nuestro deber ante nuestra especialidad, y la historia de la Medicina, asentar los eventos, las instituciones, y las personas que contribuyeron al surgimiento y desarrollo de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Nutrición artificial, el Apoyo nutricional, y el Metabolismo en nuestro país. Soslayar este deber,

postergarlo, o incluso relegarlo en importancia, solo haría que los que nos sucedan nos ignoren llegado el tiempo del necesario recuento.

La tercera de las tres piezas es una “Visión personal” del Dr. Humberto Arenas Márquez, Presidente pro t mpore de la FELANPE Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo, y cirujano y nutricionista mexicano distinguido durante toda su vida activa. El Dr. Arenas Márquez ha estado empeñado en hacer del acto operatorio un acto seguro, y ha explorado los distintos determinantes de las falencias perioperatorias.²⁷⁻²⁸ En sus indagaciones, el Dr. Arenas Márquez ha señalado como causas de una complicación postquirúrgica desde la técnica elegida, la ausencia de una cultura de la comunicación y el intercambio franco y honesto entre los integrantes del equipo quirúrgico, y los cuidados perioperatorios que se le brindan al paciente.

En esta visión personal, el Dr. Arenas Márquez propone ahora un nuevo componente de la seguridad perioperatoria: la nutrición. Aún a pesar de la evolución y refinamiento de las técnicas quirúrgicas, la implementación de los paradigmas del mínimo acceso y la cirugía ambulatoria, y una mejor analgesia postquirúrgica, la desnutrición sigue emergiendo como un determinante de la reconversión posterior de la cirugía laparoscópica previa, el reingreso no programado, y la mortalidad postquirúrgica.²⁹ Y el mérito de la pieza del Dr. Arenas Márquez es señalar que el reconocimiento y tratamiento de la desnutrición hospitalaria solo serán efectivos si se incorporan dentro de la cultura de la organización, como parte de los esfuerzos para asegurar de forma continua en el tiempo la meta de la seguridad hospitalaria.

IN MEMORIAM

Este número inaugural cierra con una nota luctuosa. La muerte nos arrebató a la Dra. Lourdes Valdés Fraga a fines del pasado año 2017. El “Obituario” recoge su vida profesional, académica y científica. Solo me toca decir que me unieron lazos estrechos de amistad y trabajo con la Dra. Valdés Fraga a partir de nuestros intereses comunes y de una visión compartida sobre el desarrollo y la evolución de las ciencias de la Alimentación y Nutrición en Cuba. En una nota más personal, le debo a la Dra. Valdés Fraga el que me haya invitado a (y haya depositado su confianza en mí para) ser parte de un proyecto tan hermoso como el sistema nacional de protección dietética y nutricional de los enfermos celíacos, cuya expresión más visible es la red de panaderías y establecimientos especializados en la confección y distribución de “alimentos sin gluten”. Descanse en paz, querida e inolvidable Lourdes.

Dr. Sergio Santana Porbén
 Editor-Ejecutivo
 RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Socarrás Suárez MM, Bolet Astoviza M, Fernández Rodríguez T, Martínez Manríquez JR, Muñoz Caldas L, Companioni J. Desnutrición hospitalaria en el Hospital Universitario “Calixto García”. *Rev Cubana Invest Biomed* 2004;23:227-34.
2. Hernández García RA. Desnutrición e infección nosocomial en el paciente críticamente enfermo. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23:257-67.

3. Santana Porbén S. ¿Por qué (todavía) está desnutrido 1 de cada dos pacientes en un hospital? [Editorial]. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/nutricionclinica/editoriales-antteriores/por-que-todavia-esta-desnutrido-1-de-cada-dos-pacientes-en-un-hospital/>. Fecha de última visita: 24 de Abril del 2018.
4. Laviano A, Gori C, Rianda S. Sarcopenia and nutrition. *Adv Food Nutr Res* 2014;71:101-36.
5. Rosenberg IH. Summary comments. *Am J Clin Nutr* 1989;50:1231-3.
6. Rosenberg IH. Sarcopenia: Origins and clinical relevance. *J Nutr* 1997;127(Suppl):S990-S991.
7. von Haehling S. The wasting continuum in heart failure: From sarcopenia to cachexia. *Proc Nutr Soc* 2015;74:367-77.
8. Stenholm S, Harris TB, Rantanen T, Visser M, Kritchevsky SB, Ferrucci L. Sarcopenic obesity: Definition, cause and consequences. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008;11:693-700.
9. Cabal Giner MDLÁ, Hernández Oviedo G, Torres Díaz G. Alteraciones del estado nutricional y la tensión arterial como señales tempranas de aterosclerosis en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Int* 2010;26(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252010000200005&script=sci_arttext&tlng=en. Fecha de última: 23 de Abril del 2017.
10. Lo Menzo E, Cappellani A, Zanghì A, Di Vita M, Berretta M, Szomstein S. Nutritional implications of obesity: Before and after bariatric surgery. *Bariatr Surg Pract Patient Care* 2014;9:9-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bari.2014.9969>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2018.
11. Ernst B, Thurnheer M, Schmid SM, Schultes B. Evidence for the necessity to systematically assess micronutrient status prior to bariatric surgery. *Obes Surg* 2008;19:66-73.
12. Bellini E, Grieco MP, Raposio E. A journey through liposuction and liposculpture: Review. *Ann Med Surg [London]* 2017;24:53-60.
13. Escobar Vega H, Miquet Romero LM, Expósito Jalturin A, Espinosa Romero G. Cambios antropométricos tras la liposucción. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:123-31.
14. Escobar Vega H, Bezares Ramos I, Lugo Alonso J, Expósito Jalturin A, León Rodríguez Y. Cambios en las fracciones lipídicas séricas tras la liposucción. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:249-59.
15. Martinuzzi ALN, Delarriva AL, Fierro J, Baeza G, Vargas JM, Cornú M; *et al.* Estado del selenio sérico en los pacientes atendidos en una unidad polivalente de cuidados intensivos. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:211-19.
16. Martinuzzi A, Delarriva AL, Vargas JM, Cornú M, Gimarayz M, Sepúlveda M, Núñez A. Sobre las asociaciones entre el selenio sérico y los indicadores bioquímicos del estado nutricional del paciente crítico. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:208-12.
17. Bergheanu SC, Bodde MC, Jukema JW. Pathophysiology and treatment of atherosclerosis: Current view and future perspective on lipoprotein modification treatment. *Neth Heart J* 2017;25:231-42.
18. Dallinga-Thie GM, Kroon J, Borén J, Chapman MJ. Triglyceride-rich lipoproteins and remnants: Targets for therapy? *Curr Cardiol Rep* 2016;18:67.
19. Santana Porbén S. Sobre los primeros 10 años desde la reapertura de la Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:9-13.
20. La Alimentación y la Nutrición en la Enfermedad Renal Crónica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24(2 Supl):S1-S189.

21. Travieso Acay LC, De Armas RD, Alonso Rodríguez C, Dalas Guibert M, Arias Prieto AM, Torres Martínez R, Sanz Guzmán DM. La anemia asociada a la Enfermedad Renal Crónica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2017;27:288-301.
22. Garcés García-Espinosa L, Santana Porbén S, Barreto Penié J, Gutiérrez Rojas AR, Argüelles Barreto D, Díaz Hernández JM; *et al.* Estado de los conocimientos sobre Alimentación y Nutrición entre los médicos de un hospital verticalizado en la atención de adultos. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2012;22:246-56.
23. González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23:44-64.
24. Gigato Mesa E, Hernández Gigato ME, Martínez Sarmiento D, Aguilar Pérez MD. Impacto de un programa de capacitación en nutrición sobre la atención de enfermería en el cuidado del paciente crítico. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2014;24:35-49.
25. Delgado M, Gordo-Vidal F. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España: Algo más que palabras. Medicina Intensiva 2011;35:201-5.
26. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. New Direct Teach Learn 1996;68:3-12.
27. Arenas Márquez H, Anaya Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Cirugía Cirujanos 2008;76:355-61.
28. Márquez HA, Prado RA. Error médico y complicaciones quirúrgicas: La lesión de la vía biliar como modelo de análisis. Cirujano General 2012;34(2 Supl):S128-S133.
29. Panis Y, Maggiori L, Caranhac G, Bretagnol F, Vicaut E. Mortality after colorectal cancer surgery: A French survey of more than 84,000 patients. Ann Surg 2011;254:738-44.