

EDITORIAL

Con el presente Editorial colocamos ante los lectores los contenidos del número de clausura del volumen vigésimo octavo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. Se cierra así otra etapa en la vida de la Revista, así como un proyecto literario ambicioso en sus propósitos y alcances.

Este número se ha organizado alrededor de un mismo eje temático: el reconocimiento de la desnutrición en el paciente críticamente enfermo. A tal efecto, se han reunido en una *cover story* 4 contribuciones originales que recogen los resultados de la administración de otros tantos esquemas de evaluación del estado nutricional de los pacientes atendidos en las unidades de cuidados críticos (UCI) de los hospitales ubicados en diferentes ciudades del país. Así, por primera vez en la historia de la RCAN, se trasciende una óptica localista, anclada en las instituciones asistenciales de La Habana, para mostrar la forma en que los equipos de trabajo en las provincias del país (incluso las alejadas de la ciudad-capital) lidian con los cuidados nutricionales que requieren los pacientes críticamente enfermos.

Los resultados encontrados en los 4 artículos citados arriba se reseñan y contextualizan en una “Visión personal”, a la que remito para no ser repetitivo. A los fines de este Editorial, solo añadiré que el paciente críticamente enfermo se encuentra en riesgo incrementado de desnutrición dada la concurrencia de la agresión, el trauma, la injuria y la sepsis; la desregulación del medio interno, la presencia de acidosis, inflamación y resistencia periférica aumentada a la insulina, y la mala utilización de los nutrientes infundidos.¹⁻⁴ Todos estos eventos moleculares llevan a la emisión de aminoácidos glucogénicos por parte del músculo esquelético (el diafragma de todos los grupos musculares posibles) y el intestino delgado para asegurar la síntesis de cantidades cada vez mayores de energía que son demandadas por la periferia para contener la agresión primero, y sostener la cicatrización y la reparación después; lo que pone en marcha un proceso de hipercatabolismo que eventualmente conduce, no solo a la depleción magra (que podría reconocerse antropométricamente), sino también (y lo que es peor) a la pérdida de funciones como la depresión ventilatoria (que obligaría a la intubación endotraqueal y la ventilación mecánica) y la inmunodepresión.⁵⁻¹⁰ Se cierra un círculo que suele culminar en la falla múltiple de órganos, la claudicación funcional, y la muerte. En consecuencia, la actuación nutricional se debe integrar armónicamente dentro del plan de cuidados generales del paciente críticamente enfermo desde el mismo primer momento en que es admitido en la UCI hospitalaria. No importa ya tanto la herramienta que se emplee en la construcción de caso de la desnutrición como las intervenciones que se adopten en estas subpoblaciones para asegurar el éxito terapéutico y contener los costos de las prestaciones de salud.

No obstante lo dicho, llegado el momento de la implementación de un esquema especificado de apoyo nutricional, pueden levantarse barreras formidables,¹¹ como lo muestra una de las “Comunicaciones breves”. La cuantía del aspirado gástrico, la imposibilidad del uso de la boca para la provisión de alimentos y/o nutrientes, la intubación endotraqueal previa, y la inestabilidad hemodinámica pueden diferir la reapertura de la vía enteral, y con ello, perderse la ventana de oportunidad para realizar los beneficios implícitos en el apoyo nutricional.

La *cover story** dedicada a los problemas nutricionales de los pacientes críticamente enfermos se complementa con una “Revisión temática” acerca del diagnóstico diferencial de la depleción de la masa magra corporal que se observa en estas subpoblaciones. En los últimos años han proliferado los reportes sobre la prevalencia y las repercusiones de la “sarcopenia” del paciente críticamente enfermo (y las comillas son completamente intencionales).¹²⁻¹³ Para empezar, lo que se observa en un paciente críticamente enfermo se corresponde con una caquexia: el cuadro nutricional que resulta de la depleción de los tejidos magros (siendo el músculo esquelético el más afectado) causada por el hipermetabolismo secundario a la inflamación y la agresión (léase también hipercatabolia).

Es obvio que si un paciente se muestra sarcopénico a la admisión en la UCI (y hay que tener en cuenta que hoy asistimos a la creciente “geriatriización” de las áreas hospitalarias), el impacto de la caquexia es aún más demoledor. Todavía la masa magra puede depletarse más si encima de todo ello las necesidades nutrimentales del enfermo no son satisfechas aun cuando la inflamación haya sido contenida. Es entonces la intención de los autores de esta “Revisión temática” de deslindar conceptos y términos, y con ello, apuntar hacia esquemas de suplementación/apoyo nutricional más efectivos.

Los contenidos restantes de este número de clausura de la RCAN giran en torno a temas diversos y plurales. Las otras 4 contribuciones originales tratan, respectivamente, sobre la cuantía de los ingresos de sal común en sujetos hipertensos que son atendidos en un hospital de especialidad de la ciudad de Guayaquil; las asociaciones entre el cronotipo, la composición corporal, y la resistencia a la insulina en estudiantes mexicanas; la composición nutrimental de la gastronomía típica ecuatoriana; y la efectividad de una preparación farmacéutica de hierro orgánico en la prevención de la anemia ferripriva durante el embarazo.

En todas partes se asiste al alza en las enfermedades crónicas no transmisibles.¹⁴⁻¹⁵ Se reconoce también que este incremento tan rápido está viniendo de la mano del exceso de peso y la obesidad abdominal impulsado por el cambio ocurrido en poco tiempo en los hábitos y costumbres alimentarias de sujetos y poblaciones.¹⁶ En una muestra de 404 pacientes atendidos un hospital guayaquileño de especialidades a causa de hipertensión arterial (la mayoría de ellos mujeres) fueron prevalentes la obesidad global y abdominal, el sedentarismo, y el consumo desmesurado de sal común. Siendo cautelosos, el consumo promedio *pér cápita* de sal rondaría los 10 – 15 gramos diarios. Todas estas fuerzas colocarían al paciente en riesgo incrementado de daño cardiovascular a menos que se intervengan convenientemente.

Cada vez más se reconoce que los estilos de vida son determinantes en la expansión epidémica de la obesidad. La vida en las ciudades ha llevado a una nocturnidad creciente de la actividad humana, alterando así la relación que el ser humano ha establecido desde tiempos ancestrales con el fotoperíodo. Hoy se ha acumulado un caudal de evidencias que vinculan la nocturnidad con sedentarismo, aumento no deseado de peso, deposición abdominal del exceso de energía, y resistencia a la acción de la insulina: todos los elementos involucrados en la génesis del Síndrome metabólico. Una investigación concluida en una universidad mexicana también demostró tales asociaciones en una muestra de estudiantes en las que el exceso de peso alcanzaba la tercera parte de ellas.

* El término “cover story” se refiere en el periodismo a aquella noticia que ocupa la atención mayoritaria del público, y por lo tanto, domina los periódicos y revistas. Junto con la exposición del hecho noticioso se presentan comentarios y opiniones de expertos, y se repasa la secuencia de eventos que culminó en el hecho que se reseña. Como es natural, el hecho noticioso ocupa la cubierta de periódicos, revistas y tabloides. Para más detalles: Consulte: [https://en.wikipedia.org/wiki/Article_\(publishing\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Article_(publishing)). Fecha de última visita: 4 de Diciembre del 2018.

La gastronomía considerada típica de un país representa más bien las costumbres alimentarias de una población rural que apelaba a los alimentos presentes en su entorno para conformar su patrón de alimentación.¹⁹ Es solo natural que tales platos se distingan por una elevada densidad energética: congruente con la actividad física que desplegaban las personas en estos ambientes significativamente “manualizados”. La Revista presenta un análisis nutrimental de platos selectos de la gastronomía típica de las distintas regiones del Ecuador: uno de los países con mayor diversidad de América Latina. Los resultados encontrados deben servir para la reingeniería de tales preparaciones a fin de amoldarlos al disfrute *gourmet* de urbanitas y turistas por igual.

El Centro de Biopreparados (BioCen) de Cuba ha desarrollado una línea propietaria de I + D que ha resultado en la producción de preparaciones farmacéuticas de hierro orgánico para el tratamiento de la anemia ferripriva.²⁰ En esta ocasión se presenta los resultados de un ensayo clínico de la efectividad de una nueva preparación orgánica de hierro en la prevención de la anemia durante el embarazo y el postparto inmediato. En cada momento de la ventana de observación del ensayo las gestantes tratadas con esta preparación mostraron valores superiores de hemoglobina sérica y una menor tasa de eventos adversos respecto de las otras que siguieron un esquema tradicional de repleción del mineral.

La segunda “Revisión temática” continúa, y extiende, lo tratado en una pieza precedente,²¹ al discutir las propiedades hipolipemiantes de alimentos selectos. La revisión discute, además, los nutrientes que pueden explicar tales propiedades hipolipemiantes, y explora aquellos planteamientos dietoterapéuticos (como la “Dieta mediterránea”) que han sido propuestos como intervenciones del riesgo cardiovascular. En las palabras de un investigador:²² “Cuando la cultura alimentaria asiática cambie su énfasis en estos alimentos vegetales, puede colocar a sus consumidores en riesgo cardiovascular”.

El Estado y el Gobierno cubanos conducen un programa nacional de prevención de los estados deficitarios de yodo mediante (entre otras medidas) la yodación de la sal destinada al consumo humano.²³ Una de las comunicaciones breves describe el estado de la excreción urinaria de yodo en mujeres lactantes domiciliadas en el Centro y Este del país, y demuestra que el *status* del yodo en las regiones muestreadas es adecuado, aunque todavía la décima parte de las mujeres muestra niveles disminuidos de excreción urinaria de yodo.

La segunda de las comunicaciones breves expone los conocimientos y comportamientos en alimentación de las personas que son atendidas en un consultorio del Programa del Médico de Familia. Como otra indagación de esta naturaleza publicada anteriormente en la RCAN,²⁴ existe una brecha entre las preferencias alimentarias de la población cubana, y el consumo verificado en la práctica de cada alimento, y que sería la resultante de complejas interacciones entre la percepción individual del valor nutricional, por un lado; y hedónico por el otro, del alimento en cuestión; la disponibilidad del mismo en los mercados y el acceso que se tenga; y la educación en el consumo.

Las “Notas estadísticas” presentan la solución de la construcción de intervalos de confianza para la homocisteína (Hcy) sérica: un metabolito considerado como un marcador no tradicional (léase también novedoso) del daño aterosclerótico.²⁵ Los valores primarios de Hcy fueron determinados en donantes de sangre de los que se aseguró previamente mostraran un bajo riesgo de tal daño. La solución estadístico-matemática tuvo en cuenta la no-gaussianidad de la distribución empírica de frecuencias: expresión tal vez de la heterogeneidad biológica del sujeto empleado en estos estudios.

La sección “Patrimonio histórico” acoge una breve historia de los centros de mezclas parenterales en Cuba. Se continúa así un proyecto de reconstrucción y documentación de la

memoria de los cuidados nutricionales en Cuba, y que se inició con un ensayo sobre la historia de la Nutrición artificial en nuestro país.²⁶ Como tal, éste es un proyecto abierto al enriquecimiento constante y permanente en la medida en que se reciban nuevas contribuciones de aquellos que estuvieron involucrados en el desarrollo y evolución de la Nutrición clínica y hospitalaria, el Apoyo nutricional, la Terapia nutricional, y la Nutrición artificial en Cuba.

El número de clausura del volumen 28 de la RCAN concluye (salva sea hecha de la redundancia) con un suplemento contentivo de las actas de una Mesa Redonda dedicada al papel de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (reconocida en todas partes como Felanpe) en la educación de los grupos básicos de trabajo en temas imprescindibles de Alimentación y Nutrición en la América Latina. Desde su instalación en 1989, la Felanpe ha promovido incesantemente la educación continuada y la capacitación constante como herramienta de empoderación de los prestatarios de cuidados médicos en la contención primero, y la prevención después, de la desnutrición hospitalaria en los distintos escenarios médico-quirúrgicos de la región.²⁷ Hoy los programas de educación continuada deben incorporar, junto con los recursos presenciales y semipresenciales, actividades virtuales y remotas mediante videoenlaces y videoconferencias, y la habilitación de recursos audiovisuales inmediatamente descargables para el autoestudio. La Felanpe debe enfrentar todas estas oportunidades tecnológicas para alcanzar un mayor número de beneficiarios, y en el proceso, asegurar la provisión del mejor cuidado nutricional a los enfermos en toda la región.

Se han hecho las presentaciones de los contenidos del número de clausura del volumen 28 de la RCAN. Solo queda entonces que ustedes, los lectores, se apropien creativamente de ellos, y los incorporen en su práctica cotidiana.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kinney JM. Metabolic responses of the critically ill patient. *Crit Care Clin* 1995;11:569-85.
2. Kajbaf F, Mojtahedzadeh M. Mechanisms underlying stress-induced hyperglycemia in critically ill patients. *Therapy* 2007;4:97-106.
3. Gauglitz GG, Toliver-Kinsky TE, Williams FN, Song J, Cui W, Herndon DN, Jeschke MG. Insulin increases resistance to burn wound infection-associated sepsis. *Crit Care Med* 2010;38:202-8.
4. Kohl BA, Deutschman CS. The inflammatory response to surgery and trauma. *Curr Op Crit Care* 2006;12:325-32.
5. Chioló R, Revelly JP, Tappy L. Energy metabolism in sepsis and injury. *Nutrition* 1997;13:45-51.
6. Biolo G, Toigo G, Ciocchi B, Situlin R, Iscra F, Gullo A, Guarneri G. Metabolic response to injury and sepsis: Changes in protein metabolism. *Nutrition* 1997;13:52-7.
7. Hotchkiss RS, Coopersmith CM, McDunn JE, Ferguson TA. The sepsis seesaw: Tilting toward immunosuppression. *Nature Med* 2009;15:496-7.
8. Boomer JS, To K, Chang KC, Takasu O, Osborne DF, Walton AH, *et al.* Immunosuppression in patients who die of sepsis and multiple organ failure. *JAMA* 2011;306:2594-605.

9. Grosu HB, Im Lee Y, Lee J, Eden E, Eikermann M, Rose KM. Diaphragm muscle thinning in patients who are mechanically ventilated. *Chest* 2012;142:1455-60.
10. Hill AA, Plank LD, Finn PJ, Whalley GA, Sharpe N, Clark MA, Hill GL. Massive nitrogen loss in critical surgical illness: Effect on cardiac mass and function. *Ann Surg* 1997;226:191-7.
11. Cahill NE, Murch L, Cook D, Heyland DK; for the Canadian Critical Care Trials Group. Barriers to feeding critically ill patients: A multicenter survey of critical care nurses. *J Crit Care* 2012;27:727-34.
12. Kizilarslanoglu MC, Kuyumcu ME, Yesil Y, Halil M. Sarcopenia in critically ill patients. *J Anesth* 2016;30:884-90.
13. Muscaritoli M, Lucia S, Molino A. Sarcopenia in critically ill patients: The new pandemic. *Minerva Anestesiol* 2013;79:771-7.
14. Daar AS, Singer PA, Persad DL, Pramming SK, Matthews DR, Beaglehole R; *et al.* Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature* 2007;450(7169):494-6.
15. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. *Int J Equity Health* 2005;4(1), 2. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-4-2>. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2018.
16. Hossain P, Kowar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world- A growing challenge. *N Engl J Med* 2007;356:213-5.
17. Garaulet M, Madrid JA. Chronobiological aspects of nutrition, metabolic syndrome and obesity. *Adv Drug Deliver Rev* 2010;62:967-78.
18. Reiter RJ, Tan DX, Korkmaz A, Ma S. Obesity and metabolic syndrome: Association with chronodisruption, sleep deprivation, and melatonin suppression. *Ann Med* 2012;44:564-77.
19. Fusté-Forné F. Los paisajes de la cultura: La gastronomía y el patrimonio culinario. *Dixit* 2016;24:4-16. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-36912016000100001&script=sci_arttext. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2018.
20. Aznar E, González R. Uso del biopreparado hierro-proteína Trofín en pacientes con anemia. *Rev Mex Ciencias Farm* 1992;1:1-7.
21. Cruz Gilarte Y. Sobre las asociaciones entre los lípidos séricos y el riesgo cardiovascular. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2018;28:125-51.
22. Lukito W. Candidate foods in the Asia-Pacific region for cardiovascular protection: Nuts, soy, lentils and tempe. *Asia Pac J Clin Nutr* 2001;10:128-33.
23. Terry Berro CB, Quintana Jardines I, de la Paz Luna M, García J, Fernández Bohórquez R, Silvera Téllez D; *et al.* Impacto de las acciones para la eliminación sostenible de la deficiencia de yodo en Cuba. *Rev Peruana Med Exp Salud Pú* 2014;31, 24-29.
24. Porrata-Maury C, para el Grupo Cubano de Estudio de los Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Consumo y preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2009;19:87-105.
25. Chrysant SG, Chrysant GS. The current status of homocysteine as a risk factor for cardiovascular disease: A mini review. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2018;16:559-65.
26. Santana Porbén S. Sobre la historia de la Nutrición artificial en Cuba. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2018;28:228-37.
27. Pimiento de Echeverri S. Curso CINC Interdisciplinario de Nutrición Clínica. FELANPE Federación Latinoamericana de Nutrición clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo. Sao Paulo [Brasil]: 1999.