

Colegio Mexicano de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Jalisco. México

REFLEXIONES EN TORNO A LA DECLARACIÓN DE CANCÚN: CUÁNTO HEMOS LOGRADO. CUÁNTO NOS FALTA POR RECORRER

Humberto Arenas Márquez¹.

INTRODUCCIÓN

A 10 años de la Declaración de Cancún sobre “El Derecho a la Nutrición en los hospitales”, debemos hacer un análisis crítico para evaluar si lo expresado en ella ha repercutido en una mejoría de la calidad de atención nutricional intrahospitalaria dispensada especialmente en Latinoamérica.

Para iniciar esta reflexión me referiré a la Medicina hipocrática, la cual ha sido considerada ciencia a la vez que arte por el imperativo de modificar y adaptar la dieta del enfermo de acuerdo con su condición para evitar el sufrimiento y la muerte. Por otro lado, el principio hipocrático de “Primero no Dañar” (*Primum non nocere*) está ahora más que nunca vigente, especialmente en la arena de la Nutrición clínica y la Terapia nutricional.¹⁻² Sin duda, a 50 años del inicio de la Nutrición Clínica, tecnológicamente hemos presumido de grandes avances. En este Siglo XXI, podemos afirmar que, al menos al interior de los hospitales, el paciente es alimentado, pero la pregunta relevante es si esta alimentación cubre los criterios de calidad, que serían: oportunidad, eficiencia, efectividad y seguridad.

La respuesta basada en evidencias es un no “significativo”.³⁻⁴

Así, pues, podemos dividir en 2 grandes secciones las fallas que dañan nutricionalmente a los pacientes: las denominados latentes, que son fallas en el sistema de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales; y las activas, que son aquellas realizadas por las diversas personas que actúan directamente en la atención del paciente. Por lo tanto, las acciones para mejorar la seguridad nutricional del paciente hospitalizado deberán ser enfocadas en el cambio proactivo y preventivo tanto a nivel sistémico (por sistema), como a nivel individual (involucrando a las personas). Estas acciones podrán ser reguladas o auto-reguladas. No obstante, es nuestra visión que la seguridad nutricional en el sistema de salud nada significará sin la colaboración y compromiso de los profesionales de la medicina.

Un cambio cultural es una precondition para la acción, a la vez que un componente integral, que conduce a las actuaciones para mejorar la seguridad en la atención nutricional del paciente, y también a una política de resultados. El cambio cultural es entonces fundamental para la absorción de cualquier forma de innovación en la atención en la salud.

¹ Médico y cirujano. Presidente *pro tempore* (2017 – 2018) de la FELANPE Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Presidente *pro tempore* (1995 – 1996) del Colegio Mexicano de Cirugía. Miembro del Colegio Norteamericano de Cirujanos.

Recibido: 30 de Noviembre del 2018. Aceptado: 4 de Diciembre del 2018.

Humberto Arenas Márquez. Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional. Guadalajara. Estado de Jalisco. México.

Correo electrónico: arenas50@hotmail.com

La cultura es el elemento más importante en política. Por lo tanto, se requiere de un cambio cultural mayor, especialmente en México, nuestro país, en áreas fundamentales como son las de “confiar en lo que hacemos bien”, “reportar lo que nos sale bien, pero también lo que nos sale mal”, y “ser transparentes en nuestros resultados y disciplinados en perseguir la meta de la óptima nutrición para todos los pacientes bajo todas las circunstancias”.⁵

Existen cinco diferentes clases de culturas relacionadas todas con acciones para mejorar la seguridad en la atención nutricional del paciente. Las enumero a continuación. La primera es la cultura de los profesionales de la salud, entre ellos, los médicos, las enfermeras y los nutricionistas. Un cambio cultural es necesario para mejorar la confianza entre los profesionales y el paciente en términos de las actitudes de los profesionales (y sus creencias) acerca de la atención nutricional que proporcionan, y cómo compartir la responsabilidad de dicha atención. La realización (y aceptación posterior) de que los médicos poco sabemos en temas de Nutrición clínica es crítica para crear una relación más justa (y equilibrada) entre médicos, nutricionistas y demás personal de salud, por un lado, y los pacientes por el otro; y un mejor entendimiento de las expectativas de unos respecto de los otros. Como resultado de este cambio cultural mediado por la información, la sociedad tendrá un gran beneficio.⁶

La cultura de la colaboración profesional es clave para implementar adecuadamente medidas de seguridad nutricional que estén centradas en el paciente. En consecuencia, la cultura de los líderes del sistema de salud y de los directores de hospitales debe ser cambiada para mejorar la seguridad nutricional del paciente. Existe generalmente poca cooperación entre los líderes y los que proporcionan la atención nutricional al enfermo.

La cultura de la atención nutricional segura crea colaboración y confianza, y estos factores coaligados crearían, y contribuirían a, una disminución de los costos de la atención médica. Ésta sería la segunda cultura a modificar.

La cultura de la atención nutricional centrada en el paciente dependerá del compromiso del paciente en promover su autocuidado, y de la transparencia de la relación entre el paciente y el médico. Esto llevará a un cambio cultural de los proveedores de la atención nutricional, al enfocarse en acciones por la nutrición segura del paciente con el fin de maximizar un impacto positivo tanto desde el punto de vista social como económico.

Finalmente, el impacto social de estas acciones políticas para mejorar la seguridad en la atención nutricional del paciente serán influenciadas por algún grado de cultura individual del mismo.

La seguridad en la atención nutricional del paciente es de alta prioridad en la agenda política de muchos países, sin embargo la naturaleza política del mismo punto puede presentar barreras para evaluar el impacto de las acciones. Hay que poner entonces en la agenda política la atención nutricional segura del paciente.

Con el objetivo de mejorar la seguridad y la calidad de la atención nutricional que le brindamos a nuestros pacientes deberíamos volver a lo básico. Estandarizar los procesos de atención nutricional de forma tal que se garantice que los pacientes reciban la óptima atención nutricional. Construir la infraestructura correcta para la provisión de la atención nutricional. Esto es: contar con un servicio óptimo de alimentación que garantice la atención alimentaria óptima del paciente. Solo cuando este objetivo no pueda ser satisfecho por razones inherentes al paciente, entonces se deberá tener y contar con un cuadro básico de Nutrición artificial, y que sea indicada, monitorizada y gestionada por el equipo humano correcto. Documentar con datos duros el resultado de la óptima aplicación de la terapia nutricional, para así poder demostrar el verdadero impacto económico de una terapia nutricional óptima. Verificar mediante una óptima acreditación aquellos centros que proporcionen excelencia en dicha atención nutricional. Ello nos

permitiría incentivar a los que lo hacen mejor y, a la vez, estandarizar e imitar los procesos que llevan a esa excelencia de atención nutricional.⁷

Enfrentar esos retos requiere coraje y liderazgo. Encontrar simultáneamente calidad de atención nutricional, eficiencia operacional, e incentivo financiero ligado al desempeño debería ser la meta.⁸⁻¹⁰ Tratar de resolver los problemas por separado y de forma aislada resulta en una pérdida de tiempo y de esfuerzo. Caminemos, pues, basados en la nueva Declaración de Cancún, de las palabras a las acciones bajo propuestas que cubran éstos objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardenas D, Pelluchon C. The ethical foundations of nutritional care: A viewpoint on the recent ESPEN guidelines. *Clin Nutr* 2016;35:1587-8.
2. Correia MI, Waitzberg D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and cost evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22:235-9.
3. Correia MI, Hegazi RA. Addressing disease-related malnutrition in healthcare: A Latin american perspective. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2016;40:319-25.
4. Correia MI, Perman M, Waitzberg D. Hospital malnutrition in Latin america: A systematic review. *Clin Nutr* 2017;36:958-67.
5. Arenas H. El futuro de la seguridad del paciente y la calidad en la atención médica. En: Seguridad del paciente al alcance de todos [Editor: Pérez JA]. Alfil. Ciudad México: 2013. pp 495-515.
6. Arenas H. Educación en Nutrición Clínica. *Rev Nutr Clín Metab [Colombia]* 2018;2:13-6.
7. Hoyt BD. Looking forward. *Bull Am Coll Surg* 2011;96:4-5.
8. Tapenden KA. The value of nutrition intervention. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2013;37:160.
9. Klek S, Chourdakis M, Bischoff S, Dubrow S, Forbes A; *et al.* Economy matters to fight against malnutrition: Results from a multicenter survey. *Clin Nutr* 2017;36:162-9.
10. Correia I, Perman M, Pradelli L, Omaral S, Waitzberg DL. Economic burden of hospital malnutrition and the cost-benefit of supplemental parenteral nutrition in critically ill patients in Latin America. *Med Econ* 2018;13:1-23.