



Original/*Valoración nutricional*

# Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador

Sylvia Gallegos Espinosa<sup>1</sup>, Marcelo Nicolalde Cifuentes<sup>1</sup> y Sergio Santana Porbén<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Salud Pública. ESPOCH Escuela Politécnica del Chimborazo. Riobamba. Provincia del Chimborazo. República del Ecuador. <sup>2</sup>Vicepresidencia. Junta directiva. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo.

## Resumen

**Justificación:** El Estudio ELAN Ecuatoriano de Desnutrición Hospitalaria en los hospitales públicos del Ecuador devolvió una tasa de desnutrición del 37.1% [Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S; para el Grupo Ecuatoriano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. Estado de la desnutrición en los hospitales del Ecuador. Nutr Hosp (España) 2014;30:425-35]. La desnutrición hospitalaria podría ser la resultante de prácticas culturales institucionales que afectan el estado nutricional del enfermo.

**Objetivos:** Presentar el estado corriente de los cuidados alimentarios y nutricionales que se le ofrecen al enfermo atendido en los hospitales públicos del Ecuador.

**Material y Método:** El estado de los cuidados alimentarios y nutricionales provistos a 5,355 enfermos atendidos en 36 hospitales de 23 provincias del país se documentó mediante la Encuesta de Nutrición Hospitalaria (ENH), conducida dentro del Estudio ELAN. La ENH registró el completamiento de los ejercicios de evaluación nutricional, el estado del uso de la vía oral, el tiempo de ayuno, el uso de suplementos dietéticos orales, y la implementación y conducción de esquemas de Nutrición artificial (Enteral/Parenteral); respectivamente.

**Resultados:** Menos del 0.1% de las historias clínicas tenía un diagnóstico de desnutrición dentro de las listas de problemas de salud del paciente. Menos de la mitad de los pacientes había sido tallado y pesado al ingreso. La Albúmina sérica y los Conteos Totales de Linfocitos estaban registrados en el momento del ingreso en solo el 13.5% y el 59.2% de las instancias, respectivamente. El valor corriente del Peso solo se anotó en el 59.4% de los pacientes con una estadía<sup>3</sup> 15 días. Se indicó algún tipo de suplemento dietético en solo el 3.5% de los pacientes no desnutridos en los que concurrían estrés metabólico significativo y/o ingresos dietéticos disminuidos. A pesar de que se identificaron hasta 10 indicaciones diferentes para el uso de Nutrición artificial en la muestra de estudio, se le administró alguna de estas técnicas a solo el 2.5% (me-

## STATE OF FOOD AND NUTRITIONAL CARE IN PUBLIC HOSPITALS OF ECUADOR

### Abstract

**Rationale:** The ELAN Ecuadorian Study of Hospital Malnutrition returned a malnutrition rate of 37.1% in public hospitals of Ecuador [Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S; para el Grupo Ecuatoriano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. State of malnutrition in hospitals of Ecuador. Nutr Hosp (España) 2014;30:425-35]. Hospital malnutrition could be the result of institutional cultural practices affecting the patient's nutritional status.

**Objectives:** To present the current state of food and nutritional care provided to patients assisted in public hospitals of Ecuador.

**Material and Method:** The state of food and nutritional care provided to 5,355 patients assisted in 36 hospitals of 23 provinces of the country was documented by means of the Hospital Nutrition Survey (HNS), conducted as part of the ELAN Study. HNS recorded the completion of nutritional assessment exercises, the use of food-by-mouth, fasting, use of oral nutritional supplements, and implementation and conduction of Artificial nutritional schemes (Enteral/Parenteral); respectively.

**Results:** Less than 0.1% of clinical charts had a diagnosis of malnutrition included in the list of the patient's health problems. Less than half of the patients had been measured and weighted on admission. Serum Albumin values and Total Lymphocytes Counts were annotated on admission in only 13.5% and 59.2% of the instances, respectively. Current weight value was registered in only 59.4% of the patients with length of stay<sup>3</sup> 15 days. An oral nutritional supplement was prescribed in just 3.5% of non-malnourished patients in which significant metabolic stress and/or reduced food intakes concurred. Although up to 10 different indications for use of Artificial nutrition were identified in the sample study, any of these techniques was administered to just 2.5% (median of

**Correspondencia:** Sylvia Gallegos Espinosa.  
Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Salud Pública.  
ESPOCH Escuela Politécnica del Chimborazo. Riobamba.  
Provincia del Chimborazo. República del Ecuador.  
E-mail: sylvia10@hotmail.com

Recibido: 2-X-2014.  
Aceptado: 3-XI-2014.

diana de los porcentajes observados; rango: 1.3 – 11.9%) de los pacientes encuestados.

**Conclusiones:** En el momento actual, el estado nutricional del paciente hospitalizado no se incluye dentro de los objetivos terapéuticos, los ejercicios de evaluación nutricional son incompletos, y la Nutrición artificial no se considera una opción terapéutica. De estos hallazgos solo se puede concluir que el nutricionista no ha encontrado cabida dentro del equipo de atención médica. Urge la adopción de las medidas requeridas para insertar las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición” dentro de la atención médica en los hospitales públicos del Ecuador.

(*Nutr Hosp.* 2015;31:443-448)

DOI:10.3305/nh.2015.31.1.8178

Palabras clave: *Desnutrición hospitalaria. Estadía hospitalaria. Epidemiología. Calidad de los servicios. Nutrición artificial.*

## Introducción

El Estudio ELAN Ecuatoriano de Desnutrición Hospitalaria fue completado en 5,355 pacientes atendidos en 36 hospitales de 23 (de las 24) provincias del país durante el bienio 2011 – 2012. La tasa encontrada de desnutrición hospitalaria fue del 37.1%<sup>1</sup>. La desnutrición fue dependiente de la edad y la escolaridad del enfermo; y la presencia de cáncer, sepsis, y falla orgánica crónica. La frecuencia de desnutrición se incrementó a medida que se prolongó la estadía hospitalaria<sup>1</sup>.

El Estudio ELAN también previó el relevamiento del estado corriente de los procesos de cuidados alimentarios y nutricionales que se le proveen al paciente durante la hospitalización después de la conducción de la Encuesta de Nutrición Hospitalaria (ENH). Este artículo presenta los resultados observados tras el completamiento de la ENH, y expande y complementa los hallazgos descritos previamente<sup>1</sup>.

## Material y método

### *La Encuesta de Nutrición Hospitalaria: Diseño y conducción*

El diseño y la conducción de la ENH han sido presentados previamente<sup>2</sup>. Brevemente, los pacientes hospitalizados entre los meses de Noviembre de 2011 y Junio del 2012 fueron tallados y pesados, y el estado nutricional evaluado mediante la Encuesta Subjetiva Global descrita previamente<sup>3</sup>, y administrada según un documento elaborado *ad hoc*<sup>4</sup>.

La ENH<sup>1</sup> se condujo paralelamente para establecer el estado corriente de los cuidados nutricionales pro-

<sup>1</sup> La ENH fue diseñada por el Comité Científico del ELAN Estudio Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria para uso por los encuestadores locales en los países participantes. Para más detalles: Consulte la referencia 6.

observed percentages; range: 1.3 – 11.9%) of surveyed patients.

**Conclusions:** Currently, nutritional status of hospitalized patient is not included within therapeutic goals, nutritional assessment exercises are incomplete, and Artificial nutrition is not considered a therapeutic option. From these findings it can only be concluded that the nutritionist still has no place within medical care teams. Adoption of required measures in order to introduce “Food and Nutrition Good Practices” into the medical care in public hospitals of Ecuador is urgently needed.

(*Nutr Hosp.* 2015;31:443-448)

DOI:10.3305/nh.2015.31.1.8178

Key words: *Hospital malnutrition. Length of stay. Epidemiology. Quality of services. Artificial nutrition.*

vistos al enfermo hospitalizado. Mediante la ENH se evaluaron las prácticas existentes en la institución para el diagnóstico y registro de la desnutrición asociada a la enfermedad, la prevención del ayuno hospitalario, y la indicación, inicio y conducción de esquemas de Nutrición artificial.

La ENH fue rellenada después de una auditoría de la historia clínica del paciente ingresado, siguiendo las instrucciones contenidas en el correspondiente PNO Procedimiento Normalizado de Operación<sup>5</sup>.

Los formularios con los datos de las ENH fueron revisados, enmendados, e ingresados en una aplicación creada *ad hoc* con ACCESS 7.0 de OFFICE para WINDOWS (Microsoft, Redmon, Virginia, Estados Unidos).

La base de datos de la ENH fue escrutada para identificar aquellos pacientes en los que se presentó alguna de 10 indicaciones diferentes de intervención nutricional: Pacientes no desnutridos, pero con estrés moderado/elevado y/o ingresos disminuidos, Suspensión de la vía oral, Ayunos de 5 (o más) días de duración, Pérdida de peso > 20%, Presencia de infección, Presencia de cáncer, Presencia de falla orgánica crónica, Puntajes B/C de la ESG, Cirugía completada, En los pacientes operados: SPO >= 5 días; y Estadía hospitalaria >= 15 días; respectivamente.

### *Construcción de estándares e indicadores de calidad*

La elaboración de juicios sobre el estado actual de los cuidados nutricionales hospitalarios implica la existencia de estándares representativos de lo que serían las “Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición”. Tales prácticas han sido formuladas explícitamente<sup>2</sup>; o pueden derivarse como el complemento de las conductas institucionales no deseadas que se han descrito en todas partes<sup>7</sup>.

Un estándar es una declaración general de lo que sería una conducta deseable dentro del proceso de

cuidados nutricionales del enfermo hospitalizado, en concordancia con las “Buenas Prácticas”. Definido el estándar, éste se tradujo en los correspondientes indicadores de calidad. A cada indicador se le acopló una especificación de calidad en forma de un número definitivo del comportamiento esperado del indicador en cuestión<sup>8</sup>. De esta manera, se construyeron 20 indicadores distribuidos en 4 estándares para cubrir tópicos relativos a la evaluación nutricional del enfermo hospitalizado, la prescripción dietética hospitalaria, la ocurrencia de ayuno involuntario, el uso de suplementos nutricionales orales, y la implementación y conducción de esquemas de Nutrición artificial (Enteral/Parenteral).

Los valores corrientes de los indicadores de calidad del proceso en cuestión se estimaron de los datos anotados localmente en los formularios de la ENH. El valor estimado del indicador de calidad se contrastó con la especificación correspondiente, y se denotó el indicador como satisfactorio si el valor estimado era igual o mayor que la especificación pertinente<sup>2</sup>.

Dada la naturaleza descriptiva de este estudio, no se aplicaron técnicas de inferencia estadística para evaluar la naturaleza de las asociaciones que pudieran sugerirse del examen de los hallazgos.

## Resultados

La tabla I muestra la distribución de la serie de estudio según las indicaciones apuntadas para la implementación de esquemas de apoyo nutricional. La mediana de las categorías fue del 9.3%. Los estimados entre-categorías de la indicación de apoyo nutricional oscilaron entre el 3.4% (correspondiente a los pacientes en los que se había establecido la presencia de cáncer) y el 37.1% (que fue la proporción de enfermos que fueron denotados con puntajes B/C de la ESG).

La tabla II muestra el estado de los procesos hospitalarios de cuidados alimentarios y nutricionales, descrito mediante los indicadores avanzados previamente.

### *Respecto de la evaluación nutricional*

Existían balanzas a menos de 50 metros de la cama del paciente en el 60.0% de las instancias. Sin embargo, el paciente fue tallado y pesado al ingreso en menos de la mitad de las ocasiones. Igualmente, el valor prospectivo del Peso fue registrado en apenas el 60.0% de los pacientes que acumulaban 15 días (o más) de estadía hospitalaria.

En menos del 0.1% de las historias clínicas auditadas (en definitiva, solo fueron 3 historias de las 5,355 examinadas en los hospitales encuestados durante el

<sup>2</sup> Los indicadores de calidad se trazaron hasta las citas bibliográficas que establecían su pertinencia. Las citas se muestran en la referencia 2.

Estudio ELAN) se había incluido el diagnóstico de desnutrición dentro de la lista de problemas de salud elaborada dentro de las 72 horas siguientes al ingreso del enfermo.

Los valores iniciales de Albúmina sérica solo se habían anotado en poco más de la décima parte de las historias encuestadas. Por su parte, los Conteos Totales de Linfocitos en el momento del ingreso estaban registrados en el 59.2% de las historias.

El registro prospectivo de estos indicadores bioquímicos del estado nutricional del enfermo fue insuficiente, al comprobar que solo el 10.8% de las historias contaba con un valor adicional de Albúmina sérica en los pacientes con estadías  $\geq 15$  días; mientras que en poco más de la cuarta parte de ellas se encontraba un segundo Conteo de Linfocitos. Estos hallazgos son más contraproducentes por cuanto este subgrupo de enfermos solo representó menos del 10% de la serie de estudio.

**Tabla I**

*Pacientes en la base de datos de la Encuesta de Nutrición Hospitalaria que llenaron alguna de las 10 indicaciones de apoyo nutricional. Los resultados en cada categoría se presentan como el número de enfermos, junto con los porcentajes respecto del tamaño muestral*

<i>Categoría</i>	<i>Hallazgos</i>
Pacientes no desnutridos, pero con estrés moderado/elevado y/o ingresos disminuidos	1,450 [27.1]
Suspensión de la vía oral	480 [9.0]
Ayunos de 5 (o más) días de duración	192 [3.6]
Pérdida de peso > 20%	246 [4.6]
Presencia de infección	1,338 [25.0]
Presencia de cáncer	180 [3.4]
Presencia de falla orgánica crónica	438 [8.2]
Puntajes B/C de la ESG	1,984 [37.1]
Cirugía completada	1,196 [22.4]
• De ellos: SPO $\geq 5$ días <sup>§</sup>	23 [1.9]
Estadía $\geq 15$ días	516 [9.6]

<sup>§</sup>Limitado a los 1,197 pacientes en los que se completó el plan quirúrgico.

Tamaño de la serie: 5,355.

Fuente: Registros del Estudio ELAN Ecuatoriano de Desnutrición Hospitalaria.

Fecha de cierre de los registros: 31 de Diciembre del 2012.

**Tabla II**

*Estado de los estándares descriptivos de los procesos auditados de cuidados nutricionales del paciente hospitalizado*

<i>Estándar</i>	<i>Valor corriente del indicador</i>
<b>Estándar 1.</b> Respecto de la evaluación nutricional del paciente:	
• Deben existir balanzas a menos de 50 metros de la cama del paciente.	60.0
• El paciente debe ser tallado y pesado en el momento del ingreso institucional.	45.3
• En todo paciente con 15 días (o más) de estadía institucional: Debe registrarse periódicamente el peso del paciente. Se recomienda una frecuencia semanal de registro.	59.4
• Si está presente: Debe documentarse en la Historia Clínica del paciente el diagnóstico de desnutrición en cualquier momento dentro de las primeras 72 horas siguientes al ingreso institucional.	0.07
• Deben estar registrados en la Historia Clínica del paciente los valores (iniciales) de Albúmina sérica en cualquier momento dentro de las primeras 72 horas siguientes al ingreso institucional.	13.5
• Deben estar registrados en la Historia Clínica del paciente los Conteos Totales (iniciales) de Linfocitos en cualquier momento dentro de las primeras 72 horas siguientes al ingreso institucional.	59.2
• En todo paciente con 15 días (o más) de estadía institucional: Deben registrarse periódicamente los valores de la Albúmina sérica. Se recomienda una frecuencia quincenal de monitoreo.	10.8
• En todo paciente con 15 días (o más) de estadía institucional: Deben registrarse periódicamente los Conteos Totales de Linfocitos. Se recomienda una frecuencia semanal de monitoreo.	27.2
<b>Estándar 2.</b> Respecto de las indicaciones dietoterapéuticas hechas al paciente:	
	<i>No evaluado</i>
• La dieta prescrita al paciente debe corresponderse con la condición actual de salud, y estar en capacidad de satisfacer las necesidades nutrimentales que estén incrementadas por situaciones concurrentes de estrés metabólico.	
<b>Estándar 3.</b> Respecto del uso de suplementos nutricionales orales:	
• Pacientes no desnutridos, pero que reciben suplementación nutricional para sostener el estado nutricional debido a: Estrés metabólico moderado/elevado, Ingresos dietéticos disminuidos.	3.5
<b>Estándar 4.</b> Respecto de la necesidad de intervención nutricional:	
• Pacientes con vía oral suspendida en el momento de la ENH que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	9.2
• Pacientes con ayuno $\geq 5$ días que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	11.9
• Pacientes con pérdida de peso $\geq 20\%$ que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	2.4
• Pacientes con diagnóstico de infección que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	1.3
• Pacientes con diagnóstico de cáncer que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	5.6
• Pacientes con diagnóstico de enfermedad orgánica crónica (cardíaca/renal/respiratoria/hepática) que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	1.4
• Pacientes con un programa quirúrgico completado que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	2.2
• De ellos: Pacientes con $\geq 5$ días de realizada una operación quirúrgica que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	4.3
• Pacientes con $\geq 15$ días de estadía hospitalaria que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	2.1
• Pacientes con puntajes B/C después de aplicada la ESG que tenían instalado algún tipo de esquema de apoyo nutricional (Enteral/Parenteral).	2.5

Tamaño de la serie: 5,355.

Fuente: Registros del Estudio ELAN Ecuatoriano de Desnutrición Hospitalaria.

Fecha de cierre de los registros: 31 de Diciembre del 2012.

### *Sobre el uso de suplementos nutricionales orales*

Se ha recomendado el uso de suplementos nutricionales orales en aquellos pacientes no desnutridos, pero que muestran una curva estancada de ganancia de peso, o que tienen dificultades para sostener el peso corporal del solo uso de la vía oral con alimentos. Si bien esta subpoblación representó poco más de la quinta parte de la serie de estudio, menos del 5.0% de ellos recibía un suplemento nutricional oral en el momento de la encuesta.

### *Sobre el uso de la Nutrición artificial*

La tasa de uso de las técnicas de Nutrición artificial fue del 2.4% (mediana de 9 categorías; mínimo: 1.3%; máximo: 11.9%), a pesar del pequeño tamaño de las subpoblaciones necesitadas de apoyo nutricional. Ninguna de las técnicas de Nutrición artificial sobrepasó a la otra en la tasa de uso: *Nutrición enteral*: 1.2% vs. *Nutrición parenteral*: 1.6% (mediana de las 9 categorías;  $p > 0.05$ ; test de Mann-Whitney para muestras independientes).

## **Discusión**

El presente trabajo ha presentado el estado de la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente atendido en hospitales públicos del Ecuador, documentado tras el completamiento de la ENH, conducida dentro del Estudio ELAN.

El Estudio ELAN ha representado una oportunidad única para revelar cómo se conducen cotidianamente los procesos que resultan en el reconocimiento de la desnutrición, el uso de la vía oral, la indicación de suplementos nutricionales orales, y la implementación y gestión de los esquemas de Nutrición artificial. Resulta llamativo que en solo 3 de las 5,355 historias clínicas auditadas se haya recogido el diagnóstico de desnutrición. También llama la atención que en muchas instancias no se haya registrado la Talla y el Peso del enfermo en el acto del ingreso, datos éstos mínimamente requeridos para la confección de la historia clínica y la evaluación del impacto de la enfermedad sobre el estado de salud del paciente. Asimismo, es preocupante que no se indiquen ni se anoten los valores de Albúmina sérica o los Conteos Totales de Linfocitos, indicadores tradicionales del estado nutricional cuya interpretación contextualizada pudiera superar las limitaciones semióticas que siempre se le han achacado.

El estado de las intervenciones nutricionales conducidas en los pacientes hospitalizados no fue menos alarmante. En correspondencia con reportes anteriores, el tamaño de las subpoblaciones necesitadas de apoyo nutricional no fue “grande”<sup>2</sup>. Excepción hecha de los pacientes denotados como “Desnutrido” mediante la ESG, el número de enfermos en los que concurría una

indicación de apoyo nutricional interesó (a lo sumo) el 25.0% de la serie de estudio (el caso de la infección). Aún así, solo una fracción pequeña (tan pequeña que pudiera calificarse como simbólica) se benefició de técnicas especificadas de repleción nutricional. La permanencia en el hospital no significó un mejor cuidado nutricional del enfermo, cuando se examinaron los indicadores propuestos en este estudio para calificar los cuidados alimentarios y nutricionales en los pacientes con una estadía de 15 días (o más).

La situación descrita en este trabajo no es exclusiva de los hospitales del Ecuador. Abundan los reportes sobre la deficiente atención nutricional del paciente asistido en centros médicos de los países de casi todo el mundo<sup>9</sup>. Por consiguiente, no se trata tanto de describir una y otra vez un fenómeno epidemiológico, por más singular que sea su forma de presentación, como de proponer políticas y estrategias para la corrección y eventual prevención del mismo.

Se ha expuesto un modelo para exponer los determinantes del estado corriente de los cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado<sup>10</sup>. Estos determinantes se han agrupado en 3 dominios de los cuales el estado del conocimiento del personal médico y paramédico en temas de Alimentación y Nutrición se revela como el más poderoso. La falla en incorporar en el médico de asistencia (y por extensión los restantes integrantes del equipo de atención) conocimientos sólidos en Nutrición clínica y hospitalaria, Nutrición artificial, Apoyo nutricional y Metabolismo puede explicar, en parte, la falla en reconocer tempranamente, y tratar oportunamente, la desnutrición concurrente con la enfermedad<sup>11-13</sup>. La implementación de formas de educación continuada de posgrado en las disciplinas antes mencionadas orientadas a los distintos integrantes de los grupos básicos de trabajo y diseñadas específicamente según las respectivas formaciones curriculares, se hacen imprescindibles en el ámbito hospitalario para llenar estos hiatos cognoscitivos<sup>14</sup>. La inculturación de tales conocimientos puede no solo influir sobre la calidad percibida de los servicios de salud, sino además, sobre la gestión de las instituciones hospitalarias<sup>15</sup>.

No obstante lo anterior, otra circunstancia ha emergido con fuerza singular en años recientes. El hospital se ha desdibujado como el ente articulador de los cuidados de salud, como consecuencia de recortes fiscales y presupuestarios de todo tipo, demandas incrementadas de asistencia médica de alto valor agregado humano y tecnológico, y la puesta a punto de estrategias ambulatorias de tratamiento que minimizan (cuando no excluyen) el ingreso institucional<sup>16-17</sup>. Para que sean exitosas, las terapias nutricionales requieren de tiempos prolongados de conducción, y tal vez el hospital ya no sea el lugar donde el paciente deba recibir las mismas. Aún así, la comunidad médica debe trascender viejos paradigmas, y reinsertar los cuidados alimentarios y nutricionales en cada una de las etapas del tratamiento médico-quirúrgico, independientemente del ámbito en

que éstas se realicen. El apoyo nutricional a domicilio debe ser promovido como el nuevo modelo de intervención nutricional que asegure la mejor respuesta del paciente al tratamiento médico-quirúrgico, y con ello, la contención de costos, y una calidad mejor percibida de la asistencia médica<sup>18</sup>.

### Limitaciones del estudio

El diseño de la ENH debería expandirse para indagar sobre el estado de la prescripción dietética como la primera (y principal) intervención alimentaria, nutricional y metabólica en el paciente hospitalizado. Existen razones para afirmar que, en el presente estado de cosas, el acto de la prescripción dietética no se corresponde con la situación clínico-metabólica del enfermo, ni satisface las necesidades nutrimentales del mismo. En un reporte anterior, se observó que la prescripción dietética hospitalaria no informaba sobre la composición nutrimental de la dieta indicada al paciente encuestado, ni tampoco sobre la textura/consistencia de los alimentos servidos<sup>19</sup>. La situación no había experimentado cambios 10 años después, si se juzga de los resultados observados en un hospital terciario de la ciudad de La Habana<sup>20</sup>.

### Conclusiones

El Estudio ELAN ha revelado una tasa de desnutrición hospitalaria del 37.1%, tras el completamiento de la encuesta en 5,355 pacientes atendidos en 36 hospitales de 23 (de las 24) provincias del país. Sin embargo, la desnutrición se anotó como un problema independiente de salud en solo 3 de las historias; la Talla y el Peso se registraron en el momento del ingreso en menos de la mitad de los enfermos, y la Albúmina sérica y los Conteos Totales de Linfocitos fueron relegados como indicadores nutricionales. El uso de técnicas de suplementación nutricional oral y Nutrición artificial fue (a lo sumo) simbólico. La prolongación de la estadía hospitalaria no significó un mejor cuidado alimentario y nutricional del enfermo. Estos resultados obligan a indagar en la dinámica hospitalaria a los fines de (re)insertar los cuidados alimentarios y nutricionales dentro de la atención integral del enfermo hospitalizado.

### Referencias

- Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S; para el Grupo Ecuatoriano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. Estado de la desnutrición en los hospitales del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2014;30:425-35.
- 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.
- 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.
- SPO 2.011.98: Evaluación Subjetiva Global del estado nutricional del paciente hospitalizado. *Manual de Procedimientos. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"*. Tercera Edición. La Habana: 2012.
- SPO 3.001.98: Encuesta de Nutrición Hospitalaria. *Manual de Procedimientos. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"*. Tercera Edición. La Habana: 2012.
- Correia MITD, Campos ACL. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003;19:823-5.
- Butterworth CE. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1974;9:4-8. Reimpreso más tarde en: *Nutrition* 1994;10:435-41; y *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005;20:298-309.
- Santana Porbén S. Sistema de control y aseguramiento de la calidad. Su lugar dentro de un programa de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2012;27:894-907.
- Santana Porbén S, Ferraresi E. La epidemiología de la desnutrición hospitalaria. *Publicación científica RNC sobre Nutrición clínica* 2009;18:101-17.
- Santana Porbén S. Estado de la Nutrición artificial en Cuba. Lecciones del Estudio Cubano de Desnutrición hospitalaria. *Íbidem* 2009;17:37-47.
- González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23: 44-64.
- 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. *Íbidem* 2012;22:246-56.
- Goiburú ME, Alonzo LF, Aranda AL, Rivero MF, et al. Nivel de conocimiento en Nutrición clínica en miembros del equipo de salud de hospitales universitarios del Paraguay. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2006;21:591-5.
- Santana Porbén S, Barreto Penié J. Sistema de Educación Continuada en Nutrición Clínica, Nutrición Artificial y Apoyo Nutricional; su lugar dentro de un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. *Íbidem* 2009;24:548-57.
- 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(1):35-49.
- McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000;78:803-10.
- Preker A, Harding A. The economics of hospital reform: From hierarchical to market-based incentives. *World Hosp Health Serv* 2003;39:3-10,42,44.
- Casasola S, Ferraresi Zarranz EM. Soporte nutricional a domicilio: ¿El paradigma último de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo? *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21(2):303-21.
- Santana Porbén S. Estado de la prescripción dietética en los hospitales cubanos ¿A cada quién según sus necesidades? *Publicación científica RNC sobre Nutrición clínica* 2009;18:69-84.
- Garcés García-Espinosa L, Santana Porbén S, Barreto Penié J, Gutiérrez Rojas AR, Argüelles Barreto D, Díaz Hernández JM, et al. Estado de la prescripción dietética en un hospital clínico quirúrgico terciario. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:228-45.