



REFLEXIONES - ENSAYOS

MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA: ¿PARADOJA O TRISTE REALIDAD?

HOSPITAL MALNUTRITION: A PARADOX OR A SAD REALITY?

***Hurtado Sánchez, José Antonio.**

*Enfermero de UCI del Hospital General Universitario de Alicante. Prof. Asociado Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

Palabras clave: Nutrición hospitalaria, cuidados, enfermería.

Key words: Hospital Nutrition, Care, Nursing.

RESUMEN

El trabajo que presentamos se centra en una reflexión que pretende ayudar, a la hora de considerar el problema que existe actualmente en el campo de la nutrición hospitalaria, intentando que desaparezca ese concepto, ya que entendemos que la citada "malnutrición hospitalaria" no es sólo consecuencia de la enfermedad, sino que existe una práctica hospitalaria que favorece su aparición y causa estos procesos de alteraciones nutricionales.

ABSTRACT

This work focuses on a reflection which pretends to help when considering the current problem in the field of hospital nutrition. It is tried that this "concept" disappears, as we do understand that the above mentioned "hospital malnutrition" is not only a result of an illness but there is also a practice in hospitals that leads to it and causes nutritional complications.

Han pasado muchos siglos desde que Aristóteles señalara el binomio alimentación/enfermedad manteniendo ya en aquella época que la ingesta de determinados alimentos o formas de alimentarse conducía a la aparición de enfermedades. Posteriormente, fue desapareciendo este binomio, como señala Cervera (1993), para adquirir importancia el binomio alimentación/salud y, por tanto, la importancia de la

alimentación tanto para mantener un estado óptimo de salud como para restablecer la misma tras un periodo de enfermedad.

Desde mitad de los años 60 la alimentación y nutrición de los pacientes hospitalizados empezó a adquirir importancia ya que se comenzó a relacionar el mantenimiento de un estado óptimo de nutrición con una disminución en las complicaciones de las patologías y en los días de estancia hospitalaria, así como un aumento de la respuesta positiva a la medicación y rápido restablecimiento.

Han pasado 40 años de esta evidencia, y a pesar de la existencia de innumerables libros, artículos, trabajos de expertos y profesionales en la materia relacionados con el tema, la realidad es que la malnutrición hospitalaria se ha convertido en un síndrome bien definido médicamente, como señala Martín (2000). La malnutrición hospitalaria no es sólo consecuencia de la enfermedad y existe una práctica hospitalaria que favorece su aparición:

- Falta de registro de peso y talla.
- Falta de seguimiento de evolución ponderal.
- Uso prolongado de soluciones IV como único soporte nutricional.
- Ausencia de ingestas por realización de pruebas diagnósticas.
- Falta de control y registro de la ingesta del paciente.
- Comidas mal programadas, presentadas y distribuidas.
- Mal planteamiento a la hora de prescribir la dieta.
- Retraso en la instauración del soporte nutricional.
- Pérdidas aumentadas por complicaciones del tratamiento médico o quirúrgico.
- Administración de medicación que interfiere en la nutrición: citostáticos, esteroides, etc..
- Ausencia de Unidades de Nutrición y Dietética.

En efecto, estas son prácticas comunes en el trabajo cotidiano de cualquier hospital y se da la circunstancia paradójica que en un lugar que está destinado para recuperar la salud también “colaboramos”, de forma involuntaria claro está, a esa malnutrición de nuestros pacientes.

Los hospitales, señala Gómez Sancho (1994), están diseñados arquitectónica y funcionalmente para satisfacer la mecánica interna de la institución y la conveniencia del personal y no para el bienestar del enfermo, quizás esa sea la razón por la cual desarrollemos prácticas para llevar a cabo el trabajo de la forma más efectiva para el personal, y se cuente poco con el verdadero protagonista que es el paciente. Unos ejemplos de lo anteriormente expuesto están en el desarrollo de las pruebas diagnósticas, no quiero con ello restar la importancia que tienen desde el punto de vista clínico, pero con tanta sofisticación nos olvidamos que trabajamos con y para seres humanos: ¿cuántas veces un paciente es citado a varias pruebas en días sucesivos que requieren una preparación dietética que a menudo consiste en estar en ayunas desde la noche anterior?; está toda la mañana para realizarse la prueba y cuando por fin termina, la comida debe tomarla, en el mejor de los casos, recalentada, no tiene opción, si la prueba ha sido molesta, a elegir menú y, pobre de él, si es citado al día siguiente para una nueva prueba en la que se puede repetir

el proceso y sin darse cuenta puede llegar a 48- 72 horas sin apenas comer, lo cual todos los profesionales sabemos que no es excepcional. ¿Seguro que no es posible compatibilizar pruebas con la dieta habitual?

También es cierto que a pocos pacientes se les toman datos antropométricos para la realización de un valoración nutricional y que, además, la dieta que se les asigna está más en función de la patología que de sus necesidades nutritivas. Es cierto que en ocasiones la patología puede determinar la dieta pero esto sucede en una minoría de los casos y, aún en estos casos, es frecuente que la elección de la dieta sea incorrecta. Un ejemplo típico es el caso de un diabético al que frecuentemente se le asigna “dieta diabética” y esta dieta en los hospitales consiste en una dieta sin azúcares solubles y con un número determinado de Kcal, habitualmente 1500 sin tener en cuenta el peso del paciente.

Otro ejemplo es la influencia de los horarios. Culturalmente estamos habituados a desayunar, almorzar, comer y cenar a unas horas que no tienen nada que ver con los horarios que nos imponen en los hospitales. Lo cual choca con la necesidad de organización de otro colectivo como es el servicio de cocina. Lo cotidiano es desayunar a partir de las 8.30 horas; en pocas ocasiones se les sirve almuerzo porque la comida se empieza a servir a las 12.30 horas (raro es que una persona habituada a comer no antes de las 14 horas tenga hambre), la merienda viene a partir de las 16 horas y la cena a partir de las 19 horas pero siempre antes de las 20 horas. A las 23 horas se les suele servir un refrigerio que, si el paciente se ha dormido no se le despierta, con lo cual pasan más de doce horas hasta que llegue la siguiente ingesta.

En cuanto a las unidades de Nutrición y Dietética no es menos cierto que son pocos los hospitales que cuentan con ellas; y los que sí las tienen, sólo suelen tratar nutrición enteral, parenteral y/o problemas muy puntuales. Sin duda estas unidades con personal especializado tendrían mucho que decir en la alimentación y nutrición de nuestros pacientes.

Por último señalar que, si bien la organización es necesaria, quizás deberíamos tener más en cuenta a la hora de la misma y de la codificación de dietas al verdadero protagonista de la hospitalización que es el paciente. Todo este artículo es una reflexión que espero que ayude a tener presente este problema que existe actualmente y nos pongamos manos a la obra los que trabajamos en este campo de la nutrición o simplemente el hospitalario y ayudemos a que desaparezca el término de malnutrición hospitalaria. Si disminuimos las prácticas sanitarias favorecedoras de la malnutrición estaremos en el camino de la desaparición del término malnutrición hospitalaria

Hace unos días el Ministerio de Sanidad ha lanzado una campaña para la mejora de la alimentación en los comedores escolares, consejos en base a nutrientes ajustados a la etapa de crecimiento y desarrollo, consejos para completar el aporte nutricional en el resto de ingestas y control antropométrico y favorecer la actividad. Curioso ¿No son en parte o en la globalidad las directrices que deberían guiar nuestra práctica hospitalaria?

Quizá, la sensibilización por los medios de comunicación también nos sirva para sensibilizarnos en nuestra labor profesional en un contexto tan prefijado como es el medio hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín,C.; Mottilla,T.; Diaz,J.; Martinez,P. (2000) Nutrición y Dietética. Enfermería S21. Madrid. Ediciones DAE(Grupo Paradigma). Madrid.

2. Cervera, P. ;Clapes, J. ; Rigolfas, R.(1993) Alimentación y Dietoterapia. Madrid. Edit. Interamericana.
3. Gómez Sáncho M. (1994) Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria. ICEPSS.

ENLACES RELACIONADOS

1. www.diariomedico.com/entorno/ent240498com.html
2. www.diariomedico.com/entorno/ent181298combis.html
3. www.grupoaulamedica.com/aula/nutricion/n12001/estado.pdf
4. www.um.es/eglobal/3/03b01.html
5. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n6/original5.pdf>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia