

Programa de Hemodiálisis. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana.

LA SEGURIDAD ALIMENTARIA: HERRAMIENTA INDISPENSABLE EN LA ALIMENTACIÓN DEL NEFRÓPATA CRÓNICO SUJETO A DIÁLISIS

Alberto Anías Martínez¹.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes aquejados de enfermedad renal crónica terminal (ERC-T) y que están sujetos a tratamientos dialíticos crónicos transitan por distintas alteraciones de los compartimentos tisulares como el resultado más llamativo de la uremia, la inflamación y la respuesta a la terapia sustitutiva de la función renal.¹⁻² Si bien en los últimos años se ha reportado una presencia incrementada del exceso de peso entre los enfermos nefrópatas,³⁻⁴ la desnutrición energético-nutricional (DEN) sigue siendo el rasgo distintivo de estas subpoblaciones.⁵⁻⁶

La DEN ha sido reconocida como un predictor de fracasos terapéuticos, expectativa acortada de vida del paciente mientras es contenido dentro el programa dialítico, mortalidad incrementada, y costos aumentados de las prestaciones de salud.^{1-2,5-6} En vista de lo anterior, la atención alimentaria y nutricional del paciente con ERC-T en diálisis supone un enfoque multidimensional y conlleva una actuación (por fuerza) multidisciplinaria que involucre actores de diferentes formaciones curriculares.

La prescripción dietética debe constituir la primera intervención alimentaria-nutricional en el paciente con ERC-T en diálisis. La figura dietética que se le prescriba al enfermo debe ser equilibrada, variada, y palatable, y a la vez, garantizar sinergias con la terapia farmacológica y el régimen dialítico. La adherencia a la prescripción dietética debería mejorar la tolerancia del nefrópata a los tratamientos instalados y resultar en una evolución libre de síntomas prolongada en el tiempo. Sin embargo, y contrario a estas expectativas, se han descrito ingresos dietéticos insuficientes en 11 de 15 categorías nutrimentales en los pacientes nefrópatas sujetos a hemodiálisis iterada en el hospital de pertenencia del autor,⁷ hallazgo éste que obligaría a indagar sobre la situación de seguridad alimentaria que estos enfermos y sus familiares pudieran estar atravesando.

En la actualidad, la alimentación del paciente nefrópata en diálisis es una actividad de restitución regida de manera institucional que se caracteriza por los límites y restricciones que se le impone a la composición nutrimental de la figura dietética. En consecuencia, el nefrópata está expuesto a dietas restringidas, e intercambios dietéticos confinados, que lo colocan en riesgo incrementado de desnutrirse.

¹ Licenciado en Enfermería. Máster en Urgencias médicas. Diplomado en Nutrición clínica. Profesor asistente.

No es extraño escuchar “recomendaciones” dietéticas para estos pacientes que limitan (cuando no suprimen) grupos especificados de alimentos por supuestas acciones sobre el metabolismo celular que pueden conducir a complicaciones indeseadas y/o interferencias con la terapia sustitutiva. Entre los grupos de alimentos que se acostumbra restringir | suprimir en la dietoterapia de la ERC se cuentan las carnes rojas, el huevo, los dulces industriales, y los frijoles. Unos pueden aumentar la concentración de los azoados en la sangre, otros el colesterol, la glucemia, o el potasio; e incluso se tienen a terceros que pueden participar en la génesis de la hipertensión arterial.

Atentan también contra el estado nutricional (y por extensión el estado de salud) del nefrópata crónico la inmunidad comprometida, la susceptibilidad a numerosas complicaciones médicas, y la frecuente exposición a sustancias de características físico-químicas agresivas *per se* (como la solución dializadora y la membrana de diálisis); entre otros eventos. Todos ellos deprimen el apetito (por demás caprichoso y confinado) del enfermo. No debe pasarse por alto que la absorción intestinal y la utilización de los nutrientes puede estar afectada si concurren otras enfermedades con la disfunción renal, como sería el caso de la Diabetes mellitus. Todas las situaciones discutidas anteriormente (que no agotan la lista) colocan al nefrópata crónico en una condición permanente de inseguridad alimentaria.

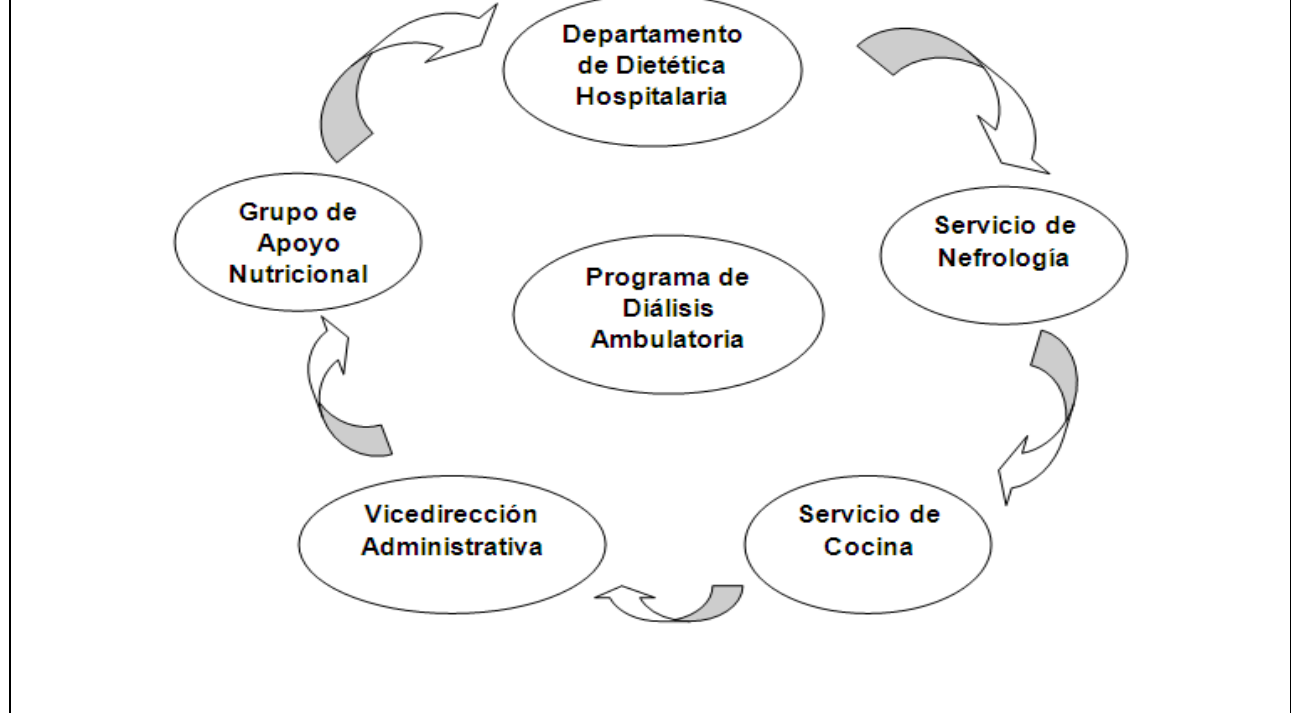
Según el Programa Mundial para la Alimentación (PMA) de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la seguridad alimentaria se define como “el acceso de todas las personas, en todo momento, a los alimentos necesarios para llevar una vida sana y activa”.⁸⁻⁹ Pero desde que el concepto de seguridad alimentaria fue enunciado por primera en la Cumbre Mundial de la

Alimentación de Roma (1974), numerosas y diversas modificaciones semánticas y | o de criterios han sido propuestas. Las modificaciones sugeridas implican las perspectivas correctas para la implementación de una política de seguridad alimentaria según el concepto primigenio. Así, se ha propuesto que la seguridad alimentaria transite desde un enfoque global y nacional a uno que concierna a la seguridad alimentaria familiar e individual; que evolucione desde una perspectiva centrada en el alimento hacia otra orientada en la seguridad de los medios de vida requeridos para acceder al mercado de alimentos; y de indicadores objetivos de medición hacia indicadores de percepción de riesgo y amenaza.

Siendo como es Cuba una nación en vías de desarrollo, sería entonces muy acertado reflexionar cómo y cuánto impacta el aseguramiento de un estado de seguridad alimentaria sobre la evolución del nefrópata crónico en diálisis y la respuesta al tratamiento depurador, teniendo en cuenta que la crisis alimentaria que se vive a escala global en estos tiempos (y que algunos expertos han calificado como una situación equivalente a una “emergencia alimentaria”) puede afectar la capacidad de las instituciones del sistema cubano de salud de proveer una alimentación segura al nefrópata en diálisis.

El sistema cubano de salud sostiene los principios de universalidad, gratuidad, equidad, accesibilidad y solidaridad mediante una organización de servicios estatizada, centralizada y subsidiada que asume los retos derivados tanto del encauzamiento de la demanda asistencial como de la actuación terapéutica y la prestación de recursos e insumos al enfermo y los familiares.

Figura 1. Enfoque multidimensional y multidisciplinario en la atención del paciente con enfermedad renal crónica tratado mediante diálisis.



Siendo como es la restauración gastronómica la principal acción gerencial en el ámbito hospitalario, por cuanto se trata de proveer alimentos al enfermo de acuerdo con su condición clínica en las 6 frecuencias del día, la institución debe ocuparse del establecimiento de la correspondiente política de seguridad alimentaria que esté orientada a satisfacer (al menos en lo posible) la autonomía del paciente como para decidir lo que desea comer, dentro de las restricciones impuestas por la condición clínica corriente.¹⁰ Además, la política institucional de seguridad alimentaria debe hacer posible la trazabilidad del acto de la prescripción dietética, esto es: que se conozca (y se registre) lo que el paciente necesita, que se anote la prescripción dietética, que se sirva lo prescrito, y que (finalmente) que el enfermo se coma lo

servido. Es inmediatamente obvio que el aseguramiento continuo en el tiempo de la política institucional de seguridad alimentaria impone la construcción de una ruta crítica que comprenda la voluntad de los actores involucrados en la restauración gastronómica hospitalaria, la gestión empresarial, y el conocimiento de los procesos institucionales implicados en la preparación y servido de alimentos al enfermo.¹⁰ A tales fines, se debe crear un sistema de registro de datos que recaude la prescripción hecha, el menú servido, las cantidades consumidas de los alimentos servidos, y la respuesta observada; y que, en el proceso, haga posible la evaluación de las políticas y programas hospitalarios de seguridad alimentaria, y de la capacidad institucional para satisfacer las metas contempladas en las mismas.

Como parte de un programa institucional de gestión de riesgo para reducir el negativo impacto de la desnutrición, las políticas hospitalarias de seguridad alimentaria deben orientarse a minimizar el tiempo de ayuno, acortar las brechas en la cadena de servicios cocina-comedor-camarero-enfermo; asegurar el servicio de alimentos en los horarios establecidos y con las características organolépticas y gastronómicas óptimas, garantizar una prescripción dietética correcta, consignar la presencia activa de un nutricionista que traduzca la prescripción dietética en las cantidades y calidades de alimentos que sean compatibles con lo anteriormente expuesto; crear un entorno favorable a la alimentación del paciente, y encargar la supervisión de este acto a un personal de Enfermería competente y capacitado; registrar de manera objetiva lo consumido por el paciente, y promulgar las encuestas dietéticas como herramientas para la auditoría de procesos.

Cuando un nefrópata crónico en insuficiencia orgánica es admitido en un programa de diálisis, la prescripción dietética deja de ser un suceso simple de consumo alimenticio para transmutarse en una orden médica. Pero tal intención todavía está lejos de manifestarse con el carácter galénico que debería tener. Es aún una tarea inconclusa garantizar la seguridad alimentaria en este particular subgrupo de enfermos crónicos, más allá de ofrecer alimentos con un nivel especificado de "calidad". La construcción de figuras dietéticas propias para los pacientes nefróticas en diálisis implica la prescripción personalizada de los aportes de energía, proteínas, electrolitos y minerales. Igualmente, la institución de salud que contiene al nefrópata en diálisis debería proveer sendos menús alimentarios para el día de diálisis y el día-de-no-diálisis, respectivamente. Y si bien el grupo básico

de trabajo puede evaluar el grado de adhesión del enfermo a la figura dietética cuando asiste a la sesión de diálisis, ello no podría asegurarse en el día-de-no-diálisis, a menos que especialistas de la atención primaria de salud participen también en el seguimiento del paciente. Hoy, lamentable es decirlo, no se cumple ni lo primero ni lo último. Las razones de este estado de cosas se han discutido previamente.¹¹

En la actualidad el proceso de prescripción dietética no es una actividad inculturada por el grupo básico de trabajo. El médico puede que sepa reconocer las necesidades nutrimentales del paciente que atiende, pero tal vez falle en comprender que la prescripción de la dieta que se ha de ofrecer al enfermo debe trascender los requeridos (pero también complejos) cálculos matemáticos para convertirse en un menú alimentario (acompañado de los pertinentes intercambios de alimentos) que reúna las características que se desean para que la alimentación se convierta en un acto saciador y divino.

Afortunadamente, se han ido relegando de la práctica asistencial figuras como la "fórmula basal con carne", la "FBC", o la "dieta" acompañada de adjetivos como "libre", "blanda", "líquida" o "hiposódica", aunque todavía se encuentra en las historias clínicas la "dieta reforzada con doble proteína": constructo empleado para referirse en realidad a cantidades calculables de aminoácidos que deben ser aportados en la dieta del paciente. La presencia cada vez mayor de los nutricionistas en los programas de diálisis crónica podría explicar, en parte, el impacto observado, y serviría también para prevenir la aparición de la desnutrición (con todas sus ominosas consecuencias) en personas como éstas a las que hemos ubicado en un contexto asistencial matizado por barreras.

Todas las consideraciones vertidas en este ensayo no son gratuitas. La prestación de servicios de depuración renal no es una actividad trivial. Cada sesión de diálisis cuesta cerca de 200 dólares por paciente, incluso para el sector cubano de la salud que opera dentro de relaciones económicas de subsidios. Si se extiende este costo al segmento de la población cubana que actualmente es tratada por la falla orgánica crónica, entonces se tendría una idea del peso económico que significa sostener el programa nacional de tratamiento de la enfermedad renal crónica en su fase final. ¿No podría la intervención alimentaria y nutricional contribuir a aminorar los costos de las terapias sustitutivas renales mientras mejora los indicadores de gestión sanitaria?

La provisión de alimentos a 50 pacientes implicaría una erogación de 750 dólares (a la tasa de cambio de uso oficial de 1.00 CUP = 1.00 USD) por 2,000 Kcalorías diarias.¹² Pero un nefrópata mejor nutrido podría tolerar máximamente la terapia sustitutiva, con lo que se reduciría el riesgo de complicaciones y se acortaría la estadía hospitalaria requerida para la resolución de las mismas. Extendiendo este paradigma, el hospital pudiera evolucionar hacia una cátedra de Cocina y Gastronomía donde se ensayen nuevos estilos de cocción, y se documenten la respuesta metabólica del enfermo a intervenciones dietéticas con la soja, el huevo, los frijoles, el pescado, alimentos que aportan fibra dietética, ácidos grasos $\omega 3$, zinc, selenio, y otros nutrientes que hoy se han incluido dentro de campos de investigación activos como la inmuno-fármaco-nutrición. Una experiencia reciente (aunque de efímera duración) en el hospital de pertenencia del autor de estas líneas así lo demostró.¹³

CONCLUSIONES

El logro de la seguridad alimentaria se revela como un complejo ejercicio en el que deben participar todos los integrantes del equipo de salud que atiende al nefrópata crónico en diálisis. Para ello, se debe disponer en el hospital de alimentos en cantidades y calidades suficientes y sustentables que satisfagan lo deseado por el paciente, lo prescrito por el médico, lo definido por el nutricionista, la competencia de la cocina hospitalaria de culminar un producto de conformidad con las normas gastronómicas, la capacidad del paciente de asimilar en términos metabólicos este menú, y la idoneidad del personal encargado de servir el menú antes elaborado y animar al enfermo a que lo consuma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Luis D, Bustamante J. Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal. *Nefrología* 2008;28:339-48.
2. Ordóñez Pérez V, Barranco Hernández E, Guerra Bustillo G, Barreto Penié J, Santana Porbén S, Anías Martínez A. Estado nutricional de los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". *Nutrición Hospitalaria [España]* 2007;22:677-94.
3. Kramer HJ, Saranathan A, Luke A, Durazo-Arvizu RA, Guichan C, Hou S, Cooper R. Increasing body mass index and obesity in the incident ESRD population. *J Am Soc Nephrol* 2006;17:1453-9.
4. Salahudeen AK. Obesity and survival on dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41:925-32.

5. Bonanni A, Mannucci I, Verzola D, Sofia A, Saffioti S, Gianetta E, *et al.* Protein-energy wasting and mortality in chronic kidney disease. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:1631-54.
6. Dukkipati R, Kopple JD. Causes and prevention of protein-energy wasting in chronic kidney failure. *Semin Nephrol* 2009;29:39-49.
7. Riverol Hidalgo Y, Pacheco Fuente M, Sanz Guzmán D, Santana Porbén S. Ingresos dietéticos en los pacientes atendidos en un programa hospitalario de hemodiálisis. Relación con la frecuencia de diálisis y el estado nutricional. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2010;20:35-56.
8. FAO/OMS. Elementos principales de estrategias nutricionales. Mejora de la seguridad alimentaria en los hogares. En: Resúmenes de la Conferencia Internacional de Nutrición. Documento temático número 1. FAO Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. OMS Organización Mundial de la Salud. Roma: 1992. pp. 2-43.
9. Jiménez Acosta S. Seguridad alimentaria y nutricional. Una mirada global. *Rev Cubana Salud Pública* 2005;31(3):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300001. Fecha de última visita: 23 de Octubre del 2015.
10. Díaz Lorenzo T, Cardona Gálvez M. Las Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos en el hospital. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:162-83.
11. Santana Porbén S. De la seguridad alimentaria en nuestros hospitales. El Editorial del 20 de Septiembre del 2009. El Sitio de la Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Disponible en: <http://www.nutricionclinica.sld.cu/Editoriales/Editorial200909.htm>. Fecha de última visita: 9 de Noviembre del 2015.
12. Fernández Hernández SI, Santana Porbén S. Sistema de análisis de costes; su lugar dentro de un programa de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2015;31:2711-26.
13. Santana Porbén S. Organización de la restauración hospitalaria para el nefrópata crónico. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24(1 Supl): S127-S130.