

Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo

EL RETO DE FELANPE EN EL CAMPO EDUCATIVO

MEMORIAS DE UNA MESA REDONDA CELEBRADA EN OCASIÓN DEL III CONGRESO REGIONAL ANDINO (REGIÓN CENTRO) Y III CONGRESO ECUATORIANO DE TERAPIA NUTRICIONAL, NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO. GUAYAQUIL: OCTUBRE 26 – 28 DEL 20017.

PRÓLOGO

La desnutrición hospitalaria es un problema global de salud que causa fracasos terapéuticos, prolonga la estadía hospitalaria, ocasiona reingresos frecuentes, e incrementa los costos de la atención médica. Sin embargo, y a pesar de estas connotaciones tan ominosas, la prevalencia de la desnutrición hospitalaria ha permanecido invariante en los últimos 40 años.¹⁻³

El estado actual de los cuidados nutricionales que se le prestan al enfermo pudiera depender de 3 factores interrelacionados entre sí: la oportunidad, la disponibilidad, y el conocimiento.⁴ La creciente morbilidad de las poblaciones abre nuevas (y no pensadas) oportunidades para la prestación de terapias nutricionales en diferentes escenarios clínico-quirúrgicos. Cada día se colocan a disposición de los grupos básicos de trabajo novedosas y sofisticadas tecnologías para la administración de tales terapias. Entonces, el conocimiento que tienen los integrantes de los equipos básicos de trabajo sobre cómo reconocer la desnutrición presente en el enfermo, evaluar el impacto de la misma sobre el tratamiento médico-quirúrgico, e implementar y gestionar un paquete especificado de terapia nutricional se revela como el reto más formidable en la contención de la desnutrición hospitalaria.

Los conocimientos que exhiben los integrantes de los equipos básicos de trabajo en temas esenciales de Alimentación y Nutrición son el resultado de políticas de educación y formación continuada que deben iniciarse en la etapa de pregrado, y conducirse tras el egreso del nutricionista de las aulas universitarias. Estas políticas educativas no son hoy patrimonio exclusivo de las universidades y las Escuelas de Medicina, y reflejan por fuerza la articulación de los esfuerzos e intereses de actores académicos y gremiales.⁵

Tradicionalmente, se han concebido formas presenciales, *cara-a-cara*, para la impartición de contenidos de Alimentación y Nutrición a alumnos y cursistas. El advenimiento de las nuevas tecnologías de la comunicación ha dado paso a actividades semipresenciales y virtuales diseñadas y administradas sobre la Red de Redes que permiten una mayor interacción entre emisores y receptores de los contenidos.⁶

Las nuevas competencias adquiridas por el nutricionista implicarían nuevas exigencias en el mercado laboral y el replanteamiento de las relaciones contractuales entre el empleador y el empleado, todo ello orientado a satisfacer una cuota mayor de responsabilidades que vaya aparejada a un mejor posicionamiento laboral y social.

Nota del Editor: Para citar este suplemento: Arenas Márquez H, Rodríguez Veintimilla D, Tihista S, Correia MTID. El reto de Felanpe en el campo educativo. Memorias de una Mesa Redonda celebrada en ocasión del III Congreso Regional Andino (Región Centro) y III Congreso Ecuatoriano de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. Guayaquil: Octubre 26 – 28, 2017 [Editor: Santana Porbén S]. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2018;28(2 Supl 2):S1-S17.

La FELANPE Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo siempre se ha destacado por su ejecutoria en la formación de recursos humanos y la educación continuada en Nutrición clínica y hospitalaria, Terapia nutricional y Nutrición artificial; y sostiene cursos presenciales dirigidos a sectores profesionales especificados. De estos cursos se destaca un curso interdisciplinario orientado a educar y entrenar a los cursistas en la actuación en equipo. No obstante todo lo alcanzado, ha llegado el momento de establecer nuevas alianzas en pos de nuevas metas y logros, y en correspondencia con la “Declaración de Cancún sobre el Derecho del enfermo a recibir la mejor terapia posible”.

La confluencia de varias personalidades latinoamericanas en ocasión de la celebración del III Congreso Regional Andino (Región Centro) de la FELANPE, y el III Congreso Ecuatoriano de Terapia Nutricional, entre los días 26 – 28 de Octubre del 2017 en la ciudad costera de Guayaquil, República del Ecuador, devino una ocasión propicia para la organización de una Mesa Redonda sobre “Los retos de FELANPE en el campo educativo”. Las personalidades convocadas recorrieron con sus ponencias varios temas dentro del amplio espectro de la formación de recursos humanos y la educación continuada en las disciplinas de Nutrición clínica y hospitalaria, Terapia nutricional, Apoyo nutricional, Nutrición artificial y Metabolismo ante las interrogantes hechas previamente por el coordinador de la mesa.

Lo que se coloca a continuación son las transcripciones de las ponencias expuestas en ocasión de la Mesa Redonda por las distintas personalidades convocadas a ella. El Coordinador ha percibido que la pertinencia de los temas tratados amerita su preservación documental como un suplemento de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, a los fines de registro, documentación, diseminación, asesoramiento, autoestudio y apropiación por todos aquellos interesados en la región en el avance de las disciplinas en cuestión. Si el suplemento sirve eventualmente a tales propósitos, se habrá satisfecho uno de los objetivos de la celebración de esta Mesa Redonda.

Dr. Sergio Santana Porbén
Coordinador
SCNCM Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo
La Habana
CUBA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Porbén S, Ferraresi. La epidemiología de la desnutrición hospitalaria. Publicación RNC dedicada a la Nutrición Clínica 2009;18:101-17.
2. Correia MITD, Hegazi RA, Díaz-Pizarro Graf JI, Gómez-Morales G, Fuentes Gutiérrez C, Goldin MF, Navas A, Pinzón Espitia OL, Millere Tavares G. Addressing disease-related malnutrition in healthcare: A Latin American perspective. JPEN J Parenter Enter Nutr 2016;40:319-325.
3. Correia Maria Isabel TD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clin Nutr 2017;36:958-67.
4. Santana Porbén S. Estado de la nutrición artificial en Cuba. Lecciones del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria. Publicación RNC dedicada a la Nutrición clínica 2009;18:37-47.

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. Nutrición Hospitalaria [España] 2009;24:550-9.
6. Cohen NL, Carbone ET, Beffa-Negrini PA. The design, implementation, and evaluation of online credit nutrition courses: A systematic review. J Nutr Educ Behav 2011;43:76-86.

UNA PRESENTACIÓN (QUE SIRVA TAMBIÉN COMO INTRODUCCIÓN)

La educación del personal médico y paramédico en temas de Alimentación y Nutrición que son trascendentales para la prestación de cuidados de salud ha sido siempre una de las prioridades de la FELANPE desde el mismo momento de su constitución. Hoy se reconoce que las materias de Alimentación y Nutrición ocupan muy poco espacio (por no decir ninguno) en el currículo de las ciencias médicas. También los que hemos transitado por los distintos vericuetos de la provisión de cuidados nutricionales hemos comprendido que el autoestudio no llena los requerimientos de un conocimiento teórico en estas disciplinas que sea abarcador a la vez que integral y sistemático. Las universidades tienen sus propias agendas e intereses, y no han visto (hasta este momento) una “ganancia” (a falta de una mejor palabra) en la conducción permanente de actividades de educación continuada en subespecialidades como la Nutrición clínica y hospitalaria, la Nutrición artificial, el Apoyo nutricional y el metabolismo. Por todo lo anterior, el diseño, conducción y gestión de los programas pertinentes de educación continuada, capacitación y entrenamiento han sido asumidos primero por equipos de nutricionistas operando localmente en sus propias áreas de desempeño, y después, por las sociedades/asociaciones/colegios que se han constituido progresivamente en la región.

Diversos en sus objetivos y propósitos, estos programas siempre han puesto al día el conocimiento sobre cómo se utilizan los nutrientes ingeridos/absorbidos/infundidos, la forma en que opera la maquinaria metabólica en condiciones especificadas de salud-enfermedad como el trauma, la sepsis y la falla orgánica; y el impacto de todas estas noxas sobre el estado nutricional del enfermo hospitalizado. Los programas de educación continuada han crecido para ofrecerles a los beneficiarios herramientas de evaluación nutricional, algoritmos de intervención en diferentes situaciones clínico-quirúrgicas, pautas para la implementación y seguimiento de los esquemas de apoyo nutricional; e información actualizada sobre recursos, insumos, equipamientos, y tecnologías.

FELANPE ha asimilado estos programas, y los ha dotado de una nueva personalidad al promover la interdisciplinariedad como guía para la acción educativa y formativa. Además, FELANPE ha logrado convencer a la industria y otros actores en la necesidad de que la acompañen en la conducción de tales actividades educativas, en la firme convicción de que la inversión en educación debe redituar en un mejor cuidado alimentario y nutricional del enfermo en las distintas etapas del tratamiento médico-quirúrgico, y con ello, no solo una mejor calidad de la asistencia brindada (tal y como puede ser percibida por el enfermo y sus familiares), sino también en costos menores de las prestaciones.

Muchos son los logros a exhibir, pero todavía son inmensos los retos a enfrentar. Como los ponentes mostrarán a través de sus exposiciones y discursos, el estado de los conocimientos sobre Alimentación y Nutrición que exhiben los médicos, enfermeras, y demás prestadores de salud es aún insuficiente (como si las horas dedicadas no hayan sido suficientes o tal vez bien empleadas); todavía las ciencias de la Alimentación y la Nutrición no ocupan el espacio que se merecen en los currículos de pregrado; y las demandas sobrepasan las ofertas existentes.

Por otro lugar, no basta con graduar nutricionistas si no le encontramos un puesto laboral digno y congruente con las competencias con las que los hemos dotado, y donde realicen los conocimientos y saberes acumulados durante el tránsito universitario. Se ha abierto una brecha entre una mayor presencia dentro de los cuadros locales de salud de las enfermedades causadas por trastornos nutricionales diversos y la ausencia de actores capacitados para intervenir este estado de cosas. Todavía hoy puede ser frustrante comprobar que muchos nutricionistas se desempeñan en puestos poco calificados, alejados de sus misiones y encargos sociales. Esta realidad debe ser reconocida e intervenida por FELANPE en estrecha alianza con las sociedades cobijadas bajo su égida. Solo así aseguraremos la continuidad de una Escuela Latinoamericana de Nutrición que ya le ofrece sus frutos únicos al mundo.

Dr. Humberto Arenas Márquez

Presidente para el bienio 2016 – 2018

Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo

Estado de los conocimientos del personal de salud sobre Alimentación y Nutrición y su influencia en los cuidados de salud del paciente. Lic. Serrana Tihista. Sociedad Uruguaya de Nutrición.

Antes de adentrarnos en el tema que ocupa mi presentación, examinemos el estado de la desnutrición en los hospitales de la región. Se tienen dos estudios multicéntricos, multinacionales, completados por la FELANPE en los últimos 15 años. El primero de ellos, el Estudio ELAN Latinoamericano de Desnutrición Hospitalaria, conducido entre los años 1999 – 2001, reunió a más de 9,000 pacientes en los hospitales públicos de 13 países, y devolvió una tasa de desnutrición del 50.2%.¹ El segundo de ellos, completado en el 2012, alcanzó a 7,973 enfermos en los hospitales de 12 países, y concluyó con una tasa (invariante) del 44.9% de desnutrición entre los hospitalizados.² Estos estimados son consistentes independientemente de la herramienta de tamizaje que se haya empleado en ocasión de la encuesta. No es que los pacientes estén desnutridos mientras están hospitalizados. Es que se han constatado durante la conducción de estas encuestas las mismas prácticas que atentan contra el estado nutricional del enfermo que el Dr. Butterworth reveló hace ya más de 40 años en su iniciático ensayo.³

Todavía citaré una tercera encuesta hospitalaria, esta vez, completada con más de 5,000 enfermos en los hospitales públicos del Ecuador.⁴ El estado nutricional del paciente hospitalizado no se incluye dentro de los objetivos terapéuticos, la evaluación nutricional es incompleta 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.

La nutrición es hoy reconocida como un factor de riesgo en 3 de las 4 enfermedades que se han erigido en las principales causas de muerte a escala global.⁵⁻⁶ Sin embargo, muchos de los proveedores de cuidados médicos no están capacitados para trasladar a los pacientes que atienden y sus familiares las recomendaciones emitidas por organizaciones regionales | supranacionales de expertos sobre las conductas saludables en nutrición y actividad física, para así detener el desarrollo y la progresión de las enfermedades.⁷ Luego, la necesidad es imperiosa de mejorar la educación de los profesionales de la salud en temas de Nutrición.⁸

Esta tarea es también primordial porque los médicos (y por extensión, los profesionales que integran los equipos básicos de trabajo) son, en los sistemas de salud, quienes conducen los tratamientos, realizan las prescripciones, y siguen (acompañan) a los enfermos durante cada una de las etapas del tratamiento médico-quirúrgico. Un profesional de salud goza de prestigio entre sus pacientes, y su palabra y actuación adquieren un enorme peso dentro de la comunidad en que se desenvuelve (sea ésta el hospital, la escuela, la sociedad, la academia). Un profesional de la salud que muestre conocimientos sólidos de Alimentación y Nutrición podría, por un lado, convertirse en referente para enfermos y familiares, y sus pares; y por el otro, generaría una mayor conciencia de la importancia que tiene la Nutrición en la prevención y el tratamiento de las enfermedades actuales.

Algunos argüirían que la disponibilidad de guías y pautas para la actuación que son emitidas y actualizadas regularmente por cuerpos profesionales puede reemplazar la necesidad de adquirir un conocimiento en temas aunque sean básicos de Alimentación y Nutrición. Se ha de recordar que las guías, por abarcadoras que sean, no sustituyen el juicio clínico del médico actuante, quien debe atemperar las recomendaciones en ellas contenidas a la realidad que le circunda y que debe intervenir. También se ha de señalar que muchas veces las guías descansan sobre el criterio de expertos, la experiencia clínica acumulada en grandes centros internacionales, e investigaciones de mediana calidad metodológica, por lo que pueden resultar contradictorias en sus propuestas.

Las evidencias disponibles indican que pocos residentes, becarios, y clínicos en general se sienten cómodos con los problemas nutricionales que reconocen en sus pacientes, lo que podría deberse a una educación nutricional inexistente, inadecuada o ineficaz. Así, varias investigaciones han tratado el estado de los conocimientos de los profesionales de la salud de la región. En una primera encuesta en la que participaron 60 médicos intensivistas de tres hospitales públicos de la ciudad de Asunción (República del Paraguay), el 98.3% de ellos consideró que el tratamiento nutricional del paciente en las unidades de cuidados críticos (UCI) incide sobre la morbimortalidad, pero a pesar de ello, el 88.3% de los médicos reconoció como insuficiente su formación en Nutrición.⁹ Todavía más alarmante es que el 70.0% de los encuestados no lee regularmente artículos de nutrición en revistas científicas, y solo un 30.0% ha participado en algún curso relacionado con estas temáticas.⁹

Otro estudio completado en un hospital interzonal provincial en la ciudad de La Plata que se propuso como objetivo conocer el estado del soporte nutricional en una unidad de Cuidados Intensivos (UCI) concluyó que existen barreras para el inicio temprano y oportuno del soporte nutricional (SN) en el paciente atendido en la UCI, así como la conducción ininterrumpida del mismo.¹⁰ Estas barreras pueden estar determinadas tanto por el estado clínico, quirúrgico y nutricional del enfermo, como por las prácticas culturales existentes en la UCI. Urge entonces identificar tales barreras a los fines de intervención y modificación proactiva.¹⁰

La pregunta que sigue ahora es: ¿Pueden tener impacto las intervenciones educativas en Nutrición sobre la gestión hospitalaria? Un segundo trabajo completado igualmente en la UCI del hospital de la ciudad de La Plata antes citado se propuso conocer el impacto de varias intervenciones educativas, registrales y organizativas hechas en la unidad sobre el estado corriente de los procesos integrados dentro del SN.¹¹ Las intervenciones hechas resultaron en una mayor tasa de cumplimiento de la indicación prescrita de SN; un aumento en el número de enfermos que recibieron $\geq 80\%$ de la energía prescrita; y una reducción en el número de días de SN perdidos.¹¹ Se concluyó entonces que las intervenciones educativas, registrales y organizativas pueden resultar en una mejor conducción de los procesos de SN, y con ello, en una menor mortalidad (Mortalidad *por-todas-las-causas*: Fase 1 Preintervención: 40.0% vs. Fase 2:

Post-intervención: 20.5%; $p = 0.054$).¹¹ Pero en este estudio la inestabilidad hemodinámica siguió siendo el obstáculo más formidable en el inicio y mantenimiento del SN.¹¹

Veamos ahora cómo se comportan todos estos determinantes en la formación de Enfermería. La nutrición es un componente de la atención de enfermería desde la reformulación de la especialidad hecha por Florence Nightingale, y es la segunda área en importancia en el quehacer del(la) enfermera(o). En su rol de promoción de la salud y prevención de enfermedades, el personal de Enfermería asesora y educa a los enfermos (y sus familiares) en la adopción de, y adherencia a, estilos de vida saludables, donde se incluyen la dieta y el ejercicio físico.

En los inicios como especialidad paramédica, el personal de Enfermería era el responsable de preparar y servir los alimentos a los enfermos, hasta que se creó la disciplina de la Dietética. Esta división de labores y responsabilidades trajo consecuencias no previstas: a medida que se diferenciaban los roles, las horas dedicadas en el currículo a la formación en Nutrición del personal de Enfermería disminuyeron. Como consecuencia de ello, el estado actual de los conocimientos sobre Alimentación y Nutrición de los(las) enfermero(a)s deja mucho que desear.

Precisamente un estudio completado en La Habana (Cuba) se ocupó de medir el estado del conocimiento de 201 enfermero(a)s en los apartados de la evaluación nutricional, la alimentación y la prescripción dietética del paciente hospitalizado, y la nutrición artificial mediante un cuestionario estructurado de 10 preguntas.¹² De forma paralela, se auditaron 100 historias clínicas para comprobar la presencia de anotaciones hechas relativas al estado nutricional del enfermo durante la hospitalización, el apetito y los ingresos alimentarios, el cuidado de los accesos colocados para la administración de nutrientes, y el cumplimiento de los esquemas prescritos de terapia nutricional, todo ello como parte del “Proceso de Atención de Enfermería”.¹²

Las dos terceras partes de los respondedores fueron evaluados como “Mal”, resultados que fueron independientes del perfil de egreso y los años de experiencia del respondedor.¹² El pobre conocimiento se trasladó hacia la ausencia de anotaciones claras y exactas sobre los aspectos clave del estado nutricional del enfermo, y que constituyen la misión del personal de Enfermería.¹² La última barrera que podría separar al enfermo de los efectos perniciosos de la desnutrición hospitalaria había sido rebasada.

Por si ello no fuera poco, un cuestionario organizado por preguntas abiertas de respuestas múltiples fue administrado por escrito a 70 enfermeros con más de 1 año de experiencia en distintas unidades de terapia intensiva de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires (República Argentina).¹³ El cuestionario, administrado de forma voluntaria y anónima, y con el consentimiento del respondedor, constó de 3 dominios, a saber: la formación profesional y la actitud frente al soporte nutricional; el conocimiento sobre los ejercicios de evaluación nutricional y estimación de los requerimientos energéticos; y las probables intervenciones de Enfermería ante la desnutrición detectada en el enfermo, extendiéndose este último punto al conocimiento de las indicaciones de uso de las distintas modalidades de soporte nutricional, las técnicas disponibles para estos fines, y la implementación, seguimiento, y prevención de complicaciones del uso de la mismas.¹³

El 73.0% de los respondedores consideró que el soporte nutricional puede incidir en la morbimortalidad del paciente hospitalizado, mientras que, al mismo tiempo, otra proporción similar consideró como insuficiente su formación en este tema.¹³ De forma interesante, más de las cuatro quintas partes de los encuestados confesó que no había completado un curso sobre soporte nutricional en los últimos 5 años, y otro número igual expresó durante la entrevista que no leía contenidos sobre este tema que aparecían publicados en revistas especializadas.¹³

Tal actitud ante el soporte nutricional se traslada (forzosamente) al desconocimiento sobre las técnicas y métodos implicados en los cuidados nutricionales del enfermo hospitalizado. Más

del 40.0% desconocen la forma correcta de administrar el soporte nutricional prescrito, más del 50.0% desconocen la periodicidad de lavado de la sonda enteral empleada con fines nutricionales; e igual número no conocen las técnicas de medición del residuo gástrico.¹³

¿Cómo podríamos remediar la situación antes señalada? Todas las situaciones enumeradas previamente hacen el punto de la necesidad de programas de educación continuada, capacitación y entrenamiento en los temas trascendentales del soporte nutricional.¹⁴ La atención nutricional en los distintos escenarios (como el hospital y la comunidad) debe ser mejorada en una era donde las enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento, la obesidad, y los estilos de vida se encuentran al alza. Pero la esencia y el enfoque de tales programas se deberían reorientar hacia la educación interprofesional: método de aprendizaje en que los profesionales aprenden de, y con cada uno de, los otros para posibilitar una colaboración efectiva y mejorar el cuidado de la salud.

La adquisición de competencias en Nutrición por parte de los profesionales de la salud se ha revelado como un nuevo paradigma de formación.¹⁵⁻¹⁶ En correspondencia con ello, las escuelas de Ciencias médicas (donde se incluirían la Medicina y la Enfermería) deben incorporar prácticas interdisciplinarias en aquellas competencias que implican el encuentro y la concurrencia de varios prestadores de cuidados de salud, como lo serían el soporte nutricional, el cuidado del paciente nefrópata, y la intervención en la obesidad.

El cuidado nutricional óptimo del enfermo implica la existencia de profesionales de salud debidamente entrenados, lo que requerirá la educación basada en competencias de Nutrición clínica y hospitalaria. Para ello, será necesario describir los roles y competencias de cada disciplina, y encarar en forma sistemática la atención nutricional. El “*Nutrition Care Process*” que ha definido la ADA de los Estados Unidos podría ser un buen punto de partida.¹⁷

Al mismo tiempo que se promueve la formación de los prestadores de salud en las competencias tenidas como indispensables para el soporte nutricional, se deben promover investigaciones que coadyuven, entre otros objetivos, a la educación de los profesionales de la salud y la mejoría de los cuidados nutricionales en particular, y de salud en general.

¿Cuál sería el papel de los nutricionistas en este contexto? Debido a los conocimientos que adquieren durante su formación profesional, los nutricionistas deben asumir el liderazgo en la educación del equipo de profesionales de la salud. En el transcurso de los últimos años, y como resultado de la gestión de las escuelas de Nutrición del área, sucesivas generaciones de nutricionistas han sido puestos a disposición de los sistemas locales de salud. Los nutricionistas existen y actúan en varios entornos de la atención de la salud, pero su papel en la educación de otros profesionales de la salud es muy variable, y a menudo no se reconoce lo suficiente.

Tal estado de cosas debe cambiar, y los obstáculos identificados y removidos. El involucramiento de los nutricionistas en la formación en Nutrición de los equipos de salud abre todo un abanico de oportunidades que de seguro se revertirá en un mejor cuidado nutricional del enfermo durante el tránsito por las distintas etapas del tratamiento médico-quirúrgico, y con ello, una mejor gestión de los sistemas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correia MI, Campos AC. The prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. Nutrition 2003;19:823-5.
2. Castillo Pineda JC, Gomez García A, Velasco N, Diaz-Pizarro Graf JI, Matos Adames A, Miján de la Torre A. Valoración nutricional en pacientes hospitalizados en hospitales latinoamericanos: Asociación con factores pronóstico. El Estudio ENHOLA. Nutrición Hospitalaria [España] 2016;33:655-62.

3. Butterworth Jr CE. The skeleton in the hospital closet. Nutrition Today 1973;9:4-8. Reimpreso en: Nutrición Hospitalaria [España] 2008;23:395-407.
4. Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S. Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador. Nutrición Hospitalaria [España] 2015;31:443-8.
5. Cordain L, Eaton SB, Sebastian A, Mann N, Lindeberg S, Watkins BA; *et al.* Origins and evolution of the Western diet: Health implications for the 21st century. Am J Clin Nutr 2005;81:341-54.
6. Hawkes C. Uneven dietary development: Linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. Global Health 2006;2(1):4. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-2-4>. Fecha de última visita: 5 de Marzo del 2018.
7. World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Volumen 916. World Health Organization. Ginebra: 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/?sequence=1>. Fecha de última visita: 4 de Marzo del 2018.
8. Kris-Etherton PM, Akabas SR, Bales CW, Bistrian B, Braun L, Edwards MS; *et al.* The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. Am J Clin Nutr 2014;99(5 Suppl):S1153-S1166.
9. Goiburu-Bianco M, Jure-Goiburu MM, Bianco-Cáceres HF, Lawes C, Ortiz C, Waitzberg DL. Nivel de formación en nutrición de médicos intensivistas: Encuesta en hospitales públicos de Asunción. Nutrición Hospitalaria [España] 2005;20:326-30.
10. Martinuzzi A, Ferraresi E, Orsatti M, Palaoro A, Di Leo ME, Mottola M; *et al.* Estado del soporte nutricional en una unidad de Cuidados críticos. Publicación científica sobre Nutrición Clínica RNC 2011;20:5-17.
11. Martinuzzi A, Ferraresi E, Orsatti M, Palaoro A, Chaparro J, Alcántara S; *et al.* Impacto de un proceso de mejora de la calidad en el estado del soporte nutricional en una unidad de cuidados intensivos. Nutrición Hospitalaria [España] 2012;27:1219-27.
12. González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de enfermería sobre temas de nutrición clínica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23:44-64.
13. Ilari S, Salas MA. Evaluación nutricional y soporte nutricional por vía enteral: nivel de conocimientos de enfermeros de unidades de terapia intensiva adultos de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Enfermería Global [Murcia] 2009;16:0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200012. Fecha de última visita: 17 de Agosto del 2017.
14. DiMaria-Ghalili RA, Mirtallo JM, Tobin BW, Hark L, Van Horn L, Palmer CA. Challenges and opportunities for nutrition education and training in the health care professions: intraprofessional and interprofessional call to action. Am J Clin Nutr 2014;99(5 Suppl):S1184-S1193.
15. Castellanos Torrella C. Sobre las competencias de Enfermería en el apoyo nutricional de la cirugía hepatobiliopancreática. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2015;25:221-33.
16. Castellanos Torroella C, Valcárcel Izquierdo N. Sobre la formación de competencias en el perfil de Nutrición del Licenciado en Enfermería dentro de la educación de posgrado. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2017;27:227-44.

17. Gardner-Cardani J, Yonkoski D, Kerestes J. Nutrition care process implementation: A change management perspective. *J Am Diet Assoc* 2007;107:1429-33.

¿Las facultades de Medicina, Enfermería y Química-Farmacia consideran los conocimientos en Alimentación y Nutrición como parte de su pensum de estudios? Dra. Dolores Rodríguez Veintimilla. Sociedad Ecuatoriana de Nutrición Parenteral y Enteral.

El conocimiento sobre temas de Alimentación y Nutrición considerados como imprescindibles, y las competencias para la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales óptimos al enfermo durante el tránsito por los diferentes estadios del tratamiento médico-quirúrgico, deben constituirse en características distintivas del profesional de salud. En concordancia con ello, las facultades de Ciencias de salud de la región deberían incorporar estas capacidades formativas dentro de sus respectivos *pensa* (léase también *curricula*).

Sin embargo, no parece que esto esté ocurriendo en la actualidad. Se tienen reportes de la escasa (por no decir nula) presencia de contenidos de Alimentación y Nutrición en tales *pensa*. Asimismo, se ha comprobado una y otra vez que el profesional de salud (sea éste un médico, una enfermera, o un farmacéutico, de entre los que conforman un equipo de salud) no está preparado para reconocer e intervenir efectivamente la desnutrición presente en los enfermos que atiende.

¿Qué ocurre ahora en el Ecuador? Despues de una búsqueda especializada en la Red de redes, he identificado 39 universidades dedicadas a la formación de recursos humanos para el sector de la salud, y que se distribuyen como sigue: *Medicina*: 21 (53.8%); *Enfermería*: 14 (35.9%); y *Química y Farmacia*: 4 (10.3%); respectivamente. En contraste con este dato, la presencia de temas de Alimentación y Nutrición en el *pensum* de cada una de ellas es desigual. La materia de Nutrición se incluye en el *pensum* de solamente 9 (42.9%) de las universidades de Medicina y 5 (35.7%) de las de Enfermería, pero no en el de Química y Farmacia.

Si trascendemos los límites territoriales del Ecuador para abarcar la región andina, la situación tampoco es muy alentadora. Aun cuando la encuesta se restrinja a las facultades de Ciencias de la salud centradas en las ciudades-capitales de los países andinos (debido al tiempo y los recursos requeridos para una indagación *in-depth* de esta problemática), se puede apreciar que la materia de Nutrición es considerada parte del *pensum* de las universidades de Medicina solo en el Ecuador y el Perú, y de las de Enfermería en el Ecuador y Bolivia.

Examinemos ahora cómo transcurre la formación del nutricionista. El Dr. Vladimir Maffare, quien funge corrientemente como Presidente de la Asociación de Nutricionistas del Ecuador, ha tenido a bien decirme que en el Ecuador existen 12 universidades que ofertan la carrera de Nutrición, y que “producen” anualmente alrededor de 9,000 egresados. Es una cifra en verdad impresionante. Pero menos del 40.0% de tales egresados trabaja ahora mismo en función del título otorgado.

¿Cómo repercute todo lo anteriormente descrito en el cuadro local de salud? Volvemos a las evidencias epidemiológicas. En la América Latina la mitad de los pacientes hospitalizados está desnutrida,¹⁻² y las consecuencias de todo tipo de este hallazgo son tan inmediatas como el costo desproporcionado de las prestaciones de salud, la tasa inaceptablemente elevada de fracasos terapéuticos, y la percepción de una atención médico-quirúrgica de mala calidad por parte del enfermo y sus familiares. El Ecuador no está en mejor posición respecto del resto del continente.³

La ausencia de actores calificados y competentes para la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales implica también que no se pueden allegar los recursos, insumos y tecnologías para

la paliación de la desnutrición presente en nuestros pacientes, y por lo tanto, nunca se incorporarán dentro de los cuadros básicos de medicamentos.

Pero otra lectura igualmente inquietante emerge de la situación descrita más arriba. Mientras otras especialidades médicas se benefician de una espiral (indetenible) de desarrollos y novedades tecnológico(a)s que permiten alcanzar cotas superiores de efectividad terapéutica, las especialidades de la Nutrición clínica y la Terapia nutricional están divorciadas de esta espiral I + D, y muchas veces debemos intervenir nutricionalmente en el paciente con tecnologías desfasadas y propensas a complicaciones.

Sin embargo, esta exposición no debería convertirse en un ejercicio estéril de diagnóstico. Si hemos sido capaces de exponer los determinantes de la desnutrición hospitalaria en la región, y en nuestros países, así como las falencias de los programas formativos actuales en las Ciencias de la salud, también debemos contribuir con soluciones. Puede sonar ambicioso, y por lo tanto poco realizable (al menos en este momento), que los *pensa* de las facultades de Ciencias de la salud sean modificados para acomodar conocimientos, habilidades y competencias en Nutrición clínica y hospitalaria y Terapia nutricional, aunque ya en algunos países ello está ocurriendo. Pero se pueden incluir módulos de Nutrición en las carreras de Medicina, Enfermería y Química y Farmacia para ir llenando los vacíos formativos detectados. La carrera de Ciencias médicas ofrece numerosas oportunidades para exponer al alumno a contenidos de Alimentación y Nutrición. Si se me permite citar solo tres ejemplos. En la asignatura "Propedéutica" el alumno podría ser introducido en los ejercicios de evaluación nutricional, y ser enseñado en la conducción e interpretación de la Encuesta Subjetiva Global del estado nutricional descrita por Detsky *et al.* (1987). Durante su rotación por la especialidad de Medicina Interna, el alumno podría ser expuesto a la repercusión de la enfermedad sobre el estado nutricional del paciente, y ser instruido en las intervenciones dietoterapéuticas y nutricionales propias de cada enfermedad. Llegada la estancia en el Servicio de Cirugía General, se le debe inculcar la importancia del apoyo nutricional perioperatorio para un mejor resultado terapéutico.

Estoy consciente de que el tránsito por la universidad no alcanza para "cargar" en la mente del estudiante todos los conocimientos que le serán necesarios en su posterior ejercicio profesional, y ello también se aplica a la Alimentación y la Nutrición. La formación de pregrado debe complementarse con programas de educación continuada donde el egresado adquiera nuevos conocimientos y competencias, perfeccione los ya adquiridos, y sea empoderado en la resolución de los problemas que surjan en su área local de desempeño.⁴

La adquisición de conocimientos, habilidades y competencias deberá ir de la mano de la inculcación de las ahora reconocidas como "competencias blandas". Los integrantes de los equipos de salud deben ser educados en el trabajo en equipo, en la armonización de intereses y acciones, en la empatía y la solidaridad con los seres humanos que sufren a causa de la enfermedad y sus secuelas, en el respeto a la dignidad que le es inherente a todo ser humano, independientemente de muchas cosas. Se ha dicho que la actuación nutricional tal vez sea el último vestigio de la Medicina clásica, y el nutricionista debe escuchar, interpretar, y examinar concienzudamente al enfermo para arribar a un juicio integral, sistémico y sistemático. No solo eso: el nutricionista (y por ende el equipo de trabajo dentro del cual actúa) debe después acompañar al paciente en cada etapa del tratamiento hasta lograr la plena rehabilitación física, mental, social, laboral, familiar y comunitaria. En fin: se trata de dejar atrás viejas formas de pensar y actuar, superadas por una realidad cambiante, polisémica, diversa; e incorporar (más bien inculcar) una nueva mentalidad centrada en el bienestar del enfermo. Solo así empezaremos a hacer valer los valores y principios en los cuales fuimos formados como

profesionales de la salud, y proveeremos a los necesitados del cuidado alimentario y nutricional al cual tienen derecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correia MI, Campos AC. The prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003;19:823-5.
2. Castillo Pineda JC, Gomez García A, Velasco N, Diaz-Pizarro Graf JI, Matos Adames A, Miján de la Torre A. Valoración nutricional en pacientes hospitalizados en hospitales latinoamericanos: Asociación con factores pronóstico. El Estudio ENHOLA. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2016;33:655-62.
3. Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S. Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2015;31:443-8.
4. 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. Nutricional, Alimentaria y Metabólica. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2009;24:548-57.

¿Qué ofertas laborales reciben los nutricionistas una vez egresados? Dr. Sergio Echenique. Asociación Peruana de Terapia Nutricional.

Se me ha pedido que exponga las ofertas laborales que tienen ante así los nutricionistas una vez que se gradúen. Para ello me remitiré a la experiencia que se ha vivido en mi propio país.

Perú es un país de 1 millón 285 mil kilómetros cuadrados, ubicado sobre la costa del Pacífico, y que cuenta con 32 millones 321 478 habitantes. Hay que reconocer que casi 10 millones de peruanos viven en la ciudad capital de Lima. La parte restante se distribuye entre las ciudades de Arequipa, Trujillo, Huancayo, y el Callao, entre otras comunidades.

La anterior distribución demográfica pudiera explicar (al menos en parte) la organización del sistema peruano de salud. El Ministerio de Salud (MINSA) sostiene 24 hospitales solo entre las ciudades de Lima y Callao, además de 7 institutos especializados. Sin embargo, y no obstante tal desigual distribución demográfica, económica y de los recursos de salud, el MINSA provee cuidados de salud a través de 31 direcciones regionales.

La Figura 1 muestra la organización del sistema de seguros médicos que funge en el Perú actualmente. Cerca de las dos terceras partes de los ciudadanos peruanos está inscrito en, y está asegurado por, el Servicio Integral de Salud (SIS). La entidad “EsSalud” asegura otro 30% de la población peruana*. La medicina prepaga, los seguros privados y los paquetes gremiales de salud (como el que ofrecen las Fuerzas Armadas) ocupan pequeñas porciones del mercado de los cuidados médicos. Con todo y eso, el 30.0% (9 millones) de los peruanos no cuenta con seguro alguno de salud.

El MINSA ejecuta anualmente inversiones por 8,400 millones de soles[†] en infraestructuras para la construcción y gestión de establecimientos de salud. Por su parte, el sector privado exhibe un ritmo de crecimiento anual de entre 10 – 15%, impulsado por el incremento del empleo formal y, por consiguiente, del número de afiliados a las entidades privadas prestadoras de salud.

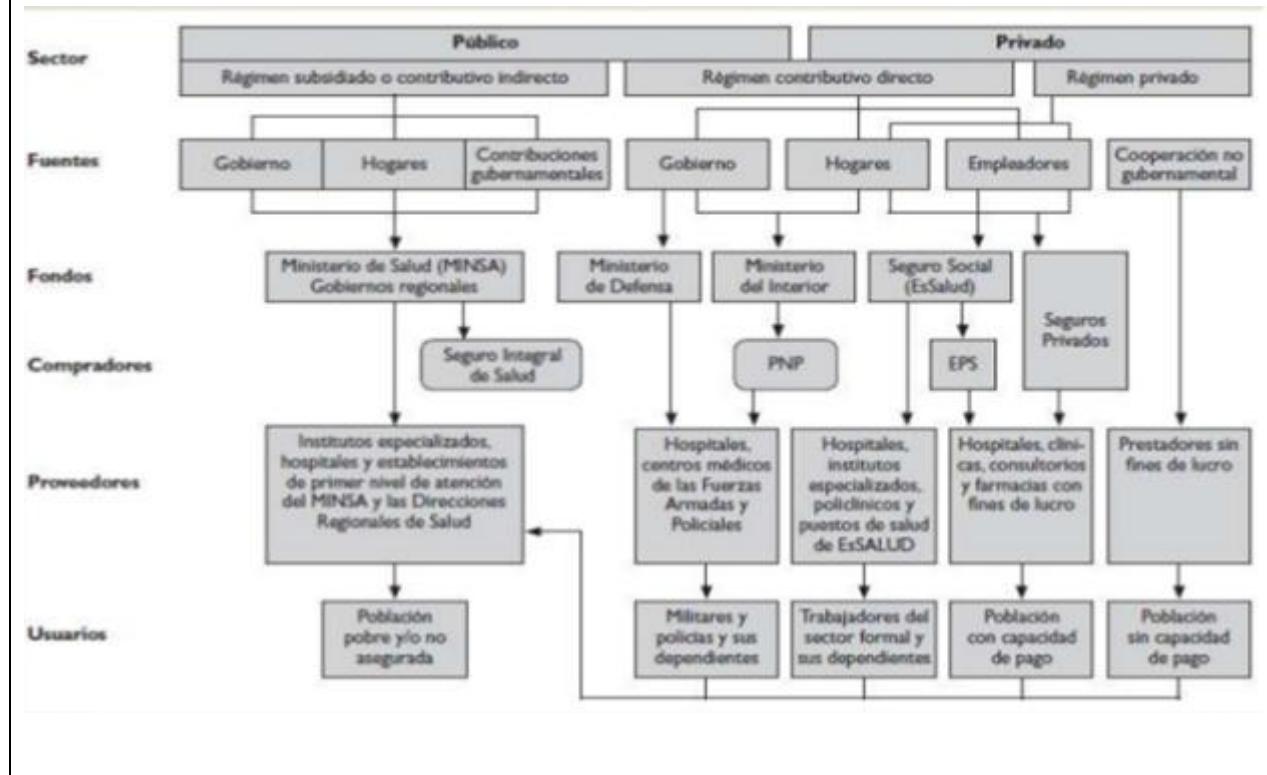
* La entidad “EsSalud” incluye la red prestacional Almenara integrada por 7 hospitales.

† 1 sol = 0.30 dólares.

En el Perú existen 29 universidades con facultades de Medicina. Otras 23 universidades ofrecen Licenciaturas en Nutrición. A su egreso, el nutricionista puede desempeñarse no solo en el sector salud en hospitales y clínicas, sino también como docentes e investigadores; insertarse en la industria alimentaria, o servir en organizaciones deportivas y organismos internacionales.

Varios centros de altos estudios sostienen Maestrías en las especialidades de Nutrición y Dietética con menciones en conducta alimentaria, Nutrición pública, el deporte y la actividad física, la nutrigenómica y los alimentos funcionales, la seguridad alimentaria, la alimentación y la actividad física en la infancia, e incluso la Nutrición clínica. Por su parte, la Escuela de Posgrado de la USIL (Universidad de San Ignacio de Loyola) celebra un Doctorado en Nutrición dirigido a profesionales que ya atesoran un título de Máster y que se desempeñan en las distintas áreas de la Nutrición humana. Este Doctorado también se extiende a aquellos profesionales que se desenvuelven en la elaboración de nuevos productos, la agroexportación, el comercio, la agroindustria, y la preparación de alimentos; y a todos los demás interesados en la prestación de servicios de consultoría en estas áreas y disciplinas.

Figura 1. Organización de los sistemas de provisión de salud en el Perú.



Veamos ahora en otra dirección. Al cierre del 2015, 103,413 profesionales de la salud ejercen en el Perú. Más de 38,000 lo hacen como médicos, y una cifra numéricamente mayor como personal de Enfermería. El resto se distribuye en distintas profesiones y especialidades que también intervienen en la prestación de salud, como obstetricas (14,445 especialistas), odontólogos (5,754), psicológicos y biólogos. Los nutricionistas representan el 1.7% de los

profesionales de la salud del Perú[‡]. Sin embargo, estas cantidades resultan aún insuficientes, pues sólo se tienen 29.6 profesionales de la salud por cada 10 mil personas, y el déficit acumulado es de más de 55,000 profesionales. Para los nutricionistas las ofertas laborales son escasas en el sector salud (donde serían más necesarios), y las remuneraciones insuficientes.

A la situación anteriormente descrita se suma la ausencia en el país de una residencia médica de Nutrición Clínica (aunque colegas míos me han confirmado que ello también ocurre en varios países de Latinoamérica); lo que se traslada tanto a la falta de títulos de médicos especialistas en Nutrición Clínica, como a la falta de ofertas de trabajo como médico en esta disciplina.

Buscando una solución a tales problemáticas, se nos ha dicho que la ausencia de normas nacionales (o en su lugar, directivas de funcionamiento) para la creación y operación de unidades de soporte nutricional especializado impide una estrategia de creación, apertura y oferta de plazas de trabajo en tales unidades (servicios) para acoger un mayor número de especialistas en las áreas clínicas.

¿Cómo se engrana la situación del recurso humano en el sector de la salud con el cuadro nutricional del Perú? Hoy, la desnutrición crónica (que se establece ante una talla inferior a la esperada para la edad) afecta al 13.1% de los niños menores de 5 años. Además, el 43.5% de los niños con edades entre 6 – 35 meses sufre de anemia. En ambas situaciones, las comunidades rurales son las más vulnerables. En contraste con lo anterior, preocupa a todos la expansión dentro del país de las enfermedades metabólicas como la Diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las coronariopatías y el cáncer en todas las edades, pero sobre todo en los adultos. Se ha alertado que un peruano promedio puede tener en su propia familia una persona que se encuentra desnutrida y/o padece de carestías micronutrientales, junto con otra que sufre por el exceso de peso. Y de acuerdo con el Estudio ELAN, la mitad de los pacientes hospitalizados se encuentra desnutrida.¹

No debemos tampoco desalentarnos. Se debe continuar con la capacitación de los equipos de nutricionistas mediante un sistema donde se integren armónicamente cursos nacionales e internacionales, talleres con expertos, actividades expositivas en congresos regionales, y celebración local de los cursos educativos auspiciados por la FELANPE. Las formas presenciales de educación continuada deben complementarse con actividades virtuales, *on-line*, para un mayor alcance. Tal sistema debería contar con el auspicio de las universidades peruanas y el Ministerio de Educación, para así emitir créditos que le sirven al nutricionista en el crecimiento académico y la ubicación laboral. Igualmente, la FELANPE debería impulsar un programa de certificación de los especialistas en Nutrición clínica y hospitalaria para la homologación de los títulos académicos y ampliar así las posibilidades laborales de los nutricionistas. Se identificarían nuevos nichos laborales, y se lograría un mejor posicionamiento del nutricionista tanto en los países como en la región.

Las sociedades locales dedicadas a las disciplinas de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional y la Nutrición artificial, deberían trabajar de conjunto para desarrollar las normas generales de funcionamiento de las unidades de soporte nutricional especializado, como un necesario primer paso en el ordenamiento de los cuidados nutricionales hospitalarios, y que después contribuya al afianzamiento de la figura del nutricionista en el ámbito clínico. En tal sentido se ha de destacar la directiva número GCPS-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud de EsSalud relativa al “Funcionamiento de la Unidad de Soporte

[‡] El Colegio de Nutricionistas del Perú registra 6,500 afiliados. Es probable entonces que muchos de los egresados de las escuelas de Nutrición encuentre trabajo y compensaciones en otros sectores diferentes del de la salud.

Nutricional Especializado (USNE) en EsSalud” que por primera vez ha normado en el sector la estructura, organización y gestión de tal entidad. Se espera que ello le dé finalmente un vuelco a la situación clínico-epidemiológica que durante muchos años hemos visto y padecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correia MI, Campos AC. The prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. Nutrition 2003;19:823-5.

¿Qué cursos de Educación Nutricional ofrece actualmente la FELANPE? ¿La FELANPE mantiene alianzas con otras instituciones del mundo para alcanzar sus metas académicas? Dr. Humberto Arenas (México). Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional. Presidente de la FELANPE Federación Latinoamericana de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo.

La FELANPE ha promovido siempre la educación continuada, primero para compartir y transmitir experiencias; después, para superar las falencias en temas fundamentales de Alimentación y Nutrición arrastradas desde la etapa de pregrado de forma tal que se pudieran mejorar los cuidados nutricionales que se le administraban al enfermo durante la hospitalización; y por último, para enseñar el uso correcto y efectivo de las tecnologías y productos que la industria colocaba a disposición de los grupos básicos de trabajo. Tales desarrollos confluyeron finalmente en la apertura del Curso TNT de Terapia Nutricional Total: un esfuerzo coordinado entre la FELANPE y Abbott (Estados Unidos) para la capacitación de los médicos en las terapias nutricionales.¹

Pero la FELANPE aspiró siempre a contar con una forma propietaria de educación continuada que estimulara la cooperación interdisciplinaria y el trabajo en equipo en la identificación y tratamiento de la desnutrición asociada/secundaria a la enfermedad. Así, nació en el 2001 el Curso CINC Interdisciplinario de Nutrición Clínica. Durante 4 sesiones de trabajo distribuidas en 2 días de actividades, médicos, enfermero(a)s, nutricionistas y farmacéutico(a)s se reúnen en equipo para desarrollar un caso clínico a través de todas las fases del proceso de cuidados nutricionales. Se ha de destacar también que el curso CINC contempló la exposición de los asistentes a elementos de control y aseguramiento de la calidad, junto con una discusión sobre las implicaciones éticas de la actuación del nutricionista.

Aunque el curso CINC fue expandido para acomodar consideraciones sobre la intervención nutricional en las edades pediátricas, se percibía que era necesario un curso orientado específicamente a aquellos nutricionistas que se encargaban de los cuidados nutricionales de niños y adolescentes. En congruencia con este deseo, en el 2003 se lanzó el Curso CNP de Nutrición en Pediatría en ocasión del IX Congreso Latinoamericano de Nutrición Parenteral y Enteral de La Habana (Cuba).²

Pero la espiral del conocimiento y el aprendizaje nos eleva a nuevas aspiraciones y objetivos. Los cursos antes descritos pueden verse como formatos de adquisición de conocimientos y habilidades básicas para la provisión efectiva de cuidados alimentarios y nutricionales. Sin embargo, las ciencias de la Alimentación y la Nutrición están en continua renovación y reinvencción, y nuevos paradigmas emergen como resultado de la activa investigación en estas especialidades. Para la FELANPE se hizo evidente que se requería de un curso intensivo, centrado en aspectos teóricos de avanzada, y que fuera impartido por profesores

de relevancia internacional. Surgió así el Curso LLL *LifeLong Learning* como un emprendimiento conjunto de la FELANPE con la *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN), y que le brinda a muchos la oportunidad de adentrarse en terrenos totalmente novedosos de la Nutrición de la mano de expertos de renombre mundial.

La FELANPE mantiene como premisa la continua identificación de oportunidades para la educación continuada y la capacitación en Alimentación y Nutrición. Igualmente, la FELANPE acompaña a las sociedades inscritas dentro de su espacio en la conducción de formas nativas de capacitación y entrenamiento, siempre con la mira puesta en un mejor cuidado alimentario y nutricional de nuestros enfermos en cualquier escenario en que se encuentren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waitzberg D, Correia MITD, Rujeles SJ, de Paula JA, Ize L, Echenique M; *et al.* Total Nutrition Therapy (TNT)- A new model for physician clinical nutrition education [Abstract number 0069]. *Nutr Clin Pract* 2001;16:132.
2. Santana Porbén S. Ecos del IX Congreso de FELANPE. *Nutrición Clínica* [México] 2003;6:203-6.

¿Puede considerarse la educación virtual una alternativa viable para la formación y la educación continuada? Dra. María Isabel Correia. Sociedad Brasileña de Nutrición Enteral y Parenteral.

Ante la respuesta formulada, mi respuesta es: Sí. De hecho, la educación virtual representa una importante acción para mejorar la difusión de conocimiento, en especial en los países con recursos limitados y un número inadecuado de personal capacitado, indistintamente de cuál sea la disciplina. Pero es importante que se disponga de un sistema multimedia adecuado (algo que está al alcance de muchos en los días de hoy). De esta manera, solo con una computadora y una línea de acceso a Internet es posible desarrollar acciones educativas virtuales y a la distancia.

Los enfermos han sido los primeros en beneficiarse de tales recursos a distancia, en particular los jóvenes aquejados de depresión y ansiedad, para los que se construyó un agente automático de conversación (*woebot*).¹ Fitzpatrick *et al.* (2017) randomizaron 70 individuos con edades entre 18 – 28 años para que recibieran apoyo psicológico durante dos semanas (hasta 20 sesiones) ya sea mediante el *e-book* “Depression in College Students” (los que sirvieron como controles), o a través de un *woebot*.¹ A la conclusión de la experiencia, el grupo apoyado por el *woebot* presentó mejoría significativa de los indicadores de depresión significativos.¹ Adicionalmente, los pacientes comentaron positivamente el uso de este sistema.¹

Desafortunadamente, en el área de la Nutrición todavía no se ha practicado regularmente la educación virtual, con la excepción de algunas sociedades de especialidades y otras de iniciativa privada que utilizan este medio para difundir conocimientos por medio de publicación de charlas o material de libre acceso. Por otro lado, en las áreas de apoyo a los enfermos con enfermedades crónicas (como el mal de Parkinson) ya se puede contar con la ayuda de *chat-bots* para el auxilio a estos pacientes que se presentan con dificultades para la comunicación. Por ejemplo: “Harlie” es un agente de conversación artificial que funciona en un teléfono celular del tipo *smartphone*, y tiene la capacidad de hablar con el usuario sobre varios tópicos, brindándole soporte en las actividades cotidianas.²

En el caso de los pacientes con cáncer, el apoyo nutricional a lo largo de su tratamiento es relevante, y que puede cambiar el curso de la enfermedad. En este sentido, los enfermeros tienen un rol extraordinario para llenar la brecha entre el escaso conocimiento de los pacientes (y de muchos médicos) sobre este tema para que los primeros se beneficien de programas propios como los del tipo “e-learning”. Murphy *et al.* (2015) evaluaron el desempeño de un sistema de consejería y apoyo nutricional desarrollado para los pacientes con cáncer.³ El sistema demostró ser efectivo, y modificó positivamente la actitud de los participantes al ofrecerles educación y conocimientos mediante información adecuada y accesible para todos, a la vez que los empoderó en la toma de decisiones en base a las evidencias científicas incorporadas en el mismo.³

Otra área en la que los recursos virtuales pudieran ser útiles sería en el acompañamiento del paciente obeso durante el programa de pérdida de peso. Nikolaou *et al.* (2015) han discutido recientemente tales recursos.⁴ El uso de los mismos podría prevenir la ganancia no deseada de peso mientras dura el tratamiento administrado, y ayudaría a incrementar la efectividad terapéutica de los mismos.⁴

Otra manera en la que el *e-learning* puede ser utilizado en la práctica asistencial es como soporte del raciocinio clínico, sobre todo en aquellos médicos que viven y ejercen en localidades lejanas, y que afrontan dificultades para el autoestudio y la actualización de conocimientos; o que requieren realizar diagnósticos complejos, apelando para ello a simuladores de pacientes virtuales.⁵ Así, el futuro de la prestación de salud, tanto para los profesionales como para los pacientes, podrá ser mejorar enormemente con el uso de tecnologías avanzadas gracias a las distintas “medias” existentes como la Internet, la radio, o los robots.⁵⁻⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fitzpatrick KK, Darcy A, Vierhile M. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (*woebot*): A randomized controlled Trial. *JMIR Ment Health* 2017;4(2):e19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5478797/>. Fecha de última visita: 13 de Octubre del 2017.
2. Ireland D, Atay C, Liddle J, Bradford D, Lee H, Rushin O; *et al.* Hello Harlie: Enabling speech monitoring through *chat-bot* conversations. *Stud Health Technol Inform* 2016;227:55-60.
3. Murphy J, Worswick L, Pulman A, Ford G, Jeffery J. Translating research into practice: Evaluation of an e-learning resource for health care professionals to provide nutrition advice and support for cancer survivors. *Nurse Educ Today* 2015;35:271-6.
4. Nikolaou CK, Hankey CR, Lean ME. Elearning approaches to prevent weight gain in young adults: A randomized controlled study. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23:2377-84.
5. McInally W, Pouso Lista MJ, McLaren N, Willis DS. Widening access: Developing an eLearning resource for health and social care professionals caring for children and young people with cancer. *J Cancer Educ* 2017;1-6. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s13187-017-1284-6>. Fecha de última visita: 13 de Octubre del 2017.
6. Nicolson CH, Holland AE, Lee AL. The Bronchiectasis Toolbox- A comprehensive website for the management of people with bronchiectasis. *Med Sci [Basel]* 2017;5(2):13. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3271/5/2/13/htm>. Fecha de última visita: 13 de Octubre del 2017.

CONCLUSIONES

Objetivos a mediano plazo de FELANPE en el campo educativo. Dr. Humberto Arenas (México). Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional. Presidente de la FELANPE Federación Latinoamericana de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo.

Durante mucho tiempo hemos seguido un pensamiento lineal, unidireccional, en la satisfacción de las necesidades de educación continuada, capacitación y entrenamiento en las ciencias de la Alimentación y Nutrición, y las disciplinas que de ellas se desprenden. Se identificaba una necesidad, y se diseñaba y conducía un curso presencial para satisfacerla. Este enfoque ha rendido sus frutos, y hoy la FELANPE puede mostrar cursos que llevan la impronta de nuestra organización, y constituyen nuestro legado. Pero tal pensamiento se está agotando rápidamente. No se pueden diseñar cursos para cada necesidad que se identifica, sobre todo por las restricciones fiscales y presupuestarias impuestas por la economía global. Por otro lado, el impacto de tales formas presenciales estará siempre limitado por el número (finito y pequeño) de cursistas que puedan beneficiarse de las mismas. Y encima de todo ello, ha aparecido toda una enorme gama de plataformas, recursos y “medias” que hacen posible la educación remota, a distancia, de centenares (y hasta miles) de educandos. Es posible hoy colocar en un aula a un especialista de alto nivel y “conectarlo” con alumnos en lugares distantes entre sí, y ofrecer una disertación magistral sobre un tema totalmente novedoso recurriendo a simulaciones, animaciones 3D y/o entrevistas a pacientes (por solo citar algunas posibilidades). El alumno puede retirar estos recursos para estudiarlos después en su tiempo libre. Se pueden habilitar canales para el intercambio de saberes e interrogantes entre el educador y el educando. Las posibilidades son realmente infinitas.

Se está produciendo entonces una transición llevada por las nuevas tecnologías de la informática, la computación y las comunicaciones desde un pensamiento lineal hacia otro neuronal, en red; y que está revolucionando toda la enseñanza. La FELANPE, debe en consecuencia, aprehender este momento singular, y sumarse a esta revolución, y explotarla en beneficio de las sociedades miembros, los asociados, los estudiantes, los pacientes y los familiares. Nunca fue tan emocionante la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición como lo es ahora.