

Visión general de la profesión de Nutrición en el Perú para el siglo XXI

Robinson Cruz¹

¹Nutricionista. Director del Instituto de Investigación para el desarrollo de la Nutriología - IIDENUT.
Email: robinson.cruz@iidenut.com

Capacidades adquiridas: Al finalizar el artículo, los lectores podrán:

- Describir la forma en que nació la carrera de Nutrición
- Justificar aspectos metodológicos y tecnológicos asociados con el ejercicio profesional cotidiano.
- Entender las razones que justifican una reforma absoluta en la labor del Nutricionista.

Palabras claves: Nutricionista, Nutrición, Nutriología, Capacidades, Consulta Nutricional, Consejería Nutricional, Consultoría Nutricional, Diagnóstico Nutricional, Evidencia.

Resumen

La nutrición ha acompañado al hombre a lo largo de toda su vida, y es que no podría ser de otra manera, nadie puede vivir sin comer. La carrera de Nutrición nació con el objetivo de formar profesionales especialistas en saber como alimentar a las personas, sanas o enfermas, no obstante el conocimiento científico en el área ha desarrollado tanto que aunque es indisoluble el vínculo nutrición-alimentación, ahora se ha empezado a entender que Nutrición representa muchísimas más actividades que solo alimentar profesionalmente a alguien.

Este cambio en los paradigmas del cuidado y recuperación de la salud en el mundo, sumado al avance tecnológico está obligando a los profesionales de la Nutrición a refundar los cimientos sobre los cuales fue creada nuestra carrera. Si en un principio todo se restringía a recomendar “dieta blanda” ahora la Nutrición cuenta con las herramientas para profundizar mucho más en las formas de suministrar nutrientes a una persona y lo que es mejor aún, entender como estos interactúan en ella.

El presente artículo muestra una visión particular de cómo debería ser el trabajo del profesional de la nutrición y cuál debería ser su posición en el equipo multidisciplinario de salud y en la sociedad misma.

1. Preámbulo histórico

El uso de conceptos de Nutrición es tan antiguo como el hombre mismo. Estos conceptos han ido cambiando con él, a medida que éste iba evolucionando. Tuvieron un antes y un después a la aparición del fuego; se diversificaron a la par que se introducían nuevos elementos en la alimentación de las personas producto de su alejamiento del nomadismo y su acercamiento a la agricultura; afrontaron el mismo mestizaje que supuso el descubrimiento y conquista de

América y se han visto influenciados tanto positiva como negativamente por el desarrollo de la industria alimentaria. Sin embargo y a pesar de que comer siempre estuvo asociado a sobrevivir, debió transcurrir demasiado tiempo para que se entendiera que el alimento es solo el vehículo para componentes más complejos, los nutrientes, y que la alimentación consiste en una forma ordenada (cuando lo es) de dotar al cuerpo de los sustratos necesarios para un proceso mucho más complejo, el de Nutrición.

Año de inicio del programa	Universidad y Departamento
1976	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
1981	Universidad Nacional del Altiplano en Puno
1983	Universidad Nacional San Agustín en Arequipa
1984	Universidad Nacional Federico Villarreal en Lima
1985	Universidad Particular Unión Incaica en Lima Universidad Particular de Chiclayo en Lambayeque
1986	Universidad Femenina del Sagrado Corazón en Lima Universidad Nacional César Vallejo de Trujillo en la Libertad
1999	Universidad Nacional Científica del Sur
2006	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas UPC

Tabla 1. Cronología de la apertura de los programas de Nutrición en las Universidades Peruanas
Fuente: Archivos del Colegio de Nutricionistas del Perú

Más allá de la idea minimalista de que se “come para vivir”, la manipulación del aporte de alimentos como parte de la prevención y tratamiento de las enfermedades ha sido una constante en todas las culturas del mundo. Los griegos recomendaban el consumo de leche, verduras y otros alimentos en el tratamiento de ciertas enfermedades; los egipcios recomendaban el consumo de hígado sancochado para combatir la nictalopía (ceguera nocturna) ocasionada de la deficiencia de vitamina A y los incas utilizaron al máximo su potencial agrícola desarrollando alimentos de altísimo valor nutricional. No obstante, los primeros acercamientos sistemáticos al uso de la alimentación (y por ende la nutrición) en el tratamiento de las enfermedades, se remontan a finales del siglo XIX durante la Guerra de Crimea (Imperio Inglés contra el Imperio Otomano), cuando dentro de los hospitales de guerra se establecen los primeros servicios de producción de “dietas” como parte del proceso de recuperación de los heridos. Para 1899, en la Reunión Nacional de Economía del Hogar de los Estados Unidos, se dio la denominación de dietista a “la persona que se especializa en el conocimiento de los alimentos y puede llenar las demandas de la profesión médica en dietoterapia”. Más tarde, entre 1910 y 1935, algunos hechos marcaron el derrotero que seguirían los conceptos de Nutrición durante mucho tiempo; se

desarrollaron los estudios cuantitativos sobre las relaciones energéticas orgánicas (fundamentos de la bioenergética); se descubrió la existencia y naturaleza química de las vitaminas; se desarrollaron los estudios críticos sobre las proteínas y la función de los aminoácidos; se hicieron las primeras observaciones sobre la importancia de los minerales; y se empezaron a abordar las distintas relaciones que regulan los procesos químicos de la nutrición (metabolismo) (1).

Concluida la Segunda Guerra Mundial, la mayor parte de los países involucrados dieron impulso a las áreas relacionadas con los alimentos, la alimentación y la nutrición. Se empiezan a formar los primeros Dietistas tanto en Estados Unidos como en Europa. En Sudamérica es emblemática la figura de Pedro Escudero como el inspirador de la mayoría de escuelas de Nutrición de esta parte del mundo. En 1933, funda la primera escuela de dietistas en Buenos Aires. Para 1966, la mayoría de las escuelas que se crearon en América latina siguieron el esquema diseñado por Escudero: la dietética hospitalaria. Dentro de los aportes más importantes de Escudero, podemos señalar las 4 leyes de la Alimentación (Cantidad, Calidad, Armonía, Adecuación) que fueron bastante bien acogidas por el ámbito docente latinoamericano:

En el Perú, la formación de Dietistas se inicia casi finalizada la primera mitad del Siglo XX. Gracias a los esfuerzos del Dr. José Alejandro Ruiz, el 7 de Abril de 1947 y en el seno de la entonces Caja de Enfermedad Maternal del Seguro Social del Perú se crea la primera Escuela de Dietistas (el término Nutricionista se adoptaría 20 años después). Las primeras promociones fueron formadas por profesionales argentinos y brasileños. La primera promoción egresó el 6 de Agosto por lo que esta fecha es considerada como el Día del Nutricionista Peruano. La Caja de Enfermedad Maternal del Seguro Social formó 220 Dietistas entre 1947 y 1967. En 1968 y debido a las recomendaciones que se hicieran en el marco de la Primera Conferencia Internacional de Formación de Nutricionista en 1966 (auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud), la Caja reestructura su plan curricular, incrementa un año el periodo de formación, incluye cursos de Nutrición y Salud Pública y cambia la denominación de Dietista por la de Nutricionista-Dietista. En 1969, aparecen en el Norte del país, los institutos superiores Trujillo y Chan Chan, que al final de la formación en Nutrición entregaban diplomas de Bachiller a los egresados. En 1971 egresa la primera promoción de Nutricionista – Dietistas de la Caja del Seguro Social. Ese mismo año, egresa la primera promoción de la Especialidad de Nutrición y Dietética dentro del programa de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), con lo cual la carrera de Nutrición incursionaba finalmente en el ámbito universitario. En 1974, el Dr. Emilio Picón Reategui presenta ante las autoridades de la UNMSM un proyecto para crear el programa académico de Nutrición Humana, basándose en las recomendaciones de la Conferencia de Venezuela sobre formación de Nutricionistas. En 1976, el proyecto del Dr. Picón es aprobado y en 1977 se inician oficialmente las actividades del Programa de Nutrición y Dietética en la UNMSM. De allí en adelante, se abren programas similares en diferentes universidades del país (ver tabla 1). En 1986 es desactivada la Escuela de Nutricionistas Dietistas de la Caja del Seguro Social por petición de la Asociación de Nutricionistas del Perú. Luego de ello, la Asociación logra firmar convenios con la Universidad Femenina del

Sagrado Corazón y la Universidad Particular Cayetano Heredia, para que las egresadas de la fenecida Escuela y de los institutos Superiores del Norte logren convalidar sus títulos profesionales. Dos años más tarde, en 1988, gracias a la ley 24641 se crea el Colegio de Nutricionistas del Perú (2).

Es evidente que la carrera de Nutrición no es tan antigua como otras profesiones de la salud y, es probable, que las profesiones necesitan de tiempo y análisis interno para pretender siquiera ocupar un espacio en un mundo tan competitivo como el actual. Sin embargo, ni lo uno ni lo otro representan limitaciones lo suficientemente grandes como para justificar el crecimiento casi nulo de nuestro ejercicio en el Perú. La carrera de Nutrición y Dietética en España, por ejemplo, fue aprobada a finales de la década de 1990 y en el 2005, solo 15 años después, la Asociación Española de Nutricionistas y Dietistas fue reconocida - gracias a una argumentación sólida - como componente indispensable de la Atención Primaria de Salud en ese país y ha basado mucho de ese éxito en el desarrollo de investigación tendiente a demostrar la importancia del profesional Nutricionista en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (3) tanto individual como comunitaria.

El avance científico en el terreno de la nutrición no se ha detenido y asombra al mundo en cada día. No obstante, en muchos países, este avance en la investigación no ha ido de la mano del crecimiento de capacidades del profesional Nutricionista, es más, gran parte de estos conceptos han sido aplicados por otros profesionales de la salud por lo cual la percepción de ausencia del Nutricionista se ha generalizado. Por esta razón, el presente preámbulo histórico, tiene como objetivo mostrarle al lector lo siguiente

- i) De Nutrición se ha hablado siempre, no obstante, como las personas no enferman inmediatamente después de comer, es probable que el mensaje de “cuidado con lo que comes” no haya calado lo suficiente y lo que es peor a muy pocos le haya llamado la atención. Felizmente, cada día existen más personas preocupadas por el tema que necesitan de un profesional preparado que

las oriente y las atraiga al área con respuestas claras y sustentadas y no como suele suceder las aleje con respuestas inverosímiles.

ii) Aunque la carrera de Nutrición en el Perú es relativamente joven comparada con otras profesiones, su posicionamiento no es consecuencia del tiempo de vida, sino de la calidad de la misma. La Nutrición como profesión en el Perú tiene más de 35 años, sin embargo, en España que no tiene más de 15 años, el desarrollo profesional de la carrera nos está sacando una ventaja considerable.

iii) La investigación en nutrición será cada vez mayor. Si el Nutricionista no se embarca en un proceso de adecuación, probablemente se convierta con el tiempo en un profesional prescindible.

2. De la ciencia y su nombre: Nutrición Humana o Nutriología Humana

Toda reforma que se preste de serlo requiere de un proceso de reingeniería prácticamente absoluto, para lo cual es necesario seleccionar aquellos aspectos positivos, aquellos que han demostrado funcionalidad y a partir de los mismos construir la nueva estructura. Aunque para muchos esto podría parecer una banalidad, para efectos de nuestra argumentación es estrictamente necesario responder a las siguientes preguntas ¿por qué llamar a esta profesión Nutrición Humana? ¿Por qué habría que llamarla de otra manera?

En primer lugar, la Nutrición es una función indispensable para la vida y aunque involucra una serie de procesos asociados, tiene que ver básicamente con el estudio de la utilización de los nutrientes. En segundo lugar y desde este punto de vista, el aspecto más consistentemente ligado con esta definición de Nutrición sea la alimentación. En tercer lugar, debe recordarse que el nacimiento de la carrera de Nutrición Humana tuvo un fuerte componente alimentario, en realidad solo se pensaba en una forma más ordenada y profesional de administrar alimentos a un enfermo; nótese bien “una forma más ordenada y profesional de administrar alimentos” nada

más. De allí que al buscar un nombre resumiría esta idea probablemente el que mejor se acercaba era el de Nutrición Humana.

Curiosamente, ni en los cálculos más generosos se podría haber pronosticado el vertiginoso crecimiento de la información y la investigación asociada con la Nutrición, por tanto, debió haber sido muy difícil avizorar todas las ramificaciones que alcanzaría este tema. Hoy en día, la información asociada con la Nutrición extiende su influencia a prácticamente todas las otras profesiones de la salud y ha dejado de estar simplemente relacionada con información alimentaria.

Es importante mencionar que esta evolución y ampliación en la mayoría de conceptos científicos, no es exclusiva de la Nutrición, por el contrario es el común denominador en el desarrollo de todo el conocimiento humano a medida que este ha ido creciendo. En el área de salud, por ejemplo, la forma de entender las enfermedades y su tratamiento también ha cambiado considerablemente. Acorde con el paradigma holístico que guía el cuidado de la salud en el mundo entero, las enfermedades han dejado de ser entidades individuales que afectan una sola área del individuo, es decir, la obesidad no solo es obesidad, es por el contrario un conjunto de variables que convergen para producir obesidad, por tanto, su tratamiento ya no consiste solamente en bajar de peso, sino en el cuidado otras muchas variables como el estado emocional o el estilo de vida.

En esos mismos términos, si seguimos denominando a esta ciencia “Nutrición Humana” es porque no es hemos aprendido a integrar toda la información existente, que valga decirlo, dejó de ser exclusivamente alimentaria hace varias décadas. Si la biología es la ciencia que estudia la vida, es decir, las especies, sus clasificaciones, sus características, sus defectos y no solamente la forma en que la vida se genera, porque seguimos llamando Nutrición Humana a una ciencia que además de estudiar el proceso de Nutrición en si mismo, debe abordar una gran variedad de ciencias complementarias – física, química, bioquímica, fisiología, fisiopatología, farmacología, semiología, entre otros – para poder explicar el

proceso de Nutrición, sus premisas y sus consecuencias.

3. De las labores del nuevo profesional

Visto lo relacionado con el nombre, empecemos por preguntarnos ¿en qué área de ejercicio debería empezar la reforma? La respuesta no es sencilla y podríamos perder demasiado tiempo y energía en una discusión bizantina con destino incierto. Por tal motivo, seamos prácticos ¿dónde nació el trabajo profesional en nutrición? En el hospital, entonces, empecemos a trabajar desde allí.

Lamentablemente, en función de este planteamiento, habrá quienes sostengan “la nutrición clínica hospitalaria es absolutamente distinta a la comunitaria” o “lo que necesitas saber en clínica es distinto a lo que necesitas saber en comunitaria”; por tanto antes de iniciar nuestra exposición de ideas, sería conveniente responder una interrogante previa ¿Qué significa o qué se entiende comúnmente por “Nutrición clínica” o por “Nutrición Pública”?

Cuando se habla de Nutrición clínica normalmente se hace referencia al trabajo que el profesional de la Nutrición desarrolla dentro de un hospital, es decir, una labor eminentemente recuperativa del paciente. El profesional acompaña la evolución del mismo aportando ideas dentro del contexto del equipo multidisciplinario. El trabajo es individualizado y la opinión del Nutricionista determina – al menos en teoría - las características del tratamiento nutricional al cual será sometido el enfermo. Desde este punto de vista, la Nutrición clínica es por cierto estimulante puesto que le brinda al profesional la posibilidad de monitorizar en poco tiempo y de manera muy directa la evolución de su paciente. Cuando se habla de Nutrición comunitaria las primeras ideas que emergen en la mente del recién estrenado profesional son una comunidad alejada donde no existen caminos para transitar ni es fácil acceder a ella; charlas utilizando papelógrafos y/o maquetas para enseñarle a una población escéptica las ventajas de una alimentación balanceada; trabajos de investigación y/o de intervención donde los resultados de los ajustes hechos difícilmente se ven en el corto plazo; trabajo administrativo

que involucra la revisión de una serie de políticas, estrategias y planes que muchas veces no son congruentes con la realidad. Con estas premisas, la Nutrición comunitaria está por decirlo menos, alejada de las expectativas de la mayoría de los nutricionistas y de la supuesta realidad clínica. No obstante y aunque existen diferencias en la forma en que se desarrolla el trabajo en las dos áreas, las diferencias entre una y otra y la línea divisoria creada imaginariamente por todos, solo apunta a los aspectos administrativos, porque en realidad, ambas tratan de lo mismo...de la Nutrición y es que la Nutrición es una sola. En el hospital, se hacen evaluaciones clínicas e indicaciones individualizadas, en comunidad, son grupales, pero por cierto también destinadas a personas. Separar la Nutrición clínica de la comunitaria es algo absurdo, porque sería como decir que las personas fuera del hospital no afrontan deficiencias nutricionales ni la nutrición puede contribuir a preservar su salud.

Volviendo al sendero inicial, a continuación se propondrá la forma en la que deberá estar organizado un departamento de Nutriología de un hospital moderno (fig. 1). En cada área aprovecharemos además, para explicar cómo debería ser el trabajo que cada profesional de la Nutrición debería desempeñar como mínimo. La figura 1 describe cuáles deberían ser las áreas de un departamento de Nutriología moderno. Los nombres de las mismas son referenciales puesto que se podrían obtener fruto del consenso entre las diferentes instituciones nacionales. Lo que debería quedar claro es que si bien cada área es independiente una de la otra, interactúan entre sí de un modo tal, que el funcionamiento inapropiado de una de ellas afecta considerablemente el funcionamiento de las otras (figura 2).

3.1 De la consulta nutricional

Hagamos algunas precisiones previas.

- i) El proceso que incluye la evaluación, diagnóstico y elaboración de indicaciones nutricionales debería llamarse CONSULTA NUTRICIONAL y no CONSEJERÍA o CONSULTORIA NUTRICIONAL como suele

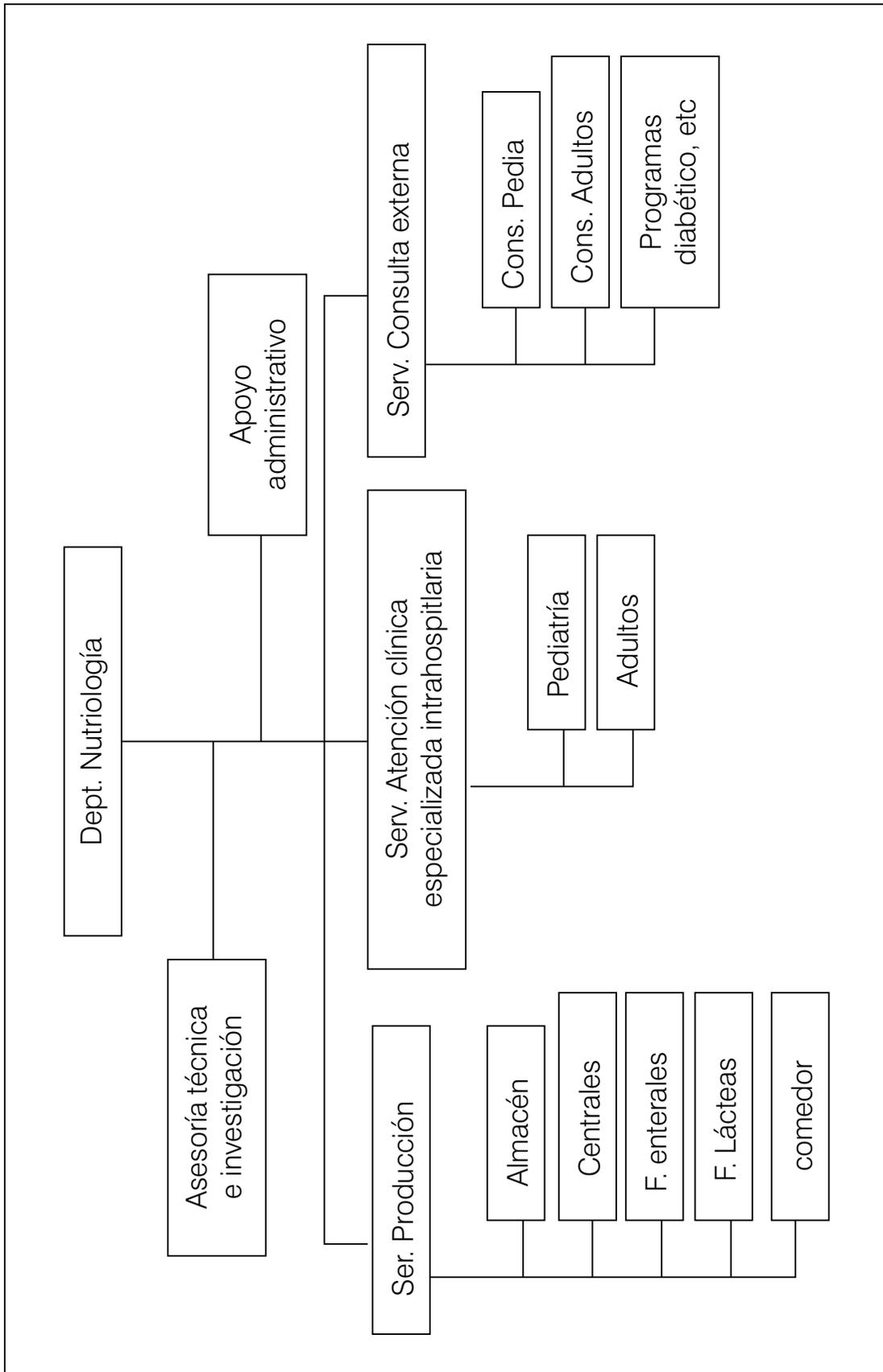


Figura 1. Áreas de un departamento de Nutriología moderno

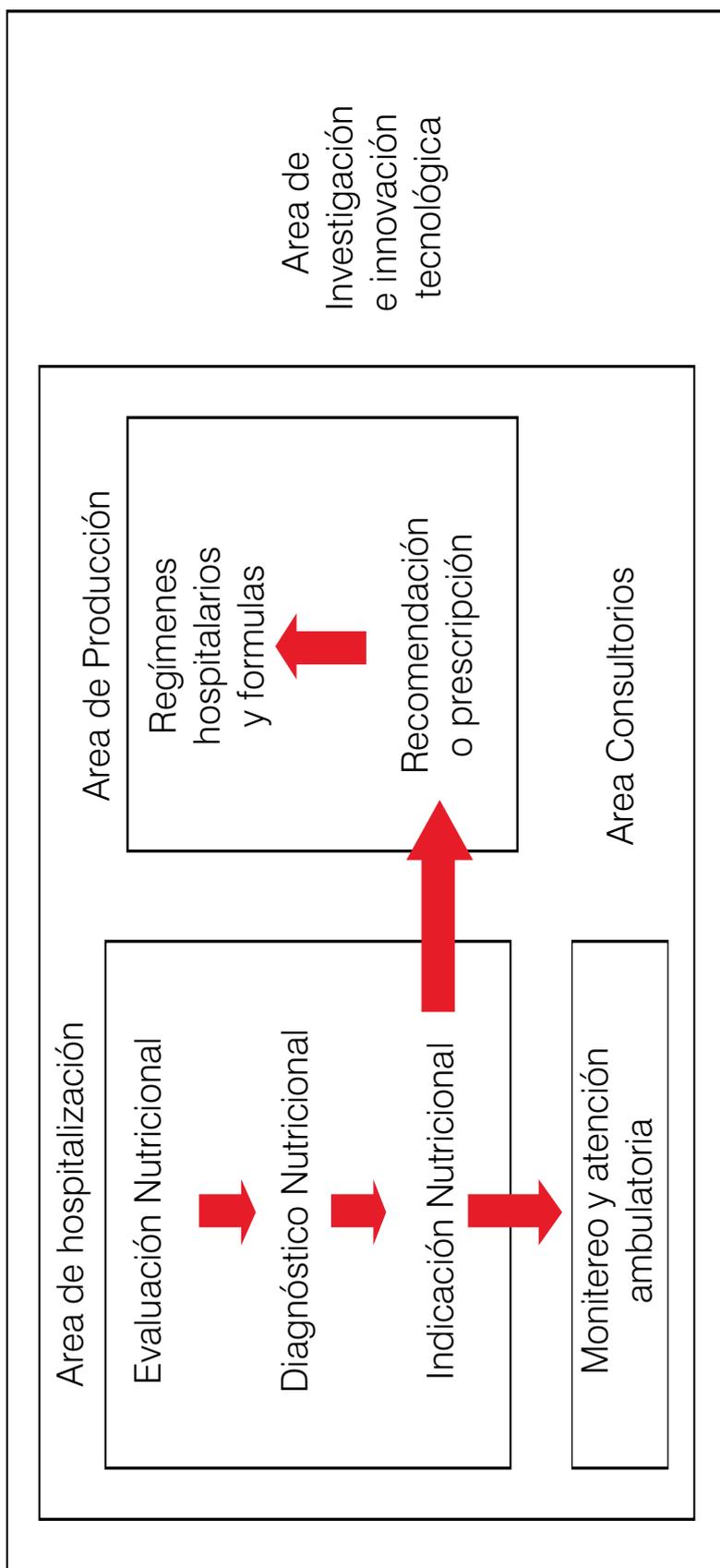


Figura 2. Interacción funcional de las áreas de un departamento de Nutriología moderno

llamarse hoy en día. La consejería es decir la actividad desarrollada por un consejero está desprovista de especialización puesto que cualquier profesional sin importar el área en que se desarrolle, después de un proceso corto y sencillo de capacitación puede convertirse en consejero de prácticamente lo que desee. Para el caso de nuestra carrera, aceptar que hacemos consejería es como admitir que nuestra formación y capacidades son fácilmente adquiribles por cualquier otro profesional. Por otro lado, el término CONSULTORÍA se aplica a las asesorías que brindan CONSULTORES a instituciones. Si los Nutricionistas atendemos personas de manera especializada, deberíamos desarrollar una CONSULTA NUTRICIONAL; si un profesional de otra área de la salud, recibe información básica en Nutrición, debería desarrollar una CONSEJERÍA NUTRICIONAL; si un Nutricionista o una empresa de Nutrición evalúa un programa, una actividad, un proceso por citar algunos ejemplos, lo que realiza es una CONSULTORIA y como consultor es simplemente un asesor técnico.

- ii) En la actualidad – principalmente por la falta de recursos humanos y porque el profesional de Nutrición tiene que hacer más labor administrativa que asistencial – la presencia del Nutricionista es prácticamente nula en la visita médica. Esta es una deficiencia que debe corregirse lo antes posible por infinidad de razones. Ahora bien, la presencia debería ser efectiva y no decorativa.
- iii) No se puede hablar de especialización de Nutricionistas si nosotros mismos no contribuimos a ello. Es una práctica común en los hospitales que cada dos o tres meses, sino antes, el profesional es rotado de área. Esto no aporta nada al objetivo de especialización, puesto que en el tiempo en que cualquier profesional en cualquier profesión tarda en adaptarse a su nuevo puesto, en el terreno de la Nutrición por el contrario, se está pensando en su rotación. Ahora bien, la no rotación contribuirá al desarrollo de la carrera, si el profesional fijo contribuye con investigación a incrementar el volumen de conocimiento en su área. La

no rotación no debe ser considerada como un monopolio donde por falta de competencia uno se adueña del espacio y no se esfuerza por mejorar. Deberíamos acordar, como forma de contribuir a la especialización de los Nutricionistas que todos desarrollemos por lo menos un trabajo de investigación por año.

- iv) La implementación de una metodología estandarizada para la evaluación, diagnóstico y elaboración de indicaciones nutricionales permitirá entre otras cosas determinar cuál es el tiempo mínimo que se necesita para atender a una persona por primera vez, cuál es el equipamiento mínimo necesario y cuántos profesionales de la Nutrición se necesitan para atender a ciertos número de personas.

3.1. 1 De la evaluación de pacientes

El tiempo es una variable importante en la atención de pacientes sobretodo a nivel público – a nivel privado, las cosas son totalmente distintas -. El número de pacientes a cargo de un Nutricionista sumado a la sobrecarga de trabajo administrativo hace que la evaluación especializada sea solo una teoría. Por tanto es fundamental introducir un sistema de tamizaje de riesgo nutricional en todas las unidades de atención, de modo que, podamos focalizar nuestros esfuerzos en los pacientes más complejos, al menos mientras las cosas cambian y la cantidad de profesionales que laboran en el sector público aumente (figura 3). Como propuesta sugerimos que la evaluación nutricional debe constar de 9 pasos (el orden importa) de los cuales, los 6 primeros deberían ser de aplicación obligatoria al evaluar a personas tanto sanas como enfermas. Los tres restantes deberán agregarse a la evaluación en caso de tratarse de pacientes con un nivel de complejidad alto.

- i) Evaluación de signos clínicos de deficiencias nutricionales. La búsqueda de signos clínicos de deficiencias nutricionales debería circunscribirse a 6 lugares: cabello, uñas, palma de manos, boca, ojos y piel.
- ii) Evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos. Las relaciones entre

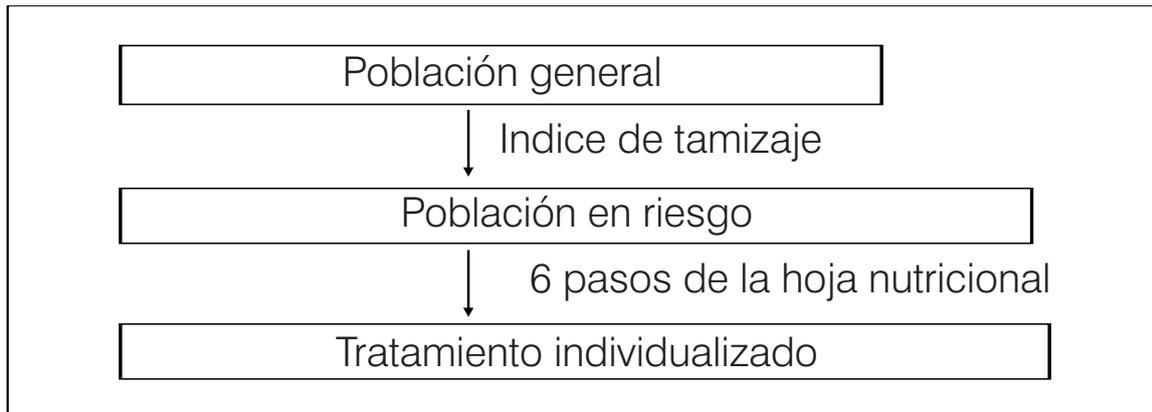


Figura 3. Flujo de atención de pacientes hospitalizados

- nutrientes y fármacos son variadas e importantes. Los nutrientes pueden afectar las características cinéticas de los medicamentos y por tanto alterar su respuesta clínica; mientras que los fármacos pueden afectar el estado de nutrición alterando la absorción y utilización de nutrientes.
- iii) Evaluación de la ingesta de alimentos y factores que la afectan. Existen diversos métodos de evaluación de ingesta, sin embargo, el método que mayor correlación epidemiológica ha mostrado con el desarrollo enfermedades es la frecuencia alimentaria. Por otro lado, entre los factores que afectan la ingesta, siempre es conveniente investigar sobre: falta de piezas dentarias, alteraciones en la salivación, presencia de estrés, dolor o fiebre.
 - iv) Evaluación de la actividad física. La evaluación de la actividad física es relativamente más difícil en personas sanas debido a la variedad de actividades que puede desarrollar. A nivel hospitalario, es por el contrario, más sencilla puesto que solo se presentan tres posibilidades: paciente en cama sin poder sentarse, paciente semi sentado, paciente deambulando.
 - v) Evaluación somática. Durante años hemos utilizado el índice de masa corporal (IMC) como la principal herramienta para el diagnóstico nutricional, sin embargo, aunque tiene una alta especificidad que lo hace ideal para evaluación de personas sanas, su baja sensibilidad lo convierte en un mal indicador aislado en personas enfermas; en otras palabras, es un buen indicador para hacer un diagnóstico nutricional antropométrico pero no global. Los parámetros nutricionales que recomendamos evaluar en todo momento, asociados y no de forma aislada, son: peso, talla – y su relación para hallar el IMC – , circunferencia de cintura, pliegue cutáneo tricipital, circunferencia del brazo – y su uso combinado para hallar la circunferencia muscular del brazo – y perímetro cefálico en niños menores de dos años.
 - vi) Evaluación bioquímica. Es prácticamente imposible emitir una indicación nutricional si no conocemos como mínimo el nivel de glicemia y de hemoglobina del paciente.
 - vii) Evaluación del componente visceral. Se debería evaluar el nivel de albúmina en sangre.
 - viii) Evaluación del componente inmunológico. Se sugiere evaluar el recuento total de linfocitos

- ix) Evaluación de componente catabólico. Se sugiere desarrollar un balance nitrogenado.

3.1.2 Del diagnóstico nutricional

El diagnóstico nutricional debe ser el resultado de la evaluación de todos los componentes nutricionales descritos en la sección previa. De ningún modo podemos hablar de diagnóstico nutricional cuando solo se ha evaluado un parámetro como el IMC.

Quizás, el principal problema surgido de la implementación de la presente recomendación tenga que ver con la forma de registro de actividades en los formatos HIS (para los establecimientos del Ministerio de Salud) o CIE 10 (para los establecimientos del ESSALUD). Sin embargo, se tendrán que generar los mecanismos necesarios para incluir en estos formatos estadísticos mayor número de actividades para el profesional de nutrición.

El diagnóstico sugerido debe estar integrado por dos partes:

- Parte I: Diagnóstico Médico
- Parte II: Diagnóstico nutricional. Se deberá hacer una lista con todos los problemas nutricionales identificados. Cada problema nutricional deberá ser descrito sobre la base de tres aspectos:
 - a) Evidencia. Aspecto que denota la presencia del problema.
 - b) Problema. Conclusión que mejor correlaciona con la evidencia.
 - c) Causa probable. Motivo por el cual se ha generado el problema.

3.1.3 De la indicaciones nutricionales

Las indicaciones nutricionales deben dar una respuesta oportuna a cada uno de los problemas identificados en el diagnóstico nutricional. Obviamente, se deberá priorizar aquellos problemas que pongan en riesgo la vida de la persona. La indicación nutricional para una persona sana se hará como recomendación nutricional; mientras que la indicación nutricional para una persona enferma se hará como prescripción nutricional.

- i) **Recomendación Nutricional.** Es la indicación nutricional traducida en nutrientes específicos.
- ii) **Recomendación dietética.** Es la indicación nutricional traducida en un régimen dietético o en recomendaciones alimentarias generales.
- iii) **Prescripción Nutrioterapéutica.** Es la indicación nutricional traducida en nutrientes específicos que tienen como objetivo enfrentar las alteraciones orgánicas producidas por la enfermedad.
- iv) **Prescripción dietoterapéutica.** Es la indicación nutricional traducida en un régimen dietoterapéutico.

Conviene además hacer dos observaciones adicionales:

Régimen dietético son todos los elementos que integran la alimentación de una persona sana.

Régimen dietoterapéutico son todos los elementos que integran la alimentación de una persona enferma.

3.2 De la producción de regímenes y fórmulas especializadas

Terminada la consulta, surge un nuevo inconveniente ¿Cómo llevamos las indicaciones nutricionales del papel a la preparación?

Probablemente, la parte más "sencilla" se encuentra en la preparación de fórmulas especializadas. Estas poseen una tabla nutricional donde los componentes están plenamente cuantificados y siendo preparadas según la indicación nos proporcionan las cantidades de nutrientes requeridas; sobre la manipulación, la higiene y todo lo relacionado con la inocuidad del proceso, es algo que debe estar plenamente garantizado en cualquier área del departamento, por lo cual será abordado en otra sección.

El problema real surge en la elaboración de regímenes tanto dietéticos (para personas sanas) como dietoterapéuticos (para personas

enfermas), donde las variaciones producto del rendimiento de los alimentos, de las diferentes técnicas de pesado, trozado, cocido o servido pueden influir tanto positiva como negativamente en el contenido final de la bandeja que se ofrecerá al paciente.

El área de producción de regímenes y fórmulas debe ser considerada como un laboratorio perfectamente organizado, en donde todas las etapas del proceso productivo deben estar lo suficientemente estandarizados como para poder saber con total precisión que es lo que aporta cada bandeja servida y lo que es más importante que la misma llega a su destinatario final en las mejores condiciones higienico-sanitarias y nutricionales posibles.

La figura 4 muestra el flujo general a partir del cual se deberán generar los flujos específicos en un área producción. Uno de los principales puntos críticos lo constituye la dosificación de alimentos según preparación. Nuestras tablas de dosificación y reglamentos asociados datan de hace más de 20 años y en todos los casos no reflejan la realidad cotidiana y en vez de servir como herramienta de trabajo se han convertido en herramientas de castigo puesto que aplicarlas es materialmente imposible y en su necesidad por cumplir con su labor diaria muchos Nutricionistas han tenido que enfrentar procesos administrativos porque no han tenido como justificar el uso de valores más reales y por cierto diferentes a los incluidos en la tablas en cuestión.

Igual que en las áreas previas, surge la pregunta ¿Por dónde empezar el cambio? La respuesta es curiosa porque para cualquiera que observa la figura 4, la respuesta sería evidente, el cambio debería iniciarse por el recuadro que da inicio al flujo: "Recepción, control de calidad, almacenamiento y conservación de materias primas e insumos"; sin embargo, consideramos que no.

El punto de partida debe ubicarse en la etapa posterior, en la relacionada con la dosificación de alimentos para incluirlos en una preparación. Las razones que apoyan este planteamiento son:

a) Una buena dosificación establecerá las

cantidades necesarias para elaborar cualquier preparación, por tanto, se podría calcular cuáles serán las necesidades de materias primas e insumos para cubrir estas necesidades. Por ejemplo, se necesitan preparar 10 raciones de arroz cocido de 180 g cada una; si la tabla de dosificación indica que se requieren 90 g de arroz crudo para cada ración, en 10 raciones se necesitarán 900 g de arroz crudo para generar 1800 g de arroz cocido.

- b) Identificadas las necesidades generales del área, se necesita desarrollar un proceso de control de calidad de materias primas e insumos que asegure que lo que se está recibiendo tendrá el rendimiento planificado previamente. Del ejemplo anterior, el proceso de control de calidad debería garantizar que el arroz recibido tenga un rendimiento mínimo del 100%, es decir que al ser cocido, duplique su cantidad.
- c) Paralelo al desarrollo del proceso de control de calidad, es necesario garantizar que el almacenamiento y conservación no influirá negativamente en el rendimiento.
- d) Siempre en el contexto de la figura 4, aseguradas las dos primeras etapas, recién se podría trabajar el proceso relacionado con la preparación.

Por lo expuesto, la primero en lo que habría que trabajar es en la elaboración de una tabla de dosificación actualizada.

3.2.1 De la dosificación de alimentos

La elaboración de una tabla de dosificación de alimentos que se ajuste a la realidad actual es una necesidad prioritaria en las áreas de producción. Así como los 9 pasos sugeridos para la evaluación nutricional pueden servirnos para determinar tiempo de atención, necesidades de personal o necesidades de equipamiento; el desarrollo de una nueva tabla de dosificación nos permitirá establecer flujos de producción, cuantificar mejor el aporte de nutrientes, así como hacer más rentables los departamentos de nutrición. Ahora bien, probablemente la palabra RENTABILIDAD tome

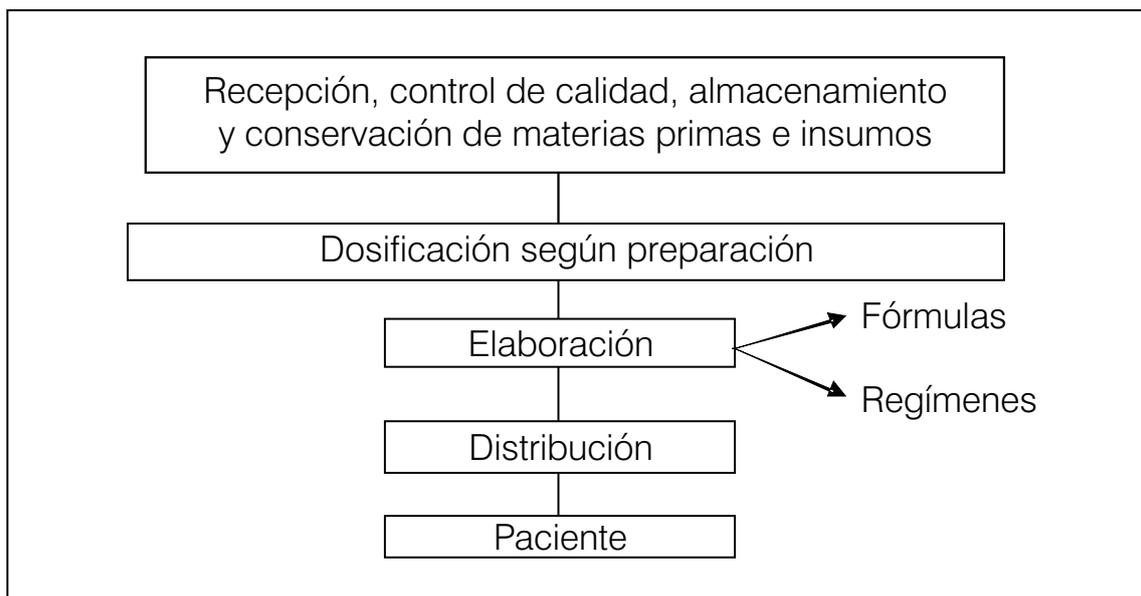


Figura 4. Flujo de trabajo en el área de producción

por sorpresa a más de uno, no obstante, es un hecho concreto que mientras más rentabilidad muestren nuestros departamentos más fácil podrá ser la redistribución de los fondos asignados a renovación de equipos, inversión en capacitación del personal o implementación de nuevos procesos.

¿Cómo debería ser la nueva tabla de dosificación?

- I) Debería incluir la dosificación de alimentos para una amplia variedad de tipos de preparaciones y no unas cuantas como sucede hoy en día. Por ejemplo, si estamos hablando de arroz, debería incluirse las 5 preparaciones más frecuentes hechas a base de arroz, debido a que dependiendo de la preparación la cantidad de ingredientes puede variar considerablemente.
- II) Debería incluir la dosificación necesaria para preparar 10 raciones, 100 raciones, 500 raciones y 750 raciones. Las tablas de dosificación actuales tienen el inconveniente que incluyen dosis para

preparar una cantidad fija de raciones, 500 o 1000, por lo que los problemas surgen cuando se debe preparar un número intermedio de raciones.

3.2.3 De las condiciones de calidad de insumos y materias primas así como su almacenamiento y conservación

Establecida la nueva tabla de dosificaciones, la siguiente tarea es desarrollar procesos complementarios que puedan asegurar su cumplimiento. Entre las tareas propuestas podemos citar:

- a) Desarrollar un manual anexo a la tabla de dosificaciones donde se indique cual es el rendimiento mínimo de un alimento adquirido por el departamento. Este manual formaría parte de las normas técnicas que son el sustrato para la elaboración de las "Bases para los procesos de compra de materias primas e insumos". Este manual informativo anexo definiría claramente cuál es el rendimiento promedio básico de un alimento, de modo que se pueda garantizar la aplicabilidad de

la dosificación. Nuevamente en el ejemplo del arroz; el manual propuesto debería establecer claramente que la institución solo adquiriría un arroz cuyo rendimiento mínimo duplique la cantidad en crudo.

- b) Estandarizar los procesos de almacenamiento y conservación de materias primas e insumos de modo que estos no influyan negativamente sobre el rendimiento de los productos adquiridos.
- c) Elaborar una guía que establezca cuál es el equipamiento mínimo con el que debe contar el área de control de calidad, almacenamiento y conservación de alimentos de modo que se pueda asegurar el mayor rendimiento posible de los productos adquiridos.

3.2.3 De la adecuada preparación, servido y distribución

Asegurada la dosificación y la calidad de las materias primas e insumos para que estas dosificaciones sean aplicables, queda asegurar que el proceso de preparación sea desarrollado de una manera tal que el rendimiento sea el mismo que se ha planificado y validado previamente. Para ello sería necesario:

- i) Desarrollar un manual para la estandarización del proceso productivo de raciones tanto para regímenes dietéticos como dietoterapéuticos. Esto implica que la forma en que se elaborarán las raciones será la misma aunque el personal sea diferente. Este manual debe incluir cantidades a utilizar, tiempos de preparación y lo más importante, equipamiento mínimo para que el proceso puede ser replicado.
- ii) El servido y la distribución son los pasos previos a la entrega al paciente. Como la distribución implica un nivel de complejidad menor, comentaremos el servido. Este es, por decirlo de alguna manera, la consolidación de todos los procesos previos, puesto que si el servido no es homogéneo de bandeja a bandeja, de nada habría servido hacer una tabla de

dosificación, estandarizar los procesos de control de calidad, almacenamiento, conservación o producción. No obstante, solo sería necesario incluir utensilios validados en las tareas de servido para salvar esta dificultad.

3.3 Del monitoreo

Por definición el monitoreo de un paciente consiste en el seguimiento que se debe hacer al cumplimiento de las indicaciones hechas. En los pacientes hospitalizados es muy probable que este monitoreo sea hecho con relativa facilidad. Sin embargo, a nivel de consultorios la realidad deja mucho que desear. Los pacientes en promedio acuden una vez por mes a la consulta, si es que lo hacen. Esta práctica va definitivamente en contra de nuestros objetivos de tratamiento y de un ejercicio profesional saludable. Felizmente, en la consulta particular si existe un monitoreo más efectivo.

Existen patologías como la obesidad, por ejemplo, que requieren de un espacio más reducido de tiempo entre consulta y consulta. Un paciente obeso podría requerir en promedio una visita semanal al inicio del tratamiento; quincenal a la mitad de él y mensual en las etapas finales; no obstante, en la realidad, muchas veces apenas existe una segunda consulta.

¿En qué aspectos deberíamos ponernos de acuerdo en relación al monitoreo?

- i) Cuál es la frecuencia de visitas sugeridas de acuerdo a las patologías más prevalentes.
- ii) Cuáles son los pasos mínimos que se desarrollarán durante el monitoreo.
- iii) Cuáles son los índices e indicadores que se evaluarán como mínimo en una consulta de monitoreo.
- iv) Cuál es la frecuencia con la cuál se evaluarán los índices e indicadores evaluados.
- v) Cuál es el tiempo mínimo que debe tomar una consulta de monitoreo

3.4 De la investigación

La investigación es una tarea constante que involucra a todas las áreas del ejercicio profesional del Nutricionista. Lamentablemente, aunque esta es una realidad común para todos los profesionales de la salud en el Perú, la producción científica del Nutricionista peruano es prácticamente nula. Salvo algunos ejemplos dignos de resaltar, la mayoría de trabajos de investigación ni siquiera son iniciados y si acaso fueran llevados a término, no se publican.

La investigación es el cimiento sobre el cual se construyen los pilares que dan soporte a cualquier ciencia existente, de modo que sin investigación, el futuro de cualquier ciencia es incierto. La investigación científica permite que cualquier área del conocimiento se mantenga vigente en el tiempo y se adecue a los cambios que el desarrollo de la humanidad impone. No existe una sola área del conocimiento que pueda prescindir de los resultados de la investigación como sustrato vital; todas sin excepción dependen de los mismos como fuerza impulsora.

Para la Nutrición, más que para cualquier otra ciencia de la Salud, estos conceptos tienen relevancia suprema. Como se comentó al principio de este artículo, la nutrición nació como una carrera que primordialmente buscaba encontrar formas ordenadas de alimentar a los enfermos; sin embargo, conforme el conocimiento fue creciendo, su papel ha tenido que ser re-pensado a un nivel tal que su potencial de crecimiento escapa del cálculo más optimista que se pueda hacer.

Irónicamente, mientras en el mundo crece la figura de la Ciencia de la Nutrición y la información que provee se está convirtiendo en el paradigma de la salud en los próximos años, el profesional de la Nutrición, sobretodo en nuestro país, pareciera condenado a la extinción. Es verdad que se han alcanzado algunos logros importantes y cada vez hay más colegas sobresalientes; sin embargo, en el universo de Nutricionistas estas luces intermitentes se diluyen en un mar de letargo que se mueve por los vaivenes de la rutina.

Es necesario que todos aquellos que tienen personal Nutricionista a cargo, los estimulen a desarrollar investigación en el área. Es tan poco lo que se ha hecho que hasta el tema más sencillo puede contribuir a mejorar nuestro posicionamiento en el área de la salud y en la sociedad misma. Hace unos meses, una reunión que congregó a más de 500 expertos de investigación de todo el Perú, llegó a la conclusión que la Nutrición era la segunda prioridad más importante para investigar en el país, de un universo de más de 300 sugerencias.

Los temas para investigar abundan y no solo involucran el espacio de la Nutrición clínica si no también a la Nutrición Pública. Necesitamos validar en población nacional una gran cantidad de fórmulas y protocolos que se usan desde hace años en otros países. Tenemos que desarrollar herramientas tecnológicas que permitan, por ejemplo, asegurar la productividad en las áreas de producción de alimentos; necesitamos herramientas para mejorar el monitoreo de los pacientes, su evaluación clínica, el cálculo de sus requerimientos nutricionales. Tenemos necesidad de desarrollar programas para el monitoreo de parámetros nutricionales en diferentes poblaciones; estudiar cuál es el impacto de la dieta en la composición corporal, entre otros temas.

Como compromiso gremial y como parte del recientemente iniciado proceso de evaluación de competencias, deberíamos incluir la obligación de que cada profesional haya desarrollado como mínimo una investigación cada 2 años. Ahora bien, estas investigaciones deberían tener como objetivo prioritario contribuir como herramientas al desarrollo de la carrera misma.

4. De las capacidades requeridas por el nuevo profesional

En las líneas previas hemos hecho un recorrido más o menos preciso y homogéneo sobre algunas de las principales áreas del ejercicio profesional del Nutricionista. Por cierto que quedan amplios aspectos por comentar como, por ejemplo, el papel del Nutricionista en el área de deporte, docencia o mercadeo de

productos. No hemos querido ahondar en estas otras áreas donde también existe mucho por hacer o decir porque estamos convencidos que sería absolutamente complicado pretender implementar todo a la vez. Hemos buscado enfocarnos en lo que constituyen los dos cimientos de nuestro ejercicio, la evaluación del paciente (la hay en todas las áreas) y la forma en la cuál le haremos una indicación nutricional (se hace en cualquier área).

Quizás uno de los primeros escollos en este proceso de redefinición de competencias lo encontremos en las curriculas universitarias: i) Aunque la mayoría parece haber recogido la esencia del cambio, aparentemente estos no han sabido ser llevados a la práctica; ii) en la mayoría de casos el número de cursos tiene poca relación directa con la carrera y pueden llegar a representar hasta el 10% de todas las horas dictadas; iii) el número de años de formación es menor al de la mayoría de carreras profesionales, en todas excepto la de enfermería, se estudian 5 años más prácticas, en nuestro caso, estudiamos 4 años más prácticas, que dicho sea de paso, si estas prácticas fueron conducidas por un colega poco interesado o el interno llega a un lugar donde no hay asesor, este último año representa una pérdida de tiempo. Esperamos que en algún momento se empiece a evaluar la necesidad de incrementar un año la formación universitaria del Nutricionista (más la práctica), la inclusión de más cursos que contribuyan a diferenciarlo como un verdadero especialista y el cambio de actitud del docente frente al alumno, de modo que, para que pueda ser un estímulo y no una decepción para el estudiante.

Algunos aspectos en los que se tendría que afianzar el trabajo y desarrollarlos de manera armónica incluyen:

- a) Fortalecer las capacidades en el uso de conceptos y herramientas bioquímicas para poder explicar los procesos de la Nutrición en todas sus connotaciones de modo que pueda brindar una sustentación más amplia a cada una de sus afirmaciones.
- b) Fortalecer las capacidades en el uso de conceptos de interacción entre fármacos y

nutrientes con el objetivo de identificar relaciones que puedan afectar el estado de Nutrición o la respuesta clínica del fármaco.

- c) Fortalecer las capacidades para la selección, uso e interpretación de resultados de herramientas para la evaluación de la ingesta de alimentos, cálculo de la actividad física, evaluación de la composición corporal y los aspectos bioquímicos viscerales, inmunológicos y catabólicos de una persona, de modo que pueda
- d) Fortalecer las capacidades en el uso de sistemas informático que permitan sistematizar el trabajo en las diferentes áreas profesionales.
- e) Fortalecer las capacidades para la administración y gerencia de procesos en cualquiera de las áreas del ejercicio profesional de modo que pueda contribuir positivamente en la cualquier tarea que represente mejoramiento de sistema.
- f) Fortalecer capacidades para la selección, uso e interpretación de resultados de herramientas de investigación que puedan ser aplicadas en el ejercicio profesional.
- g) Fortalecer las capacidades que permitan traducir en un régimen dietético o dietoterapéutico todas las necesidades identificadas en el paciente.

5. Conclusiones

1. A pesar de los hechos que la ciencia se ha encargado de demostrar, todavía hay muchas personas que piensan que la Nutrición tiene poco o ningún impacto en su vida. Felizmente, estas personas cada día son menos, debido entre otras cosas, a la inmensa cantidad de información disponible. Es lamentable, por otro lado, que buena parte de esta información no tenga sustento alguno, por lo que este es un momento adecuado para posicionar la imagen del Nutricionista como verdadero experto en temas de Nutrición más allá del hecho concreto de alimentar.

2. Si nuestra carrera nació con el objetivo de enseñar como alimentar a una persona, la investigación en el área ha mostrado que sirve para muchísimas más cosas, por tanto, el nombre de Nutrición Humana ya no refleja en absoluto toda la información con la que se dispone.
3. La reforma de los procedimientos debería empezar por la parte hospitalaria introduciendo conceptos nuevos y más acordes con los nuevos paradigmas de cuidado de la salud vigentes.
4. Se debería redefinir el papel del Nutricionista como verdadero especialista en el área.
5. La llamada Consejería o Consultoría Nutricional, debería llamarse CONSULTA NUTRICIONAL y debería incluir por lo menos 6 pasos básicos: evaluación de signos clínicos de deficiencias nutricionales; evaluación de la interacción entre nutrientes y fármacos; evaluación de la ingesta de alimentos y factores que la afectan; evaluación de la actividad física; evaluación somática; evaluación bioquímica.
6. Es necesario estandarizar la forma en la cual se hace el diagnóstico nutricional y se emiten las indicaciones nutricionales.
7. Es necesario estandarizar el proceso de producción de alimentos a partir de una nueva tabla de dosificaciones que vaya complementada por un manual de rendimientos mínimos y procesos productivos estándar.
8. Existe una necesidad concreta de investigación en todas las áreas de la Nutrición, por ello, deberíamos asumir un compromiso de grupo para promover la misma en todas las esferas del ejercicio profesional.

Referencias bibliográficas

1. Cruz R. La Ciencia de la Nutrición. Renut versión digital. Enero 2006
2. Cáceres, C. Reseña de la formación de Especialistas en Nutrición en el Perú. Lima. 2003
3. Grupo de Revisión y posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. El Dietista-Nutricionista en Atención Primaria de Salud. 2005. nombre de Nutrición Humana ya no refleja en absoluto toda la información con la que se dispone.