



INSTITUTO GLOBAL DE ALTOS ESTUDIOS EN CIENCIAS SOCIALES (IGLOBAL)

Dinámica de la asistencia nutricional desde una perspectiva compleja

Trabajo final para optar por el título de

ESPECIALIDAD EN PENSAMIENTO COMPLEJO, CIENCIAS DE LA

COMPLEJIDAD Y TEORÍA DEL CAOS

Proponente

Ysabel Noemí Tejeda Díaz

Asesor

Pedro Sotolongo

16 de diciembre de 2013

Santo Domingo, República Dominicana

‘ El todo es inexplicable sin referirlo a las partes, del mismo modo que las partes son
incomprensibles sin referirlo al todo’.

Sergio Vilar, 1997

Índice

	Págs.
Introducción	1
Componentes que se enredan en la asistencia nutricional como sistema dinámico complejo.....	4
Organigrama del Departamento de Nutrición Clínica.....	5
Departamento de Nutrición Clínica y Dietética	5
Definición por competencia de los diferentes actores o componentes que se enredan en la asistencia nutricional	6
Modelo profesional.....	8
Médico Nutriólogo	8
Dietista-Nutricionista	9
Licenciada en Enfermería	9
Licenciado en Farmacia	9
Psicólogo Clínico.....	9
Interacción emergente de los componentes como sistema dinámico complejo	10
Evaluación Nutricional	10
Evaluación Global Subjetiva.....	12
Medidas Antropométricas	12
Pruebas funcionales.....	12
Pruebas Bioquímicas.....	13
Diagnóstico Nutricional	13
Ingesta	13
Intervención Nutricional	14

Administración/Indicación de alimentos y/o nutrientes	14
Educación Nutricional.....	14
Consejería Nutricional.....	15
Coordinación del Cuidado Nutricional	15
Monitoreo y Evaluación de los resultados	16
Resultados conductuales/ambientales	16
Elaboración de la Historia Clínica Nutricional.....	17
Comportamiento alimentario y gastronómico como fenómeno de reproducción social.....	18
Conclusión.....	22
Bibliografía	24

Introducción

Pensar en complejidad es pensar en todo lo que debemos tener en cuenta, la complejidad reivindica la conversación entre saberes. Asumir la realidad del paradigma de complejidad, afirma Gonzales Moena (1997), significa ser capaz de concebir sin oposiciones la organización, la desorganización y la auto-organización, e integrar las realidades física, biológica, cultural, social, psíquica, intelectual y espiritual, entre otras, que conforman al ser humano de manera simultánea.

El quehacer sanitario se basa en la interacción de un equipo multidisciplinario de cara al liderazgo horizontal y la aplicación de un enfoque integral, para mejorar el aspecto preventivo a través de la educación sanitaria, detectando oportunamente el riesgo, proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de la presencia de una patología aguda o crónica; por lo que, la formación y competencias de este equipo debe estar acorde al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red, exhibiendo habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

El estado nutricional durante los procesos patológicos desempeña un reconocido papel en la evolución de los mismos y la respuesta del organismo a la agresión. La dinámica de su equilibrio merece y exige un manejo adecuado y oportuno por parte de un equipo multidisciplinario que cuente con profesionales especializados en la Nutrición Clínica.

Es en este sentido que emerge la necesidad de un estado nutricional adecuado para exhibir un estado de salud o, en el caso de una patología establecida, tener una adecuada respuesta en el proceso de recuperación por parte del organismo.

Hipócrates, padre de la medicina moderna, haciendo referencia al impacto del comportamiento alimentario en el bienestar del hombre enunció en uno de sus postulados: 'Que tu comida sea tu alimento y tu alimento tu medicina.'

La Nutrición Clínica es una disciplina que exige un abordaje a partir de un paradigma de complejidad creciente, teniendo en cuenta que el estado nutricional de las personas es el resultado de la interrelación de una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales. Su campo de acción va desde la prevención de los problemas nutricionales más frecuentes, al tratamiento de la enfermedad, y sus complicaciones. Para ello, se necesitan herramientas diagnósticas como la valoración nutricional a través de encuestas dietéticas, antropometría, indicadores bioquímicos y las intervenciones terapéuticas específicas para cada situación especial como puede ser la alimentación oral y/o la nutrición artificial (enteral y parenteral), lo cual abordaremos en la interacción emergente de los componentes como sistema dinámico complejo.

El Equipo Interdisciplinario debe estar conformado por Médicos Nutriólogos, Licenciados en Enfermería, Licenciados en Nutrición Dietistas y Farmacéuticos, quienes oportunamente interaccionan de manera no lineal, o sea, emergente de-abajo-hacia-arriba o de arriba-hacia-abajo con el servicio de psicología como acompañamiento emocional y el departamento de trabajo social, formando así, una red de redes.

Los avances de la Ciencia Médica y la Nutrición, agregados a los de la tecnología aplicada al diagnóstico y tratamiento de patologías, han hecho posible una mayor sobrevivencia de los pacientes, generando así el desafío de ofrecer planes terapéuticos y apoyo nutricionales de terapia que permitan prevenir y reducir complicaciones en la evolución de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Actualmente, la situación alimentaria mundial se encuentra polarizada entre el hambre y las enfermedades ocasionadas por excesos y desequilibrios nutricionales; las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles que se han convertido en la principal causa de muerte y discapacidad prematura en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, predominando en el cuadro de salud de numerosos países.

Por otro lado la malnutrición es un flagelo que azota al mundo e incrementa la morbi-mortalidad, que conlleva un aumento de estancia hospitalaria, incrementando los costos en salud, lo que afecta sustancialmente la relación costo-riesgo-beneficio. A pesar de los importantes avances en las Ciencias Médicas, aún existe desnutrición iatrogénica en el ámbito hospitalario, debido al pensamiento reduccionista.

En este ensayo abordamos los diferentes componentes que interaccionan en la dinámica emergente de la asistencia nutricional, sus estrategias de indagación y la modelación de la asistencia nutricional hospitalaria, en un ambientalismo holístico, ya que el hombre es la única especie que sabe que evoluciona.

En la asistencia nutricional, los componentes forman redes que se auto-organizan, emergiendo así nuevos comportamientos correlacionados con sus componentes, en tanto son capaces de reconocer pautas propias como se establece en la conducta alimentaria de cada individuo producto de los aportes recibidos; todo ello redundando en la flexibilidad y creatividad ontológicas de esas redes naturales y sociales.

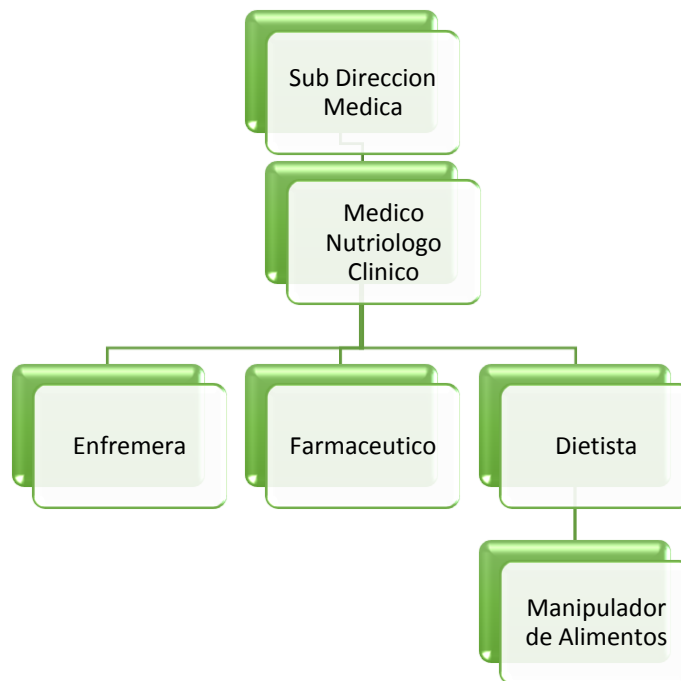
Componentes que se en-redan en la asistencia nutricional como sistema dinámico complejo.

Un sistema es un objeto del saber pensado como totalidad, cuyas propiedades como tal no se reducen a la suma de las propiedades de sus componentes, un sistema complejo es aquel capaz de comportarse de una manera que llamamos compleja, osea, aquellos que en ciertas condiciones se auto-organizan, todo sistema hospitalario que ofrezca el servicio de internamiento debe contar con la existencia en su organigrama del Departamento de Nutrición Clínica, cuya función principal es dar soporte oral, enteral y parenteral a los usuarios del centro.

Los recursos humanos de este servicio son el Médico nutriólogo, Licenciado en Farmacia, Psicólogo Clínico, Dietista- Nutricionista y Licenciado en Enfermería; además de lo que es el apoyo logístico representado por una secretaria y personal de limpieza.

Los seres humanos tenemos subjetividad, la jerarquía la insertamos como legado del pensamiento dicotómico de la modernidad occidental, la complejidad es un nuevo estilo de pensamiento donde los componentes interaccionan, es en este sentido que el médico nutriólogo, el cual es asistido por la sub-dirección médica en cuanto a aspectos administrativos y de gestión; en el ámbito del equipo multidisciplinario, debe tener una apertura holística, no lineal, transdisciplinar en un mundo irregular.

Organigrama del Departamento de Nutrición Clínica.



Departamento de Nutrición Clínica y Dietética.

Cuya función principal es el diagnóstico y terapia nutricional, con características de servicio central y relacionado con el entorno, osea interacción interdepartamental, teniendo en cuenta que, nada holístico puede ser analítico, pues al analizar descomponemos. Su **Objetivo primario** es conseguir y mantener un adecuado estado nutricional tanto en el paciente hospitalizado como en el adscrito al área de salud, asumiendo la responsabilidad de los aspectos clínicos de alimentación artificial y la alimentación oral, haciendo especial énfasis en la prevención del riesgo nutricional.

Se consideran **actividades centrales** de la Unidad de Nutrición Hospitalaria:

- 1.- Garantizar la alimentación adecuada de los pacientes hospitalizados.
- 2.- La detección (precoz) de la desnutrición de los enfermos hospitalizados y la implementación de las medidas terapéuticas de soporte nutricional necesarias para su corrección.
- 3.- El tratamiento nutricional de pacientes con enfermedades que lo requieren, en régimen de consulta externa.

Los objetivos específicos son:

1. Planificación, control y gestión de dietas hospitalarias estándar.
2. Prescripción, seguimiento y gestión de dietas especiales hospitalarias.
3. Prescripción, seguimiento y gestión de la nutrición enteral y parenteral hospitalaria.
4. Prescripción, seguimiento y gestión de la nutrición enteral y parenteral domiciliaria.
5. Asesoría en materia nutricional a cualquier Área hospitalaria.
6. Organización de la atención en consultas a pacientes con patología nutricional.
7. Protocolización de aspectos preventivos y terapéuticos de enfermedades nutricionales, extensibles al Área de Salud.

Definición por competencia de los diferentes actores o componentes que se enredan en la asistencia nutricional.

Según sea el entorno y los componentes, así será la abordabilidad, la gama de interacciones y retracciones en red no lineales que dan lugar a los fenómenos emergentes.

En la actualidad, las Competencias constituyen una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. Se trata de "un vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", la implantación de nuevos valores y de

normas de comportamiento. El concepto "Competencia" tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.

La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de interacción que busca el trabajo y la educación como desarrollo integral, a fin de que las personas se desempeñen con lo que saben, adoptando la forma de redes distribuidas ya que en las redes jerárquicas ocurre una linealidad de arriba-hacia-abajo.

La Competencia, entonces, puede ser definida de manera holística, como un "*saber hacer, sobre algo, con determinadas actitudes*", es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales.

Pueden establecerse 3 grupos de competencias:

a) Competencias básicas. Son aquellas en las que la persona construye sus estrategias de indagación (Interpretar y comunicar información, razonar creativamente y solucionar problemas, entre otras). Las competencias básicas están referidas fundamentalmente a la capacidad de "aprender a aprender" que afirma la erradicación definitiva de la concepción de que es posible aprender de una vez y para siempre.

b) Competencias personales. Son aquellas que permiten realizar con éxito las diferentes funciones en la vida (actuar responsablemente, mostrar deseo de superación y aceptar el cambio, entre otras).

c) Competencias profesionales. Son las que garantizan cumplir con las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional.

Se reconoce que las cualidades de las personas para desempeñarse productivamente en una situación de trabajo, no sólo dependen de las situaciones de aprendizaje escolar formal, sino también del aprendizaje derivado de la experiencia en situaciones concretas de trabajo.

Es de señalar que la integración de todas las competencias expuestas representan los factores críticos de éxito profesional.

Modelo profesional.

Médico Nutriólogo:

Especialista en ciencias de Alimentación y Nutrición que se encarga de la evaluación y prescripción de las recomendaciones nutricionales; forma parte del equipo interdisciplinario de salud, posee los conocimientos científicos en el área de su competencia, con habilidades para aplicar eficientemente el Proceso de cuidado nutricional e integración al equipo de salud hospitalario y ambulatorio para contribuir en la mejora del estado de salud de individuos; con actitudes que le permiten actuar con responsabilidad social en todas las áreas del conocimiento, en el que la alimentación y la nutrición sean necesarios para garantizar el crecimiento, promover y recuperar la salud, contribuyendo a la mejoría y mantenimiento de la calidad de vida.”

Intervenir en el tratamiento nutricional del paciente teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas y/o la patología presente, considerando hábitos alimentarios, condiciones socioeconómicas, religiosas y culturales, para contribuir al tratamiento y/o prevención de la enfermedad y preservar o recuperar su estado nutricional, o sea, tener en cuenta todo lo más que se debe tomar en cuenta.

El carácter interdisciplinario de la formación posibilita la actuación en distintos ámbitos laborales: hospitales públicos y privados, de la seguridad social en atención de pacientes internados, en servicios o áreas de alimentación y nutrición de los hospitales, unidades de atención primaria de salud y clínicas privadas, cumpliendo funciones: preventivas, terapéuticas, gestión, educación, docencia, investigación, asesoría y de auditoría en el campo de la nutrición, donde sea necesario realizar la prevención y/o tratamiento de enfermedades relacionadas con la nutrición.

El Nutriólogo Clínico debe actuar como **asesor, comunicador, investigador y educador** en el manejo terapéutico nutricional de diversas patologías relacionadas con la Alimentación, Nutrición, Dietética e Higiene de los Alimentos, e involucrar tanto a pacientes como familiares, igual que al equipo de salud. En tal condición, debe tratar de garantizar el cuidado y preservación de su condición nutricional.

Dietista-Nutricionista:

Para la International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) o Confederación Internacional de Asociaciones de Dietética define el término dietista de la siguiente forma: Es la persona calificada en nutrición y dietética, reconocida por autoridad nacional, que aplica la ciencia de la nutrición a la alimentación y educación de individuos o de grupos tanto en estados de salud como de enfermedad, responsable de convertir las ordenes médicas orales en menú para los pacientes hospitalizados a través del servicio de Dietética, que corresponde al 80 % de la demanda del servicio departamental.

Licenciada en Enfermería:

Profesional responsable del manejo continuado y permanente del paciente, disponibilidad del equipo y materiales requeridos para el soporte nutricional, tanto del paciente ambulatorio como el hospitalizado, llevar los registros y orientar al paciente en cuanto a las prescripciones del médico en consulta.

Licenciado en Farmacia:

Profesional responsable de la preparación de mezclas para el soporte enteral y parenteral, así como la disponibilidad de los suplementos nutricionales en la farmacia hospitalaria.

Psicólogo Clínico:

Profesional de la conducta responsable del aspecto emocional del individuo que recibe soporte nutricional, dependiendo el diagnóstico en cuestión y la meta, se interconsulta.

Cuando el caso lo requiere se interconsulta con el Departamento de Trabajo Social para conocer el estado socio-económico del individuo, estableciendo así una concepción holística e integral con un abordaje multidisciplinario.

Interacción emergente de los componentes como sistema dinámico complejo.

La nutrición clínica es la parte de la medicina que se ocupa de atender a aquellos pacientes que padecen enfermedades en las que una alimentación adecuada forma parte de su tratamiento.

En el ámbito de la medicina preventiva, la nutrición clínica da consejos para prevenir la aparición de enfermedades vinculadas a una alimentación inadecuada.

Tradicionalmente la clínica (del griego: kliní: “lecho”, “cama”) es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física.

Evaluación Nutricional (EN).

La EN es un abordaje integral del estado nutricional a través de un conjunto de prácticas clínicas, en las que se reúnen y valoran indicadores de diversos tipos como: dietéticos, antropométricos, bioquímicos e inmunológico entre otros; que incluyen una historia de los patrones alimentarios del paciente, restricciones dietéticas, cambio en el peso corporal y cualquier tipo de influencia en la ingesta o absorción de los nutrientes, evaluación física de la composición corporal, pruebas de funcionalidad tales como dinamometría de la mano, y pruebas cutáneas de hipersensibilidad tardía. También incluye información de estado fisiológico y patológico, estado funcional y de comportamiento (funciones sociales, cognitivas, factores psicológicos, emocionales, evaluación de calidad de vida).

El juicio clínico es necesario para dar un diagnóstico nutricional a través de una buena historia clínica, con datos subjetivos y objetivos; con el propósito de realizar el diagnóstico, pronóstico y vigilancia. Permitiendo conocer el grado en que se encuentran afectados los compartimientos corporales: grasa, músculo, vísceras; y establecer el grado y tipo de desnutrición.

La EN del paciente es parte esencial de los programas de intervención alimentaria, nutricional y metabólica. Los indicadores comúnmente utilizados se pueden obtener de forma exacta y precisa, de modo que permiten el monitoreo del progreso de la terapia nutricional; no obstante, la interpretación correcta de los indicadores depende del contexto en que se empleen; pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en especial cirugía electiva, críticos y sépticos, entre otros. Todo paciente hospitalizado deberá ser evaluado dentro de las primeras 24 a 48 horas, con un método de Tamizaje validado y de acuerdo al resultado será derivado para realizar una Evaluación Nutricional completa.

Se trata de un proceso dinámico y continuo, de obtención, verificación e interpretación de datos ordenados a los fines de tomar decisiones acerca de la naturaleza y causa de problemas relacionados con la nutrición. Involucran solamente la recopilación inicial de datos, sino también una nueva evaluación que deberá realizarse según las necesidades del paciente. (Se aconseja realizarla como rutina dentro de los 7 a 10 días luego de la evaluación inicial).

Los métodos de evaluación nutricional ampliamente usados en la práctica clínica, son los siguientes: métodos subjetivos, objetivos e índices pronósticos. El análisis de las secciones de la composición corporal tiene una relación importante con el estado nutricional, por eso es indispensable incluir en él métodos de análisis de la composición corporal.

Existen diversas técnicas para realizar la EN, sin que todavía exista alguna considerada el estándar ideal, es decir, aquella que presente alta sensibilidad y especificidad.

Evaluación Global Subjetiva.

La Evaluación Global Subjetiva (EGS), propuesta por Detsky en 1987, se destaca como un método diagnóstico del estado nutricional que prescinde de exámenes antropométricos y bioquímicos tomándose en una evaluación más rápida y de menor costo. Es un método clínico, sistematizado, de integración de datos de la historia clínico-nutricional, de los síntomas, del estado funcional y del examen físico del paciente, valorados en forma subjetiva con la finalidad de hacer un diagnóstico subjetivo del estado nutricional basado en categorías.

Se recomienda su realización en el momento de la hospitalización para detectar los pacientes con riesgo de desnutrición o con desnutrición declarada, lo más precozmente posible, para así poder indicar la terapia nutricional adecuada.

El examen físico del paciente se orientará a obtener información sobre la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular, así como la presencia de edemas. El diagnóstico nutricional, con base en la información clínica obtenida, se clasifica en: nutrido, desnutrido moderado y desnutrido grave.

Medidas Antropométricas:

Las medidas antropométricas para evaluar el estado nutricional incluyen: Altura, Peso (actual, usual, ideal) Porcentaje de cambio de peso, espesor de pliegues cutáneos (Tríceps, bicipital, subescapular, suprailíaco) circunferencia del brazo y muscular del brazo.

Pruebas funcionales:

Dinamometría de la mano: mide la fuerza voluntaria de la mano, tiene una buena correlación con el estado nutricional y es un buen predictor de los resultados en cirugía, refleja cambios tempranos en la función muscular con la inanición y la realimentación, así como cambios de la reducción o repleción de la masa muscular.

Función Inmunitaria: el paciente desnutrido se encuentra en alto riesgo de sepsis debido a la inmunosupresión. La cuenta total de linfocitos es un indicador de la capacidad del organismo de movilizar células inmunoactivas para enfrentar los procesos sépticos y la inflamación.

Pruebas Bioquímicas

Entre los parámetros bioquímicos se encuentran los siguientes: Albúmina, Transferrina, Prealbúmina y Recuento total de Linfocitos. Todas estas pruebas pueden encontrarse alteradas en otras enfermedades que no correspondan a desnutrición. El valor de Albúmina es un indicador pronóstico para el desarrollo de complicaciones y mortalidad.

Diagnostico Nutricional (DN)

La determinación del DN constituye un paso crítico entre la evaluación nutricional y la intervención nutricional, permite identificar un problema nutricional específico en el cual el Nutricionista Clínico es el profesional responsable de su tratamiento.

El DN (ejemplo: *ingesta inapropiada de carbohidratos*) es diferente al diagnóstico médico (ejemplo: *diabetes*). Los datos recolectados durante la evaluación nutricional (evaluación antropométrica, historia dietética, y otros), guiarán al nutricionista hacia la selección del DN apropiado, para resolverlo o mejorarlo. El diagnóstico nutricional se debe expresar enunciando el problema presente, la etiología y los signos o síntomas.

Ingesta:

El Nutriólogo Clínico realiza el diagnóstico de problemas relacionados con la ingesta energética, de macro y micronutrientes, ya sea por vía oral o por vía enteral o parenteral, en exceso o en defecto.

El diagnóstico se realiza al comparar la ingesta actual con la meta o niveles deseables. Por ejemplo:

“Ingesta deficiente de calorías debido a la presencia de vómitos, evidenciado por pérdida de 2 Kg. en una semana”.

Intervención Nutricional.

El propósito de la intervención nutricional es resolver o mejorar el problema nutricional, donde el nutricionista planifica e implementa acciones de acuerdo a las necesidades puntuales del paciente.

La selección de la intervención está guiada por el diagnóstico nutricional y su etiología. La intervención nutricional puede estar dirigida a cambiar el aporte nutricional, el conocimiento nutricional o la conducta, las condiciones ambientales o el acceso a recursos y servicios.

Las estrategias de intervención nutricional pueden estar destinadas a pacientes, grupos de pacientes, familias, cuidadores y se organizan en cuatro categorías:

Administración/Indicación de alimentos y/o nutrientes:

Planificación de la provisión de alimentos/nutrientes en forma individualizada según las necesidades del paciente, incluyendo la planificación de comidas y colaciones, suplementos orales, suplementos de vitaminas/minerales, nutrición enteral y parenteral. También incluye estrategias para mejorar el ambiente o la asistencia para comer.

Educación Nutricional:

El equipo instruye y adiestra al paciente y/o familia en una habilidad o en la adquisición de conocimientos que le permitan realizar una elección voluntaria de alimentos que mantenga o mejore su salud.

Consejería Nutricional (*counseling*):

Implementación de un proceso de apoyo caracterizado por una relación colaborativa con el paciente, donde se establecen prioridades, objetivos y se confecciona un plan de acción individualizado que reconozca y promueva el autocuidado para el tratamiento de una condición de salud preexistente.

Coordinación del Cuidado Nutricional:

El equipo consulta, deriva o coordina la terapia nutricional con otros profesionales de salud o instituciones que asisten al paciente en el tratamiento de problemas nutricionales. También incluye la coordinación del plan nutricional al momento del alta hospitalaria /transferencia a otra institución.

La intervención nutricional implica dos componentes interrelacionados, que son: la planificación y la implementación.

En la planificación:

- ☐ Prioriza el diagnóstico nutricional sobre el cual intervenir.
- ☐ Verifica la evidencia científica (tales como guías de práctica clínica).
- ☐ Determina los objetivos/resultados esperados.
- ☐ Consulta/consensua con el paciente/familia/cuidador.
- ☐ Define el plan nutricional y estrategias.
- ☐ Define el lapso de tiempo/frecuencia de la intervención.
- ☐ Identifica los recursos necesarios y la interacción con otras disciplinas.

La implementación es la fase de acción y requiere solo dos pasos:

- ☐ Comunicación del plan de intervención nutricional a los efectores. (Ejemplo: comunicaa personal auxiliar la administración de un suplemento)
- ☐ Los efectores llevan a cabo el plan de intervención. (Ejemplo: proveer educación nutricional).

Monitoreo y Evaluación de los resultados.

A través del monitoreo nutricional y la evaluación de los resultados se determina si hubo mejoría en el estado del paciente y si los objetivos/resultados esperados están siendo cumplidos. Los cambios que se produzcan como consecuencia de la intervención nutricional son cuantificados y comparados con el estado previo del paciente o con un estándar de referencia. Los desequilibrios se producen en la medida que las dinámicas se alejan de equilibrio por intercambios a lo interno de los componentes con el entorno; lo que en una red se comparte puede ser:

- Flujos de sustancia (suplementos y formulas).
- Energía (cubrir la ausencia en determinado momento de uno de los componentes del equipo).
- Información (socialización de nuevos conceptos adquiridos).
- Sentidos (subjetividad humana).

El objetivo de esta etapa es evaluar la efectividad de la intervención nutricional. Se organiza en cuatro categorías, a saber:

Resultados conductuales/ambientales:

Se evalúan los cambios producidos en cuanto a conocimientos relacionados con la nutrición, conductas y habilidades que impacten en la alimentación, acceso a la alimentación, entre otros.

Elaboración de la Historia Clínica Nutricional.

Cuya finalidad es reunir datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar su asistencia. Es una herramienta de intercambio de observaciones e informaciones, que facilita la coordinación del equipo de salud en estas actividades. Las anotaciones en la historia clínica, sean en forma digital o manual, deben ser ordenadas y posibles de ser entendidas por el resto de los miembros del equipo de salud, siendo obligatorias al ingreso y posterior monitoreo del paciente.



a. Subjetivo: incluye toda la información suministrada por el paciente, familiares o cuidadores: Información sobre el problema, actividad laboral, peso habitual relatado, cambios de peso y del apetito, alergias alimentarias, dietas realizadas anteriormente.

b. Objetivo: se trata de información fáctica relacionada con el problema y puede ser confirmada por otros: diagnóstico, medidas antropométricas, evolución del peso, resultados de laboratorio, datos clínicos, plan alimentario y suplementos indicados, vías de alimentación.

c. Evaluación: incluye el diagnóstico nutricional, interpretación del profesional sobre el estado nutricional del paciente basado en datos subjetivos y objetivos, evaluación del estado nutricional actual, y de las necesidades de intervención de otros profesionales o servicios.

d. Plan: se enuncian la/s acción/es a tomar para resolver o mitigar el problema del paciente sobre la base de lo subjetivo, objetivo y la evaluación correspondiente.

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria. En el ELAN 2003 para Latinoamérica, la desnutrición evaluada por la Evaluación Nutricional Global Subjetiva estuvo presente en el 50,2% de los 9.348 pacientes adultos hospitalizados estudiados (en 13 países de Latinoamérica) aumentando a medida que se prolongaba la estadía hospitalaria.

Lo anteriormente expuesto permite inferir que la desnutrición debe ser reconocida por los administradores de salud como un factor relevante de co-morbilidad hospitalaria, que origina consecuencias deletéreas para el paciente, para la institución y para el Sistema Nacional de Salud, y que por lo tanto el Nutricionista Clínico tiene un rol fundamental como integrante del equipo de salud, en promover y garantizar el derecho de los pacientes a la alimentación y así mejorar su condición nutricional.

Comportamiento alimentario y gastronómico como fenómeno de reproducción social.

Los seres vivos son, sin duda, los componentes más complejos y organizados que podemos encontrar en la naturaleza tanto en lo que se refiere a su aspecto como también en lo que respecta a su funcionamiento; la historia del comportamiento alimentario es el estudio del origen, la formación, la vigencia y los cambios de los regímenes alimentarios de una sociedad.

El régimen alimentario es un modelo cultural cuya formación, vigencia, decadencia y transformación se dan históricamente a un ritmo lento. La tecnología, el desarrollo cultural y las costumbres higiénico-sanitarias de los grupos sociales influyen en la modelación del régimen alimentario.

La alimentación como proceso biocultural es el resultado de la interacción entre necesidades y conductas; por esa razón se ha producido una penetración de nuevos alimentos en las costumbres dietéticas de nuestra gastronomía dominicana.

Los alimentos de los conquistadores siempre fueron vistos con supremacía sobre los comestibles indígenas y originaron todo un cambio alimentario en el régimen criollo.

Posterior a la conquista, las distintas olas de inmigrantes aportaron aspectos particulares que contribuyeron al incremento de la variedad gastronómica y a la diversidad en los hábitos de consumo. Las modificaciones en el ámbito alimentario afectaron el régimen en términos de producción y consumo. En este sentido, las inmigraciones constituyeron vasos comunicantes que fomentaron los cambios alimentarios.

El acogimiento de un pueblo de los rasgos alimentarios de otro se conoce como transculturación alimentaria, algunos cambios fueron temporales pero otros calaron profundamente fusionándose con lo propio para generar nuevos modelos y culturas. Gastronómicas, además incidieron en los actores de los distintos componentes que conforman el sistema agroalimentario nacional.

La transculturación, entendida como un proceso inevitable del mundo multipolar, representa una fuente para expandir los límites del régimen alimentario. Sin embargo, el rescate de los valores propios del

país, dentro del contexto de diversidad cultural, debe ser el norte para la consolidación de una identidad nacional que no profundice las diferencias, sino que por el contrario, se nutra de ellas.

A pesar de que los dominicanos cuentan con una rica y multifacética cultura culinaria, derivada de un pasado de fusión e influencias de diferentes grupos étnicos, pocos han sido los esfuerzos realizados para destacar esta condición y aprovecharla en todo su esplendor, como una forma deliciosa de conocer la historia del pueblo dominicano y afianzar sus valores tradicionales, rindiendo culto a la máxima que reza: “dime lo que comes y te diré quién eres”.

Tenemos una gastronomía que se ha ido macerando a través de nuestra historia alimenticia, cuyo resultado es hoy la amplia diversidad de comidas, dulces y bebidas que conforman la dieta cotidiana y las combinaciones de platos especiales con que se celebran las festividades navideñas y la Semana Santa.

La gastronomía dominicana actual se ve influenciada por las raíces aborígenes de nuestra cultura, por las corrientes traídas de la Madre Patria, las tendencias africanas y otras tantas vertientes que llegan a nuestra cocina; de lo antes expuesto podemos ver dos aspectos emergentes:

- El desempeño de los roles sociales (donde el aporte de la región donde se desarrolla el individuo construye gran parte del comportamiento alimentario, osea, el regionalismo).
- La capacidad de simbolización (tener la capacidad de romper los paradigmas gastronómicos establecidos para adaptarse a la oferta de mercado, recomendaciones dietéticas, etc. . . , esto es, construir el presente con las características del entorno).

Son los contenidos de estas interacciones sociales, correspondientes a las prácticas de poder, deseo, saber y discurso lo que da lugar al emerger de la conducta alimentaria de los usuarios del servicio nutricional, el cual, dependiendo la patología diagnosticada, en el caso de los regímenes terapéuticos y el nivel de conciencia educacional en cuanto a la importancia del aspecto preventivo darán lugar a los constreñimientos y atractores que favorecen el sistema en equilibrio o bienestar físico del paciente en cuanto a las prescripciones dietéticas.

Conclusión

El mundo de hoy se caracteriza por sus interconexiones a un nivel global en el que los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente interdependientes. Para describir este mundo de manera adecuada necesitamos una perspectiva más amplia, holista y ecológica que no nos pueden ofrecer las concepciones reduccionistas del mundo ni las diferentes disciplinas aisladamente; necesitamos una nueva visión de la realidad, un nuevo “paradigma”, es decir, una transformación fundamental de nuestro modo de pensar, de nuestro modo de percibir y de nuestro modo de valorar.

En la práctica médica consciente de las implicaciones de este enfoque, se advierte un fuerte cambio en el énfasis hacia formas más naturales de curación, tendientes a disminuir el uso de fármacos y manipulación química, y también se observa que en esta práctica hay una fusión con la psicología y con la ecología, dado que cada vez parece más evidente que **la mayoría de las enfermedades son una reacción a un ambiente psíquico o emocionalmente perturbado**, y, particularmente en el caso que nos ocupa, a un desequilibrio entre los pilares del bienestar físico que son la dieta, incremento de la actividad física y la adecuación emocional y social frente a los procesos de bifurcación de la vida cotidiana.

Perspectivas futuras

La incertidumbre es incomoda, más la certeza es tonta, esto es así porque la complejidad reconoce el azar y siempre habrá incertidumbre.

Prepararse para el futuro no es fácil. Las técnicas de diagnóstico y tratamiento médicos están cambiando rápidamente y estas transformaciones continuarán en el futuro. Los cambios, sin duda, afectarán también la Nutrición Clínica. En los próximos años, la Nutrición Clínica seguirá sometida a cambios

importantes, debido a las restricciones presupuestarias, los avances en el conocimiento, en la tecnología y las demandas en el mercado.

Actualmente se pueden ver los cambios que se están produciendo en la función del profesional en Nutrición, quienes desempeñarán un papel cada vez más importante y un grado teórico y práctico cada vez más elevado. En el futuro, cuando las funciones que van a desempeñar aumentan, crecen también la necesidad de especialización y sub especialización y se requerirá disponer de una especialidad para optimizar la actividad en cada área, como por ejemplo en Nutrición Clínica en la que actúen en forma eficaz en el tratamiento del paciente que comienza en el hospital y termina en el domicilio del paciente.

Nos enfrentaremos también a problemas de titulación. ¿Habrá en el futuro centros en los cuales se pueda obtener la formación teórica y práctica que los nuevos tiempos demandan?

En su libro "Future Edge", Joel Barker dice:

“Puedes y debes construir tu propio futuro. Porque si no lo haces tú, no te quedará ninguna duda: alguien lo hará por ti”. Hay que crear el propio futuro, para lo cual se tendrán que hacer frente a los retos que nos aguardan.

Las ciencias médicas tendrán que ir más allá de su visión parcial de la salud y de la enfermedad. Esto no significa que deban ser menos científicas, por el contrario, se necesitará un paradigma de la salud mucho más amplio, que incluya las dimensiones individuales, las sociales y las ecológicas, desde una mirada compleja.

El objeto de las disciplinas de la salud lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de indagación que se presentan en el curso de la reproducción social.

Referencias bibliográficas.

- 1- Bernal, 2010. Metodología de la investigación
- 2- Gregoire Nicolis y Ilya Prigogine, 1994. La estructura de lo complejo.
- 3- Ferrer, 2003. La complejidad en enfermería. Profesión, gestión y formación.
- 4- FELANPE, 2012. Documento de consenso. Funciones y competencias de Nutricionista Clínico.
- 5- Martínez Miguélez, 2001. Un Nuevo Enfoque Paradigmático de la Medicina.
- 6- Maldonado, 2005. Complejidad de la Salud: Interacciones entre Biología y Sociedad.
- 7- Prieto Ramírez DM. La medicina desde la perspectiva del pensamiento de la complejidad. Rev Hum Med, recuperado de [serial on line] 2003 Ene - Abr; 3 (1).
- 8- Samaja, 2009. Epistemología de la Salud, reproducción social, subjetividad y transdisciplina.
- 9- Sotolongo Codina, 2011. Teoría Social y vida cotidiana: La sociedad como sistema dinámico complejo.