RMU
REVISTA MÉDICA DEL URUGUAY

SMU
SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

Carta al Editor

Desnutrición hospitalaria: una deuda estructural en la calidad de la atención sanitaria que el sistema aún no quiere ver

Hospital malnutrition: what the system still refuses to see. A structural debt in the quality of health care

Desnutrição hospitalar: uma dívida estrutural na qualidade da atenção à saúde que o sistema ainda não quer ver

Señor Editor de la Revista Médica del Uruguay,

La desnutrición hospitalaria continúa siendo una condición frecuente, subdiagnosticada y subtratada, con impacto demostrado sobre la morbimortalidad, la funcionalidad, la duración de la internación y los costos sanitarios. Desde hace décadas se reconoce que esta problemática constituye un verdadero "esqueleto en el armario" de la práctica hospitalaria, persistente a pesar del avance del conocimiento clínico y de la disponibilidad de herramientas diagnósticas y terapéuticas eficaces[1]. Más allá de sus consecuencias individuales, su persistencia debe interpretarse como un indicador sensible de la calidad asistencial y de la capacidad real del sistema de salud para ofrecer cuidados integrales y equitativos.

En Uruguay se han registrado avances relevantes en los últimos años, con una mayor visibilización de la nutrición clínica y el fortalecimiento de equipos especializados en algunos centros. Sin embargo, estos progresos conviven con brechas estructurales persistentes que, a nuestro juicio, limitan su integración efectiva como pilar del cuidado hospitalario. Estas brechas no son patrimonio de un subsector específico: se expresan, con distintos matices, tanto en el ámbito público como en el privado, y atraviesan los diferentes niveles de atención, desde la práctica clínica en adultos hasta la atención pediátrica. Su persistencia refleja un problema sistémico y transversal, más que fallas aisladas atribuibles a instituciones individuales.

Déficits estructurales del sistema

Pese a la evidencia acumulada y a los consensos internacionales, la nutrición clínica y la terapia nutricional continúan ocupando un lugar periférico en la organización real de la atención hospitalaria. Las Unidades de Terapia Nutricional no se encuentran plenamente institucionalizadas ni distribuidas de forma equitativa, y su funcionamiento depende con frecuencia de iniciativas locales más que de una política nacional que garantice su consolidación, sostenibilidad y evaluación. A ello se suma un financiamiento insuficiente destinado al soporte nutricional, a pesar de que la evidencia demuestra que una intervención adecuada reduce complicaciones, acorta la estancia hospitalaria y disminuye las rehospitalizaciones evitables[2]. La ausencia de cribados universales y de protocolos institucionales estandarizados contribuye, además, a una marcada variabilidad clínica entre servicios y niveles de atención.

Este escenario obliga a interrogarse sobre el modo en que el sistema define y prioriza la calidad asistencial. ¿Puede un sistema de salud aspirar a estándares homogéneos de calidad cuando el abordaje de la desnutrición depende más de iniciativas aisladas que de una política sanitaria estructurada?

Recursos humanos y formación

La disponibilidad y organización de los recursos humanos constituyen otra deuda relevante. En numerosos servicios, la relación entre el licenciado en nutrición y

Rev Méd Urug 2026; 42(2): e901

https://doi.org/10.29193/RMU.42.2.10

www.revistamedicadeluruguay.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Sindicato Médico del Uruguay.

el paciente resulta insuficiente para asegurar evaluaciones oportunas, seguimientos dinámicos y ajustes terapéuticos adecuados, tanto en población adulta como pediátrica. Esta limitación se ve agravada por la ausencia de trayectos formales de formación avanzada en terapia nutricional, lo que dificulta la estandarización de criterios diagnósticos y terapéuticos y la aplicación homogénea de herramientas validadas, como los criterios consensuados para el diagnóstico de la desnutrición[3].

Las limitaciones en recursos humanos y formación no solo condicionan la práctica cotidiana, sino que interpelan las expectativas de desempeño que el propio sistema establece.

¿Es razonable exigir resultados distintos cuando la formación especializada y los recursos humanos necesarios para una atención nutricional de calidad no están garantizados de forma sistemática?

Complejidad clínica y continuidad asistencial

En el extremo de mayor complejidad, el sistema de salud uruguayo carece de centros de referencia para la rehabilitación intestinal y presenta una cobertura casi inexistente de nutrición parenteral domiciliaria. Estas carencias obligan a hospitalizaciones prolongadas, incrementan el riesgo de complicaciones asociadas a la hospitalización y deterioran de forma significativa la calidad de vida de pacientes con falla intestinal, tanto adultos como niños. A su vez, la descoordinación entre la atención hospitalaria y el seguimiento ambulatorio compromete la continuidad del tratamiento nutricional tras el alta, favoreciendo recaídas nutricionales y las rehospitalizaciones evitables, fenómeno ampliamente documentado en estudios regionales[4].

Las consecuencias de estas carencias se vuelven particularmente visibles en los pacientes de mayor complejidad clínica. ¿Qué modelo de atención se consolida cuando los pacientes más complejos no cuentan con dispositivos adecuados de transición y continuidad del cuidado nutricional?

Inequidad territorial

Todos estos desafíos se expresan con mayor intensidad en los hospitales de menor complejidad y en el interior del país, donde el acceso a evaluación y soporte nutricional especializado es aún más limitado. Esta inequidad territorial contradice los principios de equidad del sistema de salud y consolida brechas asistenciales que impactan de manera directa en los resultados clínicos de los pacientes más vulnerables, en todas las etapas de la vida.

Estas tensiones adquieren una dimensión adicional cuando se analizan desde una perspectiva territorial. ¿Es aceptable que el lugar de residencia determine la probabilidad de recibir una evaluación y un tratamiento nutricional adecuados durante una internación?

Aceptar estas brechas como inevitables implica naturalizar una complicación prevenible con alto costo humano y sanitario. La evidencia disponible demuestra que la desnutrición hospitalaria no es un fenómeno inevitable, sino una condición identificable y tratable cuando se integra de forma sistemática al proceso asistencial[2,5].

Transformar la desnutrición hospitalaria en una prioridad sanitaria requiere liderazgo, planificación y compromiso sostenido en todos los niveles del sistema, tanto en el sector público como en el privado, y a lo largo del continuo asistencial que abarca a pacientes adultos y pediátricos. La evidencia es clara, las herramientas están disponibles y los consensos existen. Sin embargo, mientras estos desafíos no sean abordados de manera sistemática y transversal, el abordaje de la desnutrición hospitalaria seguirá ocupando un lugar periférico en la práctica clínica cotidiana.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Butterworth CE Jr. The skeleton in the hospital closet. Nutr Today. 1974; 9:4–8.
2. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. Int J Environ Res Public Health. 2011; 8(2):514-27. Disponible en: http://doi.org/10.3390/ijerph8020514
3. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019; 38(1):1-9. Disponible en: http://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002.
4. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clin Nutr. 2017; 36(4):958-67. Disponible en: http://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025
5. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017; 36(1):49-64. Disponible en: http://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004

Eduardo Moreira[1,2*], Estela Olano[1], Ana Inverso[3], Andrea Rodríguez[3], Damian Pietrafesa[3]

[1]Hospital Maciel, ASSE, Montevideo, Uruguay
[2]Centro Asistencial Médico de Rivera (CASMER), Rivera, Uruguay
[3]Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

Recepción: 24-01-2026
Aceptación: 04-03-2026