

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**Estado Nutricional en relación a la estancia hospitalaria de los
pacientes de las áreas clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro
Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil en el periodo de Octubre
2016 a Marzo 2017.**

AUTOR (ES):

**Basurto Andrade, Karina Alexandra
Romero Baque, María Melissa**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Nutrición Dietética y Estética.**

TUTOR:

Andino Rodríguez, Francisco Xavier

Guayaquil, Ecuador

13 de marzo del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Basurto Andrade, Karina Alexandra y Romero Baque, María Melissa** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**.

TUTOR

f. _____

Andino Rodríguez, Francisco Xavier

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 13 días del mes de marzo del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Basurto Andrade, Karina Alexandra y Romero Baque, María
Melissa**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estado Nutricional en relación a la estancia hospitalaria de los pacientes de las áreas clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil en el periodo de Octubre 2016 a Marzo 2017.** previo a la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de marzo del año 2017

AUTORES

f. _____

Basurto Andrade, Karina Alexandra

f. _____

Romero Baque, María Melissa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Basurto Andrade, Karina Alexandra y Romero Baque, María Melissa.**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES DE LAS ÁREAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL 2 “DR. TEODORO MALDONADO CARBO” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2016 A MARZO 2017** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de marzo del año 2017

AUTORES:

Basurto Andrade, Karina Alexandra

Romero Baque, María Melissa

REPORTE URKUND

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	http://docplayer.es/42031677-Desnutricion-intrahospitalaria-elan-ecuador-hospital-neu...
	Anteproyecto.docx
	macro gestion de calidad de informacion al pte y familia 1.docx
	PROYECTO DE PRACTICAS SEPTIMO.docx
	http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2757/1/108827.pdf
	Tesis Dr. Javier Peralta.docx

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA: Estado Nutricional en relación a la estancia hospitalaria de los pacientes de las áreas clínicas del Hospital Regional 2 "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil en el periodo de Octubre 2016 a Marzo 2017.

AUTOR (ES): Basurto Andrade, Karina Alexandra Romero Baque, María Melissa

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Nutrición Dietética y Estética.

TUTOR: Andino Rodríguez, Francisco Xavier

Guayaquil, Ecuador 4 de enero del 2017

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Basurto Andrade, Karina Alexandra y Romero Baque, María Melissa como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición Dietética y Estética.

TUTOR

f. _____ Andino Rodríguez, Francisco



AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer infinitamente a Dios, y a mi morenita la Virgencita de Guadalupe, por todas las metas que he alcanzado y por los sueños que he logrado, por ser mi apoyo, darme la fortaleza de seguir adelante en los momentos de debilidad, por ser mi padre y madre, y no abandonarme jamás.

Ley doy gracias a mis padres Jaime y Alexandra, por el amor incondicional, por los valores inculcados, por ser mi impulso, por haber confiado plenamente en mí, por ser personas tan trabajadoras y haberse esforzado por darme lo mejor, saben que son especiales en mi vida y que los amo mucho.

A mis hermanas, por darme los mejores consejos para no desmayar, por creer siempre en mí, y por ser tan incondicionales e importantes. A Eduardito mi sobrino por llenar mi vida de alegrías en todo momento.

A mi familia en general, abuelita, tíos, primos, que nunca han dejado que yo desmayer por mis metas, ya que siempre me han brindado su apoyo y cariño.

A César mi enamorado, por ser una pieza importante en mi vida, su paciencia, dedicación y apoyo incondicional en las buenas y en las malas, por motivarme en los momentos de desesperación, pero sobre todo por su amor brindado hacia mí.

A mi tutor el Dr. Francisco Andino por la guía, orientación y ayuda en todo este tiempo, por su paciencia en cada explicación para que nuestra tesis se realizara muy bien, y sobre todo su amistad. Así mismo al Ing. Carlos Santana por su apoyo y su ayuda en todo momento, que además nos ha impulsado siempre a seguir adelante y ser mejores cada día.

A todos muchas Gracias, los llevare siempre con el mejor recuerdo y cariño.

Karina Alexandra Basurto Andrade

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen de Guadalupe, por permitirme cumplir esta meta ante todas las adversidades que se presentaron y por todas las oportunidades que siguen poniendo en mi camino.

A mis padres y hermanos, pilares fundamentales en mi vida que sin el apoyo y la motivación de ellos nada de esto fuera posible, a mis sobrinos Fiorella, Renata, Danna, y Alejandro por motivarme, a mis familiares y a mis amigos por sus buenos consejos.

A mi tutor, Dr. Francisco Andino por guiarnos, motivarnos y darnos las pautas necesarias para que este trabajo sea de calidad, al Ing. Carlos Santana por siempre brindarnos su ayuda de forma desinteresada y a la Lic. Andrea Villamar quien nos alentó y aconsejó.

A cada uno de los docentes de mi carrera por compartir sus conocimientos y experiencias para que poco a poco lleguemos a ser profesionales.

A mi Tía Beatriz por ser ejemplo de lucha y superación.

Matilde, Francisco y Paula esto es para ustedes.

Gracias totales, los llevo en mi memoria.

María Melissa Romero Baque

DEDICATORIA

Se lo dedicamos a Dios por la fuerza que siempre nos dio para no decaer y cumplir nuestra meta.

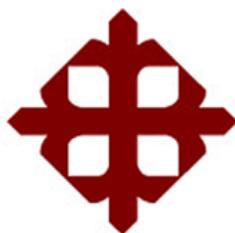
A nuestras familias que sin ellos nada fuera posible, para nuestros padres por brindarnos su amor incondicional, apoyo, confianza, motivación y por creer en nosotros, a nuestros amigos quienes siempre se preocuparon por el curso que llevaba nuestra carrera y nos apoyaron en cada practica o trabajo que teníamos. A nuestros docentes por haber compartido sus conocimientos y desearnos un mejor futuro.

A nuestros familiares y amigos que perdimos en el transcurso de nuestra carrera, los llevamos en nuestra memoria.

A todos ustedes por haber sido parte de nuestra carrera universitaria y habernos brindado su apoyo, a ustedes y para ustedes gracias.

Karina Alexandra Basurto Andrade

María Melissa Romero Baque



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Francisco Xavier Andino Rodríguez

TUTOR

f. _____

Alexandra Josefina Bajaña Guerra

MIEMBRO I DEL TRIBUNAL

f. _____

Gustavo Saúl Escobar Valdivieso

MIEMBRO II DEL TRIBUNAL

f. _____

Gabriela María Peré Ceballos

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo General.....	8
2.2 Objetivos Específicos	8
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. MARCO REFERENCIAL	11
5. MARCO TEÓRICO	13
5.1 GENERAL Y CONCEPTUAL.....	13
5.1.1 Nutrición.....	13
5.1.1.1 Definición	13
5.1.2 Estado Nutricional	13
5.1.2.1 Definición	13
5.1.3 Malnutrición.....	14
5.1.3.1 Definición	14
5.1.4 Desnutrición:	15
5.1.4.1 Definición	15
5.1.4.2 Clasificación:	15
5.1.5 Desnutrición secundaria a la enfermedad	17
5.1.6 Desnutrición hospitalaria	17
5.1.6.1 Definición	17
5.1.6.2 Factores de Riesgo	18
5.1.7 Valoración del Estado Nutricional en los pacientes hospitalizados	23
5.1.8 Métodos de Diagnósticos	29
5.1.9 Tipos de Cribados más Usados.....	30
5.2 Marco Legal.....	36
5.2.1 De los Derechos Humanos	36
5.2.2 Convenios Firmados a nivel Internacional.....	36
5.2.3 CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008	37
5.2.3 Derechos del buen vivir	37
5.2.3.2 Salud	37

5.2.4 Ley de Derechos y Amparo al paciente	38
5.2.5 Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	39
6. HIPÓTESIS	40
7. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	41
8. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
8.1 Justificación de la Elección del Diseño	45
8.2 Población Y Muestra.....	45
8.2.1 Criterio De Inclusión	45
8.2.2 Criterio De Exclusión	45
8.3 Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos.....	45
8.3.1 Técnicas	46
8.3.2 Instrumentos.....	47
9. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	48
9.1 Análisis y Presentación de los Resultados.....	48
10. CONCLUSIONES	64
11. RECOMENDACIONES.....	65
12. PRESENTACION DE PROPUESTA DE INTERVENCION	66
12.1 TEMA	66
12.2 JUSTIFICACIÓN.....	66
12.3 OBJETIVOS	67
12.4 FUNDAMENTACIÓN.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXO.....	73

Índice de tablas

Contenido	Pág.
Tabla. 1. Factores de Riesgo Nutricional.....	18
Tabla. 2. Clasificación del IMC	27
Tabla. 3. Parámetros Bioquímicos.....	28
Tabla. 4. Variables Biológicas	41
Tabla. 5. Variables Clínicas.....	42
Tabla. 6. Variables Socio Económicas	44
Tabla. 7. Distribución de porcentaje según el Sexo de los pacientes Hospitalizados.....	48
Tabla. 8. Distribución de porcentaje por Edades en los pacientes hospitalizados.....	49
Tabla. 9. Distribución por porcentaje según los Departamentos Clínicos.	50
Tabla. 10. Distribución de porcentaje de Reingresos.	51
Tabla. 11. Distribución por porcentaje de Anamnesis Alimentaria	52
Tabla. 12. Distribución de porcentaje de Nivel Económico en los Pacientes. ...	53
Tabla. 13. Distribución de porcentaje de Tiempo de Estancia Hospitalaria.	54
Tabla. 14. Distribución por porcentaje de Antecedentes de Enfermedades según el Sexo.....	55
Tabla. 15. Distribución del Diagnóstico Nutricional según el Sexo.	56
Tabla. 16. Distribución por porcentaje de Frecuencia para la Albumina.	57
Tabla. 17. Distribución por porcentaje de Frecuencia para la Creatinina.....	58
Tabla. 18. Distribución por porcentaje de Frecuencia para Colesterol Total.....	59
Tabla. 19. Distribución por porcentaje de Frecuencia para Proteínas Totales ..	60
Tabla. 20. Distribución por porcentaje de Frecuencia para Los Tipos de Dietas Suministradas a los Pacientes.	61
Tabla. 21. Distribución por porcentaje de Frecuencia del cribado Nutricional HEMAN.....	62

Índice de Gráficos

Gráfico.1	Cribado Nutricional Heman.....	31
Gráfico.2	Nutricional risk screening 2002 (NRS-2002).....	33
Gráfico.3	Must Malnutrition Universal Screening Tool.....	34
Gráfico.4	Valoración Global Subjetiva.....	35
Gráfico.5	Sexo.....	48
Gráfico.6	Edad.....	49
Gráfico.7	Distribución de frecuencias según las Áreas Clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.....	50
Gráfico.8	Porcentaje de Reingresos.....	51
Gráfico.9	Porcentaje de Fecha de Anamnesis Alimentaria.....	52
Gráfico.10	Porcentaje de Nivel Económico en los Pacientes.....	53
Gráfico.11	Porcentaje de Tiempo de Estancia Hospitalaria.....	54
Gráfico.12	Porcentaje de Antecedentes de Enfermedades Según el Sexo.....	55
Gráfico.13	Porcentaje de Diagnóstico Nutricional según el Sexo.....	57
Gráfico.14	Porcentaje de Albumina.....	58
Gráfico.15	Porcentaje De Creatinina.....	59
Gráfico.16	Porcentaje de Colesterol Total.....	60
Gráfico.17	Porcentaje de Proteínas Totales.....	61
Gráfico.18	Porcentaje de Tipos de Dietas Suministradas a Pacientes.....	62
Gráfico.19	Porcentaje para el cribado Nutricional HEMAN.....	63

RESUMEN

El estudio realizado en el Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo determinar el estado nutricional que presentan los pacientes durante su estancia hospitalaria, ingresados en las salas de hospitalización de las distintas áreas clínicas en el periodo Octubre 2016 a Marzo 2017. Se corroboró la hipótesis planteada existiendo cambios en el estado nutricional del paciente relacionados con la patología de base y el tiempo de hospitalización, pese a que la mayoría de los pacientes presentaban normopeso los exámenes de bioquímica como la albumina, creatinina y proteínas totales refirieron un gran déficit, el resultado del Cribado Nutricional Heman realizado indico que la mayoría de los pacientes presentaban riesgo de desnutrición y que era necesaria una valoración nutricional completa. Metodología: los datos fueron recogidos mediante una entrevista individual a los pacientes para llenar la historia clínica nutricional y el cribado nutricional, el diseño tuvo un enfoque cuali-cuantitativo de tipo descriptivo no experimental, prospectivo. Predomino el grupo de 60-69 años con un 31%, la mayoría son de sexo masculino que refieren un nivel económico medio, con problemas de apetito y digestión. Se concluye que los pacientes si muestran cambios en su estado nutricional los cuales deben ser valorados por un nutricionista especializado desde el inicio de la hospitalización para brindarle una valoración completa con su debido seguimiento y tratamiento, siguiendo estos pasos para crear nuevas guías con el objetivo de disminuir los cambios en el estado nutricional de los pacientes, complicaciones relacionadas con la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los mismos.

PALABRAS CLAVES: ESTADO NUTRICIONAL; MALNUTRICIÓN; BIOQUÍMICA; HISTORIA MÉDICA; ESTILO DE VIDA; TAMIZAJE.

ABSTRACT

The study performed at the “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” Regional Hospital in Guayaquil city had as main objective to determine the nutritional status that patients showed during his inpatient or hospital stay in this institution, that were admitted into the different hospital rooms and areas during the following period of time: October 2016 to March 2017. The proposed hypothesis was corroborated proving that were variations related to the nutritional status specially associated to the pathology and length of time of the hospital admission, worth to mention that in spite of majority of patients showed a normal weight, biochemical test such as: albumin, creatinine and overall proteins displayed a great deficit, furthermore the results of the “Heman Nutritional Screening Tool” demonstrated that majority of them were prone to malnutrition risk, and that a complete nutritional evaluation was needed. **METHODS:** The data was gathered throughout individual interviews to the patients to complete a nutritional medical history, nutritional screening tool, the design of the study was focus on a quali- quantitative- descriptive no experimental, prospective type. For this study, age group between 60-69 years old showed a higher prevalence with a 31%, from which majority were males that referred to belong to a medium class social status, with digestion and appetite disorders.

It can be concluded from the study, that patients do display variations regarding nutritional status, that should be aimed by a nutritionist from the beginning of the hospital inpatient stay to thus give them a complete evaluation with a proper treatment, monitoring and follow up, to create new guidelines to reduce nutritional status changes and complications related to a systemic disorder or pathology and finally improve their quality of life.

KEY WORDS: NUTRITIONAL STATUS; MALNUTRITION; BIOCHEMISTRY; MEDICAL RECORDS; LIFESTYLE; SCREENING.

INTRODUCCIÓN

La evaluación del estado nutricional en los pacientes hospitalizados es de suma importancia para determinar la condición de salud en la que se encuentran y su relación con la enfermedad que padece. Una de las complicaciones más comunes con las que se enfrentan los pacientes es la desnutrición. Esta enfermedad es un problema de gran magnitud a nivel mundial y está relacionada con el aumento de la morbilidad, estancia hospitalaria y gastos económicos para el hospital.

Dentro de las múltiples definiciones de desnutrición, se ha seleccionado la siguiente donde definen al término como: "El estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causan efectos adversos medibles en la composición y función de tejidos/órganos y en el resultado clínico". (Salvador Monferrer , Fernández Oleas , & Murillo Sanchis , Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria , 2014). Álvarez lo define como una deficiencia de nutrientes debido a la disminución de la ingesta o de una mala asimilación de los alimentos. (J. Álvarez-Hernández, 2012.).

La desnutrición hospitalaria es un importante problema de salud pública que puede presentarse en todas las edades y con cualquier tipo de diagnóstico, lo cual se relaciona con una prolongación en la estancia, la elevación de los costos y un mayor número de complicaciones a largo plazo, siendo de mayor gravedad tanto en el paciente clínico como quirúrgico. Se debe a muchos factores, entre los principales se destaca la propia enfermedad y causas como: disminución de la ingesta, alteración del metabolismo, del apetito y de la absorción de nutrientes, la utilización de distintos fármacos, el incremento de los requerimientos tanto energéticos como proteicos y en los pacientes geriátricos existen otros factores como la demencia, la inmovilización o la falta de piezas dentales, entre otros. (Chivu, Artero Fullana, Alfonso García , & Sánchez Juan , 2016)

En el último siglo la desnutrición hospitalaria continúa siendo un grave problema a nivel mundial, con implicaciones que suelen afectar entre el 30-

50% de los internados en cualquier hospital del mundo. Se presenta con mayor intensidad en países tercer mundistas siendo una de las principales causas la falta de recursos para una correcta alimentación durante la estancia hospitalaria, mientras que en países del primer mundo la falta de diagnóstico primario del estado nutricional y el seguimiento del mismo hacen que se presenten ciertos casos de desnutrición por no ser tratados a tiempo, pero en varios países ya se han incluido como parte de la historia clínica del paciente diferentes tipos de cribados nutricionales con el objetivo de que el estado nutricional sea reconocido, diagnosticado y tratado a tiempo.

En Ecuador, un estudio realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil en el año 2010, con 150 pacientes hospitalizados tanto en áreas clínicas y quirúrgicas, demostró que un 36% de pacientes eran bien nutridos y un 64% de pacientes tenían algún grado de desnutrición (moderada o severa), con un promedio de hospitalización de 10 días siendo mayor en los pacientes que presentaron algún tipo de desnutrición. (García, 2011)

Otro estudio realizado en el 2014, con aproximadamente 5.355 pacientes en 38 hospitales públicos ubicados en las ciudades cabeceras de 22 de las 23 provincias del país, indicó que la desnutrición afectó al 37,1% de los pacientes encuestados. La desnutrición fue dependiente de la edad, la escolaridad del enfermo; y la presencia de cáncer, sepsis, y falla orgánica crónica. (Gallegos Espinosa, Nicolalde Cifuentes, & Santana Porbén, 2014)

En la actualidad en nuestro medio, tanto en hospitales públicos como privados, aún no se dispone de protocolos u otros tipos de herramientas que ayuden con el diagnóstico precoz del estado nutricional del paciente para saber si este cubre su demanda metabólica, ya que a pesar de que el paciente tiene requerimientos aumentados, tiende a no cubrirlos en su totalidad, ocasionando la depleción y agotamiento de sus reservas energéticas y nutricionales que por consiguiente lo llevara a algún tipo de desnutrición.

Estos resultados nos permiten concluir que los pacientes deben ser evaluados nutricionalmente desde el día uno de hospitalización, con el fin de que si se llega a presentar algún caso de desnutrición al ingreso esta pueda ser tratada a tiempo, evitando el desarrollo de diferentes complicaciones y permitiendo la pronta recuperación del paciente.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado nutricional de los pacientes hospitalizados suele presentar alteraciones lo que puede llegar a ser un grave problema, sin embargo, se encuentra en una relación directa con la estancia hospitalaria y las distintas enfermedades que involucran el estado del paciente, pero no son las únicas causas relacionadas ya que el deterioro del estado nutricional es multifactorial, entre ellas encontramos la disminución de la ingesta alimentaria, un gasto energético aumentado por la enfermedad de base, ayunos parciales o ayunos prolongados y un aporte calórico inadecuado de la dieta formulada durante su estancia, cada uno de estos puntos pueden ser la causa del estado de malnutrición de los pacientes hospitalizados.

Una de las principales complicaciones es la desnutrición, pero es durante la estancia hospitalaria en donde los pacientes empeoran su estado nutricional que en la mayoría de casos está relacionada en alto porcentaje con la enfermedad de base, ayunos solicitados o postoperatorios prolongados y la posible vinculación del estado nutricional en las IAS (Infecciones Asociadas a los Servicios de Salud), por lo tanto, un paciente hospitalizado se vuelve más vulnerable a presentar desnutrición lo que perjudica la pronta y total recuperación. (Salvador Monferrer, Fernández Olea, & Murillo Sanchis, Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 2014)

Estudios realizados en España refieren que la desnutrición hospitalaria afecta del 30 al 55% de pacientes hospitalizados. Esta situación los convierte en sujetos de riesgo nutricional desde el momento de admisión al hospital, con un aumento claro de la incidencia de infecciones, reintervenciones y una disminución de la tolerancia a los tratamientos; esto conduce a un incremento de las tasas de morbimortalidad y, por consiguiente, a una sobrecarga de los presupuestos de atención médica y a una elevación del coste sanitario. (Lobo Támer, Ruiz López, & Pérez de la Cruz, 2009). Otro estudio indico que existe relación con el porcentaje de alimento desperdiciado en el hospital, que refería cerca del 40%, relacionándolo directamente con la desnutrición hospitalaria. Concretamente,

en el 2012 se llevó a cabo una experiencia en 150 hospitales, cuyos resultados destacaron que el 38% de la comida procedente de la cocina fue desperdiciada por los pacientes. Además, el 61% de los pacientes no alcanzaron el 90% de sus requerimientos energéticos y el 75% no logró cubrir el 90% de sus necesidades proteicas. Ese estudio resalto que los pacientes con peor pronóstico de salud fueron los que menos consumían, ya que presentaban mucho menos apetito. (Salvador Monferrer, Fernández Olea, & Murillo Sanchis, Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 2014)

Un estudio realizado en Latinoamérica indicó que el 48.1% de pacientes hospitalizados presentan algún grado de desnutrición, pero solo un 12.6% presenta desnutrición severa. Siendo relacionado con distintos factores como el estado socioeconómico bajo, enfermedad de cabecera, edad avanzada u otras enfermedades que afectan de forma negativa a los pacientes, incrementando la morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y costos. (Correia, 2003)

En vista de todo lo anterior, la detección precoz del estado nutricional del paciente debe ser prioritaria al ingreso hospitalario, así como a lo largo de toda la estancia. En la práctica clínica no existen suficientes recursos, tanto humanos como materiales, para poder evaluar el estado nutricional de todos los pacientes ingresados, por lo que algunos autores recomiendan el empleo de distintos sistemas de evaluación y vigilancia nutricional que sean efectivos y de fácil aplicación, realizándolos desde la admisión del paciente para detectar precozmente a los pacientes malnutridos o en riesgo nutricional. Esta evaluación determina el momento adecuado para iniciar el manejo nutricional y que vía de administración sería la más adecuada para las necesidades del paciente. La respuesta adecuada a las demandas metabólicas permite que se limite el catabolismo, promueva la cicatrización de heridas y desarrolle una defensa contra la infección. La entrega de apoyo metabólico apropiado comienza con una valoración adecuada del estado nutricional. El proceso de valoración nutricional comprende dos fases: Detección y Valoración, su principal propósito es detectar riesgos

nutricionales y aplicar técnicas de valoración específicas para determinar un plan de acción. Además de todo lo expuesto anteriormente, el tiempo de estancia hospitalaria se extiende un 90% en los sujetos desnutridos comparado con el de aquellos bien nutridos. Asimismo, se demostró que la desnutrición está asociada a un incremento en la morbimortalidad, y su gravedad puede predecir la prevalencia de complicaciones durante la estancia hospitalaria. (Pardo, Bermudo, & Manzano, 2011)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera se relaciona el tiempo de hospitalización con el estado nutricional en los pacientes de las distintas áreas clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil en el periodo Octubre 2016 a Marzo 2017?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar el estado nutricional que presentan los pacientes según su sexo al inicio de su estancia hospitalaria, ingresados en las salas de hospitalización de las distintas áreas clínicas en el Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil en el periodo Octubre 2016 a Marzo 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1** Especificar cuáles son los problemas que presentaron los pacientes de acuerdo a la anamnesis alimentaria.
- 2.2.2** Valorar la edad y el tiempo de estancia hospitalaria que predominó en los pacientes hospitalizados.
- 2.2.3** Identificar el porcentaje de pacientes con riesgo de desnutrición mediante los resultados del Screening Nutricional HEMAN.

3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la desnutrición hospitalaria, es una patología que la padecen muchos de los pacientes que son ingresados y que no han sido diagnosticados a tiempo, entablando un problema grave de Salud a nivel mundial, ocasionando mayor impacto debido a que mientras más se extienda el proceso, más se desarrollara el número de pacientes que presenten esta problemática.

Este proyecto consigue determinar el estado nutricional y la relación con la estancia hospitalaria en los pacientes ingresados, en las distintas áreas clínicas del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la Ciudad de Guayaquil en el periodo Octubre 2016 a Marzo 2017, siendo un tema de interés e inquietud, porque no sólo es signo de enfermedad, sino que su presencia afecta el estado funcional y cognitivo aumentando la utilización de los servicios de salud, el consumo de recursos sanitarios y sociales. (Lorena Rentero Redondo, 2015.)

Por otro lado se conoce que la enfermedad y el estado nutricional se debe a múltiples factores, ya que varios pacientes pueden presentar ingesta inadecuada de nutrientes, dificultad para la ingesta, problemas en la masticación, disfagia, falta de autonomía para comer, pero también dificultad en la digestión o en la absorción de los alimentos, o incluso aumento de los requerimientos nutricionales, bien por estrés metabólico o por existir pérdidas más o menos importantes de nutrientes. (Ulibarri, y otros, 2009)

Los pacientes desde su ingreso, en sus diferentes diagnósticos deben ser evaluados mediante un Cribado o Screening Nutricional, que va a permitir la selección de ciertos datos en el paciente para proceder a una valoración más detallada, se tomara en cuenta los pacientes con mayor riesgo de desnutrición, así mismo la implementación de la Historia Clínica y los exámenes bioquímicos, el propósito es que desde el ingreso se obtenga una valoración nutricional y se debe incrementar una intervención nutricional prematura para reducir la estancia hospitalaria, la cual nos ayudara a reducir

los costes hospitalarios innecesarios y elevados por la prolongación de su estadía como por el aumento de la utilización de recursos para la atención y tratamiento de las complicaciones asociadas.(Lorena Rentero Redondo, 2015.).

El presente trabajo tiene relevancia científica, con suficientes evidencias que confirman el impacto económico al no tener equipos de apoyo nutricional para pacientes hospitalizados que faciliten la prevención de las complicaciones relacionadas con la desnutrición. Los pacientes hospitalizados tienen la necesidad de tener un apoyo técnico científico de recursos humanos que, junto al personal de asistencia médica, le permitan mejorar el estado nutricional y restablecer la salud con el acortamiento de la estancia hospitalaria. Según (Ministerio de Sanidad de los Estados miembros de la Unión Europea, 2009.) Y (J. Álvarez-Hernández, 2012.)

4 Marco Referencial

En México se realizó un estudio sobre la “Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos”, determinan que en México y en España diversos estudios reportan una prevalencia de desnutrición del 20 al 50%. El estudio fue realizado por un total de 610 pacientes, La media de edad fue de $50,8 \pm 17,32$ años. Del total, fueron seleccionadas 267 mujeres (43,8%) y 343 hombres (56,2%), sin encontrar diferencia significativa por distribución de sexo. Se incluyeron 154 pacientes (25,2%) expuestos (con desnutrición o en riesgo de desnutrición) y 456 (74,8%) no expuestos (con adecuado estado nutricional), el estudio es de cohorte prospectiva de pacientes mayores de 18 años, ingresados en el Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, se lo realizo en el servicio de cirugía, con una estancia intrahospitalaria mínima de 5 días, los cuales fueron capturados durante el periodo comprendido entre enero de 2012 y junio de 2015. Todo este procedimiento lo diagnosticaron mediante la realización de la valoración global subjetiva (VSG), al ingreso y egreso hospitalario, e implementación del IMC, Así mismo todos los pacientes tuvieron seguimiento diario durante su estancia hospitalaria. (Juan Emmanuel Pérez-Flores, 2016.)

Según Álvarez, en el estudio PREDYCES® (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España) elaborado por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) aporta datos muy relevantes; ya que se realizó en 1.597 pacientes de 31 centros hospitalarios, representativos del mapa sanitario en todo el territorio nacional y en condiciones de práctica clínica habitual; la cual sus resultados destacan: El 23% de los pacientes ingresados en un hospital español están en riesgo de desnutrición (según criterios de test de cribado NRS 2002). Los pacientes mayores de 70 años presentan significativamente más riesgo nutricional que el resto (37% frente a 12,3%) Tanto al ingreso como al alta, la mayor prevalencia de desnutrición se concentró en el grupo etario de mayores de

85 años, con un 47% de desnutrición al ingreso y un 50% al alta. (J. Álvarez-Hernández, 2012.)

Al explorar las investigaciones realizadas, se puede observar que la mala nutrición se presenta frecuentemente en pacientes Hospitalizados con distintas patologías asociadas, esta investigación se orienta a delimitar el estado nutricional, por medio del Screening Nutricional, Historias Clínicas y Exámenes de Laboratorios, clasificando según el riesgo o problema nutricional que presenten los pacientes en el estudio con el fin de un diagnóstico temprano.

Si bien es cierto en el Ecuador no se han realizado una gran variedad de estudios sobre el estado nutricional y la desnutrición en pacientes hospitalizados, pero en el 2010 un estudio realizado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, con 150 pacientes hospitalizados tanto en áreas clínicas y quirúrgicas, demostró que un 36% de pacientes eran bien nutridos y un 64% de pacientes tenían algún grado de desnutrición (moderada o severa), con un promedio de hospitalización de 10 días siendo mayor en los pacientes que presentaron algún tipo de desnutrición. En el 2014, Gallegos, Nicolalde y Santana realizaron una investigación sobre el Estado de la desnutrición en los hospitales del Ecuador, este estudio indico que la desnutrición afectó al 37,1% de los pacientes encuestados. La desnutrición fue dependiente de la edad y la escolaridad del enfermo; y la presencia de cáncer, sepsis, y falla orgánica crónica. El problema principal de salud influyó en el estado nutricional del enfermo y la frecuencia de desnutrición se incrementó a medida que se prolongó la estadía hospitalaria.

5 MARCO TEÓRICO

5.1 GENERAL Y CONCEPTUAL

5.1.1 Nutrición

5.1.1.1 Definición

La nutrición es la “ciencia de los alimentos, los nutrientes y otras sustancias semejantes; su acción, interacción y equilibrio en relación con la salud y la enfermedad, los procesos por los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias. (T. Laguna & S. Claudio, 2004)

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. (OMS, 2016)

5.1.2 Estado Nutricional

5.1.2.1 Definición

El estado nutricional es la condición física que presenta una persona, como el resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. La evaluación del estado nutricional de un individuo nos permite conocer si su alimentación cumple con las necesidades del organismo y a su vez detectar situaciones de deficiencia o de exceso. Dicha evaluación debe ser un componente del examen rutinario de las personas sanas y es importante en la exploración clínica del paciente.

5.1.2.2 Importancia

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

5.1.3 Malnutrición

5.1.3.1 Definición

La malnutrición se manifiesta cuando existe una desproporción, ya sea por el exceso (obesidad/toxicidad) como por defecto (desnutrición/enfermedades carenciales), entre el aporte de nutrientes de la dieta y las necesidades del organismo. A este término se lo suele asociar con los clásicos síndromes de deficiencia de nutrientes, pero a nivel hospitalario son más frecuentes los casos de pacientes con desnutrición proteico-calórica.

La malnutrición puede conllevar a diversas consecuencias, como puede ser el retraso del crecimiento, problemas de cicatrización, mayor duración de las estancias hospitalarias y en general un aumento de la morbilidad y mortalidad.

5.1.3.2 Causas que contribuyen a la malnutrición en el hospital:

Ingesta insuficiente de nutrientes por consecuencia de diversos trastornos o enfermedades; daños en la dentadura, problemas de masticación, de deglución, enfermedades de del tracto gastrointestinal, dolor abdominal, náuseas, vómitos, tumores en el aparato digestivo, pérdida de apetito por diversos factores, soluciones intravenosas sin el aporte necesario de nutrientes, dietas en condiciones inadecuadas.

Pérdidas de nutrientes por alteraciones en los procesos de digestión, absorción, metabolismo y excreción. A estas alteraciones se les puede atribuir razones como consecuencia secundaria a distintas enfermedades, administración de fármacos, disminución de las secreciones exocrinas del páncreas y biliares; y la pérdida excesiva de nutrientes en diversas enfermedades.

Aumento de las necesidades metabólicas del paciente producido por distintas enfermedades como cirrosis, quemaduras, insuficiencia cardiaca, politraumatismos, drenajes o fistulas.

5.1.3.3 Alteraciones asociadas a la malnutrición:

Comprende una gran variedad de signos y síntomas, entre ellos encontramos:

Cambios Anatómicos: Adelgazamiento y trastornos en el crecimiento en cuanto a la desnutrición, aumento de peso y de tejido graso en la obesidad.

Cambios Bioquímicos y Metabólicos: Alteraciones de niveles plasmáticos de lípidos, proteínas, de la función inmune, catabolismo proteico.

Enfermedades o síntomas relacionados con la nutrición: Carencia de vitaminas y minerales, trastornos cardiovasculares.

5.1.4 Desnutrición:

5.1.4.1 Definición

Se le llama desnutrición a aquella condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia que resulta de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo, se acompaña de varias manifestaciones clínicas relacionadas con diversos factores ecológicos, y además reviste diferentes grados de intensidad.

Comprende toda situación carencial, sea causa o consecuencia de la enfermedad, de los procedimientos terapéuticos, de la hospitalización o de las complicaciones, se presente bien en ámbito hospitalario o en atención primaria.

5.1.4.2 Clasificación:

Según etiología:

Primaria: Carencia exógena de nutrientes.

Secundaria: Secundaria a una enfermedad (interfiere con la ingestión, digestión absorción o utilización de nutrientes)

Mixta: Unión de los dos fenómenos anteriores.

Según gravedad:

La gravedad o grado de desnutrición se determina siguiendo la clasificación dada por la O.M.S, basada en el grado de pérdida de peso.

Desnutrición grado I: hay pérdida del 15 al 25% de peso.

Desnutrición grado II: hay pérdida del 25 al 40% de peso.

Desnutrición grado III: hay pérdida de más del 40% de peso.

Se basa en parámetros clínicos, antropométricos o de datos bioquímicos. La evaluación de estos nos indicará el déficit en base a los indicadores de peso para la edad (P/E), peso para la talla (P/T), índice de masa corporal para la edad (IMC/E) y talla para la edad (T/E), la velocidad con la que se produce la pérdida de peso y signos o síntomas que la acompañan.

Según Evolución:

Aguda: Hace referencia principalmente al bajo peso que se presenta, desarrollando un mecanismo de adaptación del organismo a la falta de nutrientes ocasionando la muerte por descompensación.

Crónica: Hace referencia a la baja talla en donde además hay mecanismos de adaptación en marcha (detención de la talla, disminución del metabolismo basal, disminución de masa grasa, muscular y proteínas viscerales). (Tapia Carreño, 2013)

Según el tipo de Carencia:

Marasmo o desnutrición proteico-calórica: Se debe a una ingesta energética insuficiente. Se utiliza como fuente de energía el tejido graso y muscular, provocando una pérdida de peso y disminución de las medidas antropométricas. Este tipo de desnutrición se presenta en pacientes con enfermedades crónicas entre ellas VIH, cáncer, malabsorción, depresión e incapacidad para comer.

Kwashiorkor o desnutrición proteica: Resulta de un insuficiente aporte proteico y en menor medida, calórico. Existe una importante depleción de las proteínas viscerales, provocando un déficit que conlleva al desarrollo de edemas. Suele presentarse en pacientes con enfermedades agudas que incrementan el catabolismo proteico, sin que haya un aporte suficiente de proteínas para compensarlo.

Mixta: Abarca características de los dos tipos antes mencionados, tanto los depósitos de grasas como las proteínas somáticas y viscerales están disminuidas. Suele presentarse en pacientes con una desnutrición previa, que además tienen una enfermedad aguda o están sometidos a tratamientos agresivos, entre ellos quimioterapia, radioterapia entre otros.

5.1.5 Desnutrición secundaria a la enfermedad

La desnutrición asociada a la enfermedad es una situación que se manifiesta por las diferentes situaciones clínicas que está determinada por: una inadecuada e insuficiente ingesta de alimentos, digestión y absorción alterada, aumentan las necesidades energéticas y proteicas, y se presenta un aumento de las pérdidas por un mayor catabolismo. Así mismo la principal causa de desnutrición en la enfermedad es un insuficiente aporte energético-proteico por diferentes factores como anorexia, náusea, vómito, alteraciones del gusto, dificultades para comer o tragar, dietas restrictivas, problemas en la obtención o preparación de dietas adecuadas para su enfermedad y, algunos factores sociales y psicológicos que pueden impedir la ingesta.

5.1.6 Desnutrición hospitalaria

5.1.6.1 Definición

Según Caldwell, la desnutrición Hospitalaria es una condición patológica que resulta de un exceso o déficit absoluto de uno o más nutrientes esenciales, que se detecta a nivel hospitalario por pruebas bioquímicas y antropométricas. (Gil, 2010.)

5.1.6.2 Factores de Riesgo

Existe en gran medida factores que afectan a la salud del paciente hospitalizado, estos pueden colaborar o ayudar en una situación de riesgo nutricional (Tabla 1), además de los relacionados con la ingesta de nutrientes, se encuentran los factores psicosociales, la actividad física, los valores anormales de algunos indicadores bioquímicos y la administración de distintos medicamentos. (Velasco , Urbistondo, & Martínez, 2013)

Tabla. 1. Factores de Riesgo Nutricional

<p>Pautas de ingestión de alimentos y nutrientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta calórica y proteica mayor o menor que lo necesario según edad y actividad. • Ingesta de vitaminas y minerales mayor o menor de lo necesario según edad. • Dificultades para tragar (deglutir). • Trastornos gastrointestinales. • Hábitos alimenticios raros (ej.: pica). • Depresión o trastorno de la función cognitiva. • Nutrición parenteral durante más de tres días. • Incapacidad o falta de deseo de alimentarse. • Aumento o disminución de actividades de la vida diaria. • Uso incorrecto de suplementos. • Cambio inadecuado del tipo de alimentación (parenteral, enteral, normal). • Trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento). • Dietas restrictivas. • Limitaciones para alimentarse. <p>Factores psicológicos y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa formación. • Barreras de lenguaje. • Factores culturales y religiosos. • Trastornos emocionales con pérdida de apetito (depresión). • Recursos limitados para adquirir o preparar alimentos. • Adicción a alcohol o drogas. • Bajos ingresos económicos. • Dificultad para comunicar las necesidades. • Desconocimiento o uso limitado de recursos comunitarios. <p>Condiciones físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edades extremas: mayores de 80 años y niños prematuros. • Embarazo: adolescente, 3 o más embarazos seguidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en medidas antropométricas: peso notablemente superior o inferior a lo que corresponde para la talla y edad, perímetro craneal menor de lo normal, disminución de masa muscular y grasa, amputación. • Pérdida de masa muscular y grasa (wasting). • Sobrepeso y obesidad . • Enfermedades cardíacas y renales o sus complicaciones. • Diabetes y sus complicaciones. • Úlceras por presión o pérdida de integridad de la piel. • Cáncer y sus tratamientos. • SIDA. • Alteraciones gastrointestinales (malabsorción, diarrea, cambios digestivos o intestinales). • Estrés catabólico o hipermetabólico (trauma, sepsis, quemaduras). • Inmovilidad. • Osteoporosis, osteomalacia, trastornos óseos... • Trastornos neurológicos con alteración de funciones sensoriales. • Trastorno visual. <p>Valores anormales de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas viscerales (ej.: albúmina, transferrina, prealbúmina). • Perfil lipídico (colesterol, HDL, LDL, triglicéridos). • Hemoglobina, hematocrito y otras pruebas hematológicas. • Nitrógeno ureico en sangre, creatinina, electrolitos. • Glucemia en ayunas. • Otros parámetros de laboratorio. <p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso crónico. • Administración simultánea de varios fármacos. • Efectos adversos e interacciones fármacos-nutrientes.
--	--

Libro de Alimentación Hospitalaria: Fundamentos 2013

5.1.6.3 Causas de la desnutrición hospitalaria

Las causas de la desnutrición hospitalaria son multifactoriales. En el ingreso hospitalario, algunos pacientes presentan desnutrición, esto se debe a las enfermedades crónicas que a menudo obtienen, y es imprescindible destacar que estudios como el de Naber y colaboradores indican que, en muchos casos a medida que aumenta la edad de los pacientes, aumenta el riesgo de presentar desnutrición. En este estudio se concluye diciendo que a partir de los 70 años aumenta de manera significativa el riesgo nutricional. (Monti, 2008.)

5.1.6.4 Tipos de Causas

Causas de la Enfermedad

- Disminución de ingesta.
- Respuesta a la agresión.
- Mala absorción y asimilación de los nutrientes.
- Disfagia.
- Dificultad para masticar
- Obstrucciones.
- Pérdidas: vómitos, diarreas, quemaduras, etc.
- Gastos elevados: procesos de intenso estrés metabólico como infecciones, cirugía, etc.

Causas derivadas a la hospitalización

- Las dietas hospitalarias acostumbran a ser invariables.
- Aumento en el uso de dietas restrictivas que aportan menos nutrientes, energía y son poco agradables al paladar.
- Estado emocional que supone el hecho de estar Hospitalizado.
- Técnicas terapéuticas y quirúrgicas.
- Tratamientos (radioterapia, quimioterapia).

Causas derivadas a los equipos Médicos

- Privación de peso y talla en el ingreso, de cribados y de valoraciones nutricionales.
- Exageración de ayunos terapéuticos.
- No se realiza el seguimiento de la dieta
- Inadecuados requerimientos nutricionales.
- Inadecuada nutrición enteral y parenteral

Causas Relacionadas con la autoridad

- Carencia de departamentos de nutrición y dietética con personales adecuados en los hospitales.
- Falta de reconocimiento de la profesión de los dietistas - nutricionistas.

En la desnutrición proteico calórica se producen una serie de evoluciones adaptativas que compromete el descenso de los depósitos energéticos (glucógeno, triglicéridos y aminoácidos), cambios de minerales y vitaminas, trastornos inmunológicos, que tendrán un mayor alcance en las personas con menores reservas previas. Es preciso la exigencia de adoptar medidas de tipo dietético, que tiendan evitar la aparición de algunas enfermedades o a reducir la permanencia del ingreso y mejorar la calidad de vida, a nivel hospitalario. (J Alfredo Martínez Hernández, 2013.)

5.1.6.5 Otras causas relacionadas a la desnutrición hospitalaria

Otros componentes causales de la desnutrición, que se originan en los hospitales son específicamente estos procedimientos terapéuticos a los que se exponen a los pacientes, como parte del uso de hospitalización, donde originan muchas veces costos elevados.

Las causas de que perduren tasas tan elevadas de desnutrición hospitalaria se pueden atribuir a diferentes circunstancias como:

La administración

La alimentación en muchos hospitales no está adecuadamente controlada, y todo se debe al criterio del personal para la gestión de control, ya que no disponen oficialmente en sus plantillas de personal experto en esta área.

El descuido institucional por la alimentación de los pacientes hospitalizados llega al límite que la mayoría de ellos, no completa en su plantilla la especialidad de Dietética, porque muchos no se encuentran capacitados o no se encuentran en el área de trabajo correcta. (S., 2003.)

Personal hospitalario

Falta de personal especializado para el diagnóstico y tratamiento de la desnutrición, carencia de conocimiento y susceptibilidad del personal sanitario respecto a la desnutrición son hechos estudiados y publicados hace muchos años atrás, que parece no motivar el estrato médico. En general los médicos no son receptivos y/o conocedores de la problemática de la desnutrición en el tema que manejan a diario: pacientes que, como causa o efecto de su enfermedad o de procedimientos terapéuticos que reciben, están desnutridos.

El sistema de salud

Al no comprender la magnitud del problema, no otorga los medios necesarios para cubrir las necesidades de personal.

Pacientes con riesgo nutricional

En la práctica habitual se pueden registrar pacientes con un riesgo de desnutrición elevada y fundamentalmente se encuentran los siguientes. (Gil, 2010.):

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hepatopatías
- Síndrome de intestino corto
- Pancreatitis

- Diabetes mellitus
- Edad avanzada
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Sepsis
- Cáncer
- Quemados
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia renal.

5.1.6.6 Consecuencias de la desnutrición hospitalaria

La desnutrición desempeña un impacto pernicioso claro y coherente, causando una serie de cambios en la estructura y la función de órganos y sistemas, las cuales son los factores patogénicos del aumento en la morbimortalidad que se observa en varias enfermedades cuando éstas se vinculan con la desnutrición calórico-proteica. La mayor incidencia de complicaciones habitualmente se acompaña de un elevado tiempo de estancia hospitalaria, del periodo de curación y la completa rehabilitación del paciente. (Ulíbarri, 2003)

Las consecuencias de la desnutrición pueden ser muy peligrosas, ya que perjudican directamente al progreso de la enfermedad, a una alta morbilidad infecciosa, a la prolongación de la estancia hospitalaria y a un aumento de la mortalidad. (Gil, 2010.)

Entre ellas encontramos:

Consecuencias Primarias

- Mayor predisposición a infecciones
- Retardo en curación de heridas
- Mayor dehiscencia de suturas
- Hipoproteinemia
- Disminución de la motilidad intestinal
- Desnutrición muscular

Consecuencias Secundarias

- Incremento en la morbimortalidad
- Elevado periodo de estancia Hospitalaria
- Elevación de costos
- Peor calidad de vida

5.1.7 Valoración del Estado Nutricional en los pacientes hospitalizados

De esta manera, la evaluación del estado nutricional requiere un examen del peso, composición corporal, condición física y la situación funcional de diferentes tejidos y órganos. También requiere la evaluación de diferentes variables bioquímicas vinculadas con el metabolismo de los nutrientes y de la calidad del tipo de la dieta.

Los estados de malnutrición se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad y duración de la estancia en el hospital. Por eso, es importante la valoración del estado nutritivo a través de diferentes índices antropométricos, bioquímicos o clínicos, ya que no tiene un interés hipotético o epidemiológico, sino que resulta conveniente para evaluar la predicción de los pacientes, y señalar las medidas que deben llevarse a cabo para corregir las malnutriciones detectadas. (J. Alfredo Martínez Hernández, 2013.)

La valoración nutricional de individuos o grupos de población establece un área fundamental en la cual deben estar capacitados los profesionales que trabajen en el campo de la nutrición. (P. Ravasco, 2010)

Es primordial realizar una valoración nutricional completa a los pacientes que muestra una criba de riesgo de desnutrición positiva en el ingreso hospitalario, donde se debe estimar el estado de nutrición proteico y calórico. Al ser identificados los pacientes malnutridos o en riesgo, va a ser el principal punto del tratamiento la desnutrición y debe realizarse siempre en el momento del ingreso y continuamente durante la hospitalización. (Ulibarri Pérez J, 2002.)

Es importante realizarlo por medio de:

Historia Clínica (anamnesis): Es una herramienta que se establece para recaudar los datos del paciente, efectuando una valoración adecuada. Se inspeccionará la historia del paciente teniendo en cuenta el diagnóstico, los datos de afinidad, los antecedentes patológicos personales, el tratamiento que esté realizando, la anamnesis, una exploración física, la condición social y la capacidad funcional.

Historia Dietética: En general, la historia dietética no se utiliza específicamente como medio de diagnóstico, sino como fuente complementaria de información para ser estudiada conjuntamente con los datos antropométricos, bioquímicos y con la exploración física en el paciente. (J Alfredo Martinez Hernandez, 2013.)

Se debe efectuar una entrevista dietética al paciente, a los familiares y/o cuidadores. De inmediato se procede a preguntar si ha tenido pérdidas tempranas de peso, acerca de la ingesta habitual y vigente, si ha presentado intolerancias o alergias alimentarias, si tiene o no ayuda a la hora de comer y si posee dentadura postiza. (Vidal A, Prevalence of malnutrition., 2008.)

Así mismo entre los procedimientos empleados para llevar a cabo la elaboración de la Historia Dietética son los siguientes:

- Recordatorio de 24 horas.
- Programa selectivo de frecuencia.
- Boletín dietético durante 5-7 días.
- Registro de compras y gastos de alimentos.

Situación Psicosocial: La investigación debe estar regidas para conocer las posibilidades donde influye la economía y distintos aspectos de tipo social. Así, el peligro de malnutrición incrementa con la pobreza y soledad del paciente, la ignorancia, los hábitos alimentarios defectuosos por el grado de independencia para la preparación y elaboración de los alimentos y falta de ayuda familiar, el estatus social y cultural, donde se ve afectado su estado nutricional.

Exploración física: Es considerable realizar una observación sobre la apariencia de la piel, las uñas y el cabello; observar las pruebas antropométricas como el peso, la talla y el IMC. (J Alfredo Martinez Hernandez, 2013.)

Datos analíticos: Se toman en cuenta creatinina, albumina y las proteínas totales para parámetros proteicos, así mismo el colesterol para parámetros calóricos. (Vidal A, Prevalence of malnutrition., 2008.)

De tal manera que la desnutrición se define por la equivalencia de dos o más marcadores alterados.

Parámetros Antropométricos y Bioquímica

En los datos antropométricos se procede a conocer la composición del paciente, su situación física, el nivel de desarrollo, estados de obesidad o desnutrición, etc.

Es por ello que la antropometría se apoya en diagnosticar las medidas corporales y vincularlas con valores de referencia, permitiendo evaluar de una manera rápida y sencilla las reservas proteicas y calóricas del organismo.

En cuanto a las técnicas más empleadas se encuentran: el peso y la talla. Los datos antropométricos, que proporcionan la cuantificación de algunos de los compartimentos corporales, estos deben ser realizados por personal especializado y con el tipo de aparatos apropiados, siendo la antropometría y los análisis de laboratorio los que va a permitir manifestar situaciones de malnutrición de carácter grave o actual, que afectan fundamentalmente a aspectos energéticos, proteicos y de composición corporal en el paciente Hospitalizado. (J Alfredo Martinez Hernandez, 2013.)

Así mismo en la actualidad existen muchos modelos acerca de la estructura corporal, pero el más simple es el que lo divide en dos: la masa grasa y la masa magra o libre de grasa.

La masa grasa representa las reservas energéticas movilizables del organismo y la valoración de la misma es una expresión de la extensión de

la desnutrición y de la capacidad del individuo de resistir una situación de ayuno.

La masa magra está compuesta por la masa celular metabólicamente activa (compartimentos intracelulares y proteínas), el compartimento extracelular, que tiene una función primordialmente de transporte, el esqueleto y la piel. El pronóstico de la desnutrición está relacionado con una disminución de la masa magra corporal.

Peso y Talla: La medición habitual del peso y la talla en los hospitales es la dimensión más barata, práctica y sencilla para evaluar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados y ha sido recomendada por muchos grupos de expertos. (Vidal A, Prevalencia de malnutrición., 2008.)

Las determinaciones del peso y talla son mediciones primarias por su sencillez y la información que permite la valoración nutricional. El peso corporal y la talla de una persona están estrechamente vinculados. En los hospitales es muy sustancial la presencia de básculas especiales que van a posibilitar pesar a los pacientes hospitalizados. Las medidas deben ser tomadas de forma general, en posición erguida, sin zapatos y con ropas ligeras.

Sin embargo, numerosos estudios manifiestan que el peso y la altura de los pacientes no son tomados de una manera apropiada en los hospitales, siendo difícil estimar los cambios en el peso y el riesgo de malnutrición. La talla en muchos sucesos es desconocida por los pacientes, sobre todo pacientes mayores de 70 años. Por ello, es imprescindible la elaboración de una medición precisa para la talla de todos los pacientes hospitalizados cuando son ingresados y durante su estancia para llevar un orden en sus registros. Siendo un factor ponderante el encamamiento de algunos pacientes, las deformaciones postraumáticas o casos de pacientes con ancianidad, que hacen difícil lograr esta medida en muchas ocasiones. (J. Alfredo Martínez Hernández, 2013.)

IMC: Es el indicador más empleado. Determina el nivel de adiposidad de acuerdo con la relación de peso a estatura, eliminando así la dependencia de la constitución corporal.

El estudio de Framingham mostró que una pérdida del 10% del IMC se correlacionaba con un elevado número de mortalidad y entre los ancianos un IMC < 20 también se ha vinculado con un aumento de la mortalidad. En este grupo, dado que se produce un incremento del IMC con la edad, valores de IMC inferiores a 22 probablemente tienen significación clínica. (Vidal A, Prevalence of malnutrition., 2008.)

Tabla. 2. Clasificación del IMC

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Bajo peso	<18,50
Delgadez severa	<16,00
Delgadez moderada	16,00-16,99
Delgadez leve	17,00-18,49
Rango normal	18,50-24,99
Sobrepeso	≥25,00
Pre-obeso	25,00-29,99
Obesidad	≥30,00
Grado I	30,00-34,99
Grado II	35,00-39,99
Grado III	≥40,00

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil. Octubre 2016 a Marzo 2017. Elaborado por K. Basurto, M. Romero. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética. UCSG.

Parámetros Bioquímicos: Actualmente se estima que los parámetros bioquímicos son guías de severidad para la enfermedad y seguramente indicadores de pronósticos, para el diagnóstico del estado nutricional.

Las concentraciones plasmáticas de determinadas proteínas de transporte sintetizadas por el hígado se estiman un reflejo del estado del compartimento proteico visceral corporal. Las más frecuentemente utilizadas son albúmina, proteínas totales, creatinina y colesterol (Tabla 4). Han sido ampliamente utilizadas para valorar el estado nutricional pero sus valores pueden estar apoyados por factores no nutricionales (síntesis hepática, vida

media biológica, ritmo catabólico, función renal y hepática, estado de hidratación) y, por lo tanto, deben ser interpretados con cautela. (Vidal A, Prevalence of malnutrition., 2008.)

Los datos bioquímicos establecen una forma objetiva de evaluación nutricional y facilitan información sobre posibles deficiencias nutritivas antes de que se presenten síntomas clínicos. Esta información puede ser de gran beneficio para el diagnóstico en los pacientes hospitalizados. Los datos analíticos informan sobre el estado bioquímico del medio interno, sobre el metabolismo de los nutrientes y detectan malnutriciones específicas. (J Alfredo Martinez Hernandez, 2013.)

Tabla. 3. Parámetros Bioquímicos

Parámetro	Rango
Leucocitos (WBC)	4.50 -10.00 k/dl
Hemoglobina (HB)	14.0 – 18.0
Hematocritos (HTO)	42.0 – 52.0%
Plaquetas	13.000 – 400.000
Sodio	135 – 148
Potasio	3.50 – 4.50
Colesterol	50 - 200 mg/dl
Albumina	3.5 – 5.0 gr/lt
Creatinina	0.4 – 1.2 mg/dl
Proteínas Totales	6.6 – 8.7

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil. Octubre 2016 a Marzo 2017. Elaborado por K. Basurto, M. Romero. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética. UCSG.

Diagnóstico

Básicamente, el diagnóstico se debe realizar mediante parámetros antropométricos y/o bioquímicos. De tal manera, se debe tener en cuenta que un marcador del estado nutricional debe cumplir una serie de puntos: no verse afectado por factores ajenos al estado nutricional, tener alta susceptibilidad y especificidad en pacientes desnutridos y poder ser restaurable los valores normales con una alimentación adecuada. (Juan., 2012.)

Para la identificación de los pacientes malnutridos o en riesgo, en el primer paso del tratamiento de la desnutrición, se debe desarrollar en el momento que ingrese el paciente y así mismo durante su estancia hospitalaria.

Desafortunadamente, muchas enfermedades de base comprometen de manera positiva a la desnutrición formando un círculo vicioso, lo cual origina déficit nutricional, por lo que se pretende que muchos métodos utilizados en la valoración nutricional estiman más la gravedad de la enfermedad y sus efectos metabólicas que el propio estado de nutrición.

De esta manera, diagnosticar y clasificar el estado de nutrición de un paciente específico es complejo, ya que no existe ningún método de valoración nutricional que tenga una sensibilidad suficiente, originando un factor limitante para el correcto abordaje de la desnutrición hospitalaria. Por ello, es conveniente utilizar más de un marcador nutricional y seleccionarlos en función de la situación del paciente en particular. (Ulibarri Pérez J, 2002.)

5.1.8 Métodos de Diagnósticos

5.1.8.1 Cribado o Screening nutricional

En nutrición, trata de reconocer a los pacientes que presentan características asociadas a complicaciones relacionadas con la nutrición: pérdida o ganancia de peso, reducción del apetito, exceso del alcohol, enfermedades crónicas, tratamientos agresivos, etc.

Esto permitirá identificar a los pacientes malnutridos o en riesgo, que deberán realizarse una valoración completa que permita establecer mejor el riesgo del paciente y la exigencia de algún tipo de tratamiento nutricional. Se debe elaborar un Screening nutricional a todo paciente en el momento del ingreso y periódicamente durante la hospitalización.

5.1.8.2 Valoración Nutricional

Va a determinar la importancia, tamaño o valor, siendo una evaluación mucho más completa que permite confirmar si existe o no malnutrición, en caso de ser así se procede a clasificarla y cuantificarla. Se requiere de una historia clínica completa, historia dietética, exploración antropométrica y física, datos de laboratorio y consecuencias funcionales de la desnutrición, para conocer el estado nutricional del paciente y su interacción con la

enfermedad con el objetivo de elaborar un correcto diagnóstico nutricional. (Ulibarri Pérez J, 2002.)

5.1.8.3 Cribado Nutricional

En el cribado nutricional es muy valioso para la identificación de los pacientes desnutridos o con riesgo, a fin de disponer lo antes posible una solución nutricional adecuada. Para ello es imprescindible, sistemas de detección o cribaje de población que actúen de manera segura.

Estas herramientas deben ser aplicadas en la mayoría de los hospitales, siendo de interés, tener la capacidad de aportar datos reproducibles, significativos y fiables para predecir los resultados de otros métodos más sofisticados. Estos métodos de cribaje deben ser utilizados de rutina para poder ejecutar una buena recopilación y resaltar el peso de la desnutrición y del soporte nutricional.

Por eso se han desarrollado muchos instrumentos de cribado para tratar de reconocer a los pacientes en riesgo nutricional y permitir un tratamiento precoz de los mismos. Para lo cual, estos métodos deben ser muy sensibles, prácticos seguros, económicos, reproducibles y basados en la evidencia. (Monti, 2008.)

5.1.9 Tipos de Cribados más Usados

5.1.9.1 Cribado Nutricional HEMAN (Herramienta de Evaluación de la Malnutrición Hospitalaria)

El método HEMAN es una herramienta de cribado clínico que se basa en un cuestionario de 3 fases destinado al cribado para la detección de pacientes desnutridos o en riesgo de presentarlo.

En la fase I del método HEMAN se le pregunta al paciente si ha tenido variaciones en la ingesta en los últimos 5 días o en el peso durante las últimas 10 semanas. Si la respuesta de esas preguntas es positiva o si el paciente ingresó por patología considerada grave, se le pasa la fase II del método.

En esta segunda fase ya se califica, dentro de unos rangos preestablecidos, la pérdida de peso, disminución de la ingesta y gravedad de la patología de ingreso. Adicionalmente, si la edad del paciente es superior a 67 años también se toma en consideración como factor de riesgo. Con la suma de la valoración de todos los factores citados se obtiene una puntuación, dada que, si es igual o superior a 3, se le considera como paciente de riesgo nutricional. Posteriormente, en fase III se ordena a los pacientes que han sido clasificados en riesgo por su puntuación de manera decreciente. En caso de igualdad entre 2 o más pacientes en la puntuación obtenida en la fase II del método HEMAN se establece el siguiente grado para discernir el orden de tratamiento de los mismos. (Gráfico 1) (Juan., 2012.):

- Gravedad de la enfermedad
- Variación en la ingesta
- Pérdida de peso
- IMC
- Edad

Gráfico.1 Cribado Nutricional Heman

Fase I			
1. ¿Ha perdido peso en las últimas 10 semanas?	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha disminuido su ingesta en los últimos 5 días?	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • En caso de respuesta afirmativa en alguna de las dos preguntas se pasa a la fase II • Si las dos respuestas son negativas, se considera que no hay riesgo de desnutrición y se recomienda repetir la fase I a los 7 días • Si la causa de ingreso es traumatismo craneoencefálico (TCE), quemado, trasplantado, sepsis, o paciente de cuidados intensivos, se pasa directamente a la fase II 			
Fase II			
Peso actual <input type="text"/> kg	Peso habitual <input type="text"/> kg	Talla <input type="text"/> m	IMC <input type="text"/> kg/m ²
1. Porcentaje de pérdida de peso en las últimas 10 semanas			2. IMC
No ha perdido peso			0
< 5%			+1
5-10%			+2
> 10%			+3
3. Porcentaje de la ingesta diaria consumida en los últimos 5 días			
Ingesta > 75% habitual			0
Ingesta 50-75% habitual			+1
Ingesta < 50%			+2
4. Gravedad del paciente			
Sin gravedad			0
Leve: patologías crónicas (hepatitis, dializados, diabéticos, hipertensos), fracturas óseas no craneales			+1
Moderada: accidentes cerebrovasculares, leucemias, neumonías graves, cirugía abdominal mayor			+2
Grave: sepsis, quemados, TCE, trasplantes medulares, pacientes críticos ingresados en la UCI			+3
Pacientes > 67 años			+1
Resultados fase II			
< 3 puntos: paciente sin riesgo de desnutrición. Repetir HEMAN fase II a los 5 días			
≥ 3 puntos: paciente en riesgo de desnutrición. Realizar una valoración nutricional completa e implantar tratamiento dietético			
Fase III			
Ordenar los pacientes con HEMAN ≥ 3 de forma decreciente en función de la puntuación total obtenida, para establecer la prioridad en la intervención.			

Fuente: Elena Cristina Chivu, Ana Artero-Fullana, Antonio Alfonso-García y Carlos Sánchez-Juan. Detección del Riesgo de desnutrición en el medio Hospitalario. Nutr Hosp 2016; 33(4):894-900

5.1.9.2 Mine Nutricional Screening (MNS)

Este tipo de Screening permite manifestar la presencia o el riesgo de desnutrición en la población geriátrica ambulatoria que son internados en un hospital o en centros geriátricos de manera precoz.

Ha sido recomendada por la ESPEN para este grupo de población, de manera que incluye dos cuestionarios, uno con aspectos físicos y mentales, y el otro dietético. El primero tiene seis apartados y permite detectar el riesgo, mientras que el segundo examina doce apartados y permite obtener una apreciación más precisa del estado nutricional y una predicción de mortalidad a un año.

5.1.9.3 Nutricional Risk Screening 2002 (NRS-2002)

Es una Herramienta diseñada por la Sociedad Danesa de Nutrición Enteral y Parenteral, recomendada por la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN); Para la detección precoz de la desnutrición de pacientes hospitalizados, esta evalúa de manera combinada la presencia de desnutrición hospitalaria o de riesgo de presentarla y la existencia de patologías de base que incrementan los requerimientos nutricionales. (varios., 2003)

El cuestionario se divide en dos partes:

El primero es un screening inicial y consta de cuatro preguntas a las que se tiene que responder sí o no. Si hay alguna respuesta afirmativa, se tiene que pasar a la segunda parte.

El segundo se denomina screening final; incluye dos partes, cada una de las cuales da una puntuación que se habrá de sumar. Una evalúa el estado nutricional (cambios de peso en el tiempo, disminución de la ingesta e IMC) y la otra evalúa la gravedad de la enfermedad según riesgo nutricional por aumento de requerimientos nutricionales. Finalmente, se añade un punto si el paciente tiene ≥ 70 años. Si la puntuación final es ≥ 3 , el paciente se

encuentra en riesgo nutricional y hace falta un apoyo nutricional. Si por el contrario es inferior a 3, habrá que reevaluar semanalmente. (Gráfico 2)

Gráfico.2 Nutricional risk screening 2002 (NRS-2002)

1	¿IMC < 20,5?	SÍ	NO
2	¿Pérdida de peso en los últimos 3 meses?	SÍ	NO
3	¿Disminución de la ingesta en la última semana?	SÍ	NO
4	¿Enfermedad grave?	SÍ	NO

	Estado nutricional		Severidad de la enfermedad
Ausente 0 puntos	Estado nutricional normal	Ausente 0 puntos	Requerimientos nutricionales normales
Leve 1 punto	Pérdida de peso > 5% en 3 meses o ingesta 50-75% requerimientos en la última semana	Leve 1 punto	Fractura cadera, pacientes crónicos (cirrosis, EPOC, hemodiálisis, DM, oncológicos)
Moderado 2 puntos	Pérdida de peso > 5% en 2 meses o IMC 18,5-20-5 + deterioro estado general o ingesta 25-60% requerimientos en la última semana	Moderado 2 puntos	Cirugía mayor abdominal, ictus, neumonía grave, neoplasias hematológicas

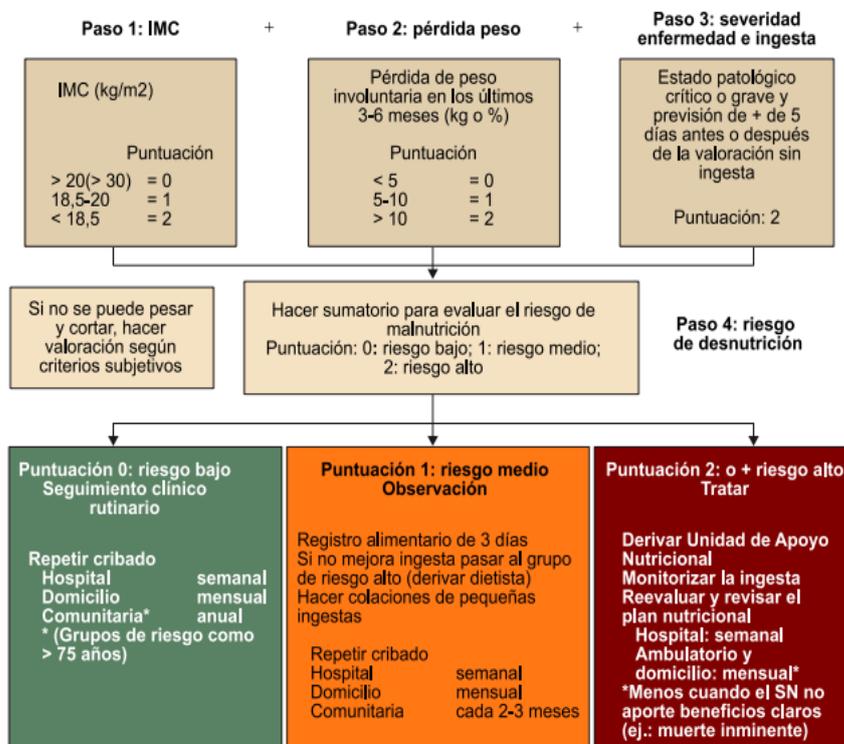
	Estado nutricional		Severidad de la enfermedad
Severo 3 puntos	Pérdida de peso > 5% en 1 mes (> 15% en 3 meses) o IMC < 18,5 + deterioro estado general o ingesta 0-25% requerimientos en la última semana	Severo 3 puntos	TCE, TMO, pacientes críticos (UCI)...

Fuente: AA. VV. (2003). "ESPEN guidelines for nutrition screening 2002". Clinical Nutrition (vol. 4, núm. 22, pág. 415-421).

5.1.9.4 Malnutrition universal screening tool (MUST)

Este método de criba está diseñado por la Asociación Británica de Nutrición Enteral y Parenteral (BAPEN). En un primer momento estaba pensado para el uso ambulatorio, pero posteriormente se extendió a adultos hospitalizados e institucionalizados con unos buenos niveles de fiabilidad y validez. Valora, igual que el NRS-2002, parámetros nutricionales, como los cambios de peso, la disminución de la ingesta y la gravedad de la patología. Identifica a personas adultas con desnutrición o riesgo e incluye propuestas de pautas a seguir según diagnóstico. (Gráfico 3) (Shatton, King, Stroud, Jackson, & acutely, 2006)

Gráfico.3 Must Malnutrition Universal Screening Tool



Fuente: R. J. Shatton; C. L. King; M. A. Stroud; A. A. Jackson; M. Elia (2006). "Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly". British Journal of Nutrition (núm. 95, pág. 325-330).

5.1.9.5 Valoración global subjetiva (VGS)

Recomendada por la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN). Es adecuada para la valoración nutricional de pacientes que son sometidos a cirugía gastrointestinal. Posteriormente, se ha hecho una versión reducida para el paciente oncológico, y en este colectivo es muy utilizada. Se trata de un test que evalúa, subjetivamente, el estado nutricional del individuo que, a diferencia de los otros cribados, este no establece un método numérico para la evaluación global. De acuerdo a los síntomas de los dos grupos de datos que lo conforman historia clínica y dietética (pérdida de peso, cambios en la ingesta habitual, síntomas gastrointestinales y capacidad funcional), exploración física (pérdida de tejido subcutáneo, pérdida de masa muscular y presencia de edemas), la persona que lo evalúa determina un diagnóstico nutricional, que se divide en

muy nutrido, moderadamente desnutrido o en riesgo nutricional y gravemente desnutrido.

Gráfico.4 Valoración Global Subjetiva

1. Historia clínica		
1) Peso corporal Peso habitual kg hace meses Pérdida en los últimos 6 meses: Total kg Porcentaje peso habitual% { <5% (A) Variaciones en las últimas 2 semanas: { 5-10%(B) ↑ Aumento ↑ Sin cambios (A) ↑ Disminución (B)		2) Cambios en el aporte dietético <input type="checkbox"/> NO (A) <input type="checkbox"/> Sí (B) Duración semanas ↑ Dieta oral sólida insuficiente ↑ Dieta oral triturada suficiente ↑ Dieta oral triturada insuficiente ↑ Dieta oral líquida exclusiva ↑ Ayuno casi completo
3) Síntomas gastrointestinales de duración superior a 2 semanas ↑ Ninguno (A) ↑ Disfagia (B) ↑ Náuseas (B) ↑ Dolor abdominal (B) ↑ Vómitos (B) ↑ Anorexia (B) ↑ Diarrea (B)		4) Capacidad funcional ↑ Como siempre (A) ↑ Alterada. Duración semanas ↑ Trabajo limitado (B) ↑ Ambulante (B) ↑ Encamado (B)
5) Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales Diagnóstico primario Tratamiento o complicaciones ↑ No estrés (A) ↑ Estrés moderado (A) ↑ Estrés bajo (B) ↑ Estrés alto (B)		
2. Examen físico (considerar el peor de los casos) (para cada opción especificar: 0 = normal (A); 1 = leve (A); 2 = moderado (B); 3 = severo (C))		
Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)		Edemas maleolares
Pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides)		Edemas sacros
Ascitis		
A = bien nutrido o sin riesgo nutricional	B = desnutrición moderada o riesgo nutricional	C = desnutrición severa
- No pérdida de peso o aumento de peso reciente - Sin síntomas - Sin disminución ingesta o - Mejoría en la ingesta o en los síntomas (En ausencia de ascitis o edemas)	- Pérdida de peso (5-10%) o no recuperación - Síntomas que interfieren en la ingesta o - Disminución en la ingesta o - Situación de estrés	- Pérdida de peso (> 10%) - Pérdida de tejido adiposo y masas musculares con o sin edemas - Alteración marcada de la capacidad funcional
VALORACIÓN: ↑ Bien nutrido o sin riesgo nutricional ↑ Desnutrición moderada o riesgo nutricional ↑ Desnutrición severa		

Fuente: Modificado de Detsky y otros (1987). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, JPEN (núm. 11, pág. 8-13).

5.2 Marco Legal

5.2.1 De los Derechos Humanos

Art 1.- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. (ONU, 2015.)

Hace referencia a que todas las personas en igualdad de condiciones deben tener los mismos derechos humanos ya que ninguna persona es igual o inferior a otra, donde se prevalezca siempre el respeto.

Art 25.- El derecho a una alimentación adecuada.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (ONU, 2015.)

Este artículo hace hincapié a la eliminación de la pobreza, donde la persona tenga las necesidades básicas adecuadas y suficientes, a una mejor alimentación que sea en calidad y cantidades suficientes para cada persona y que estas sean sostenibles a cada una de ellas.

5.2.2 Convenios Firmados a nivel Internacional

De acuerdo a la Ley MARCO, DERECHO A LA ALIMENTACIÓN SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA Aprobada en la XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano 30 de noviembre al 1 de diciembre de 2012 en Panamá. El derecho a la alimentación es jurídicamente asociable para los 160 Estados Partes del Pacto. Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el derecho a la alimentación ha sido reconocido formalmente como un derecho humano; así lo establece su artículo:

Art 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, al igual que a su familia, la salud y el bienestar, en especial a la alimentación.

De acuerdo al derecho de la alimentación u otros aspectos de este derecho se ha ido incorporando a una serie de instrumentos internacionales vinculadas y no vinculadas de derechos humanos; siendo uno de ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el Pacto), siendo el instrumento internacional que aborda este derecho humano fundamental del modo más carente. Muchos de los países de la región que han comenzado a elaborar leyes en los últimos años para impulsar la plena efectividad del derecho a la alimentación; entre los países se encuentran; Ecuador, Costa Rica, Uruguay, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, Venezuela. Y de acuerdo al artículo 2, a continuación. (FAO, 2012.)

Art 2.- Obliga a los Estados Partes a adoptar las medidas necesarias, y en particular medidas legislativas, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos enumerados en el Pacto.

5.2.3 CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008

5.2.3.1 Derechos del buen vivir

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales.

Se da prioridad al consumo de alimentos sanos producidos a nivel local respetando costumbres y tradiciones.

5.2.3.2 Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008)

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Hace referencia a que el derecho a la salud está garantizado por el Estado y regulado por varios principios para el bien común.

5.2.4 Ley de Derechos y Amparo al paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Como profesionales debemos tratar a nuestro paciente con respeto, calidad y calidez, brindándole todos nuestros conocimientos para precautelar la vida y recuperar la salud.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión. (Ley de derechos y amparo al paciente , 2006)

Todo paciente posee el derecho a ser informado de todo aquello que se le realice en un centro de salud desde su inicio, durante su estadía y al final de ella, con el objetivo de tomar decisiones que favorezcan a su salud.

5.2.5 Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional

El Congreso Nacional mediante Ley N° 2006-41 publicada en el Registro Oficial N° 259 de 27 de Abril del 2006, expide que la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la que determina como política de Estado y acción prioritaria del Gobierno Nacional a la seguridad alimentaria y nutricional, comprendida como un derecho humano que garantiza la capacidad de abastecimiento con garantía de acceso fijo y económico de todos los habitantes a alimentos sanos, nutritivos, suficientes, inocuos, de buena calidad y concordantes con la cultura, preferencias y costumbres de la población, para una vida sana y activa.

Todas las personas tienen derecho a un abastecimiento digno o aun buen acceso a los alimentos de buena calidad, con el fin de consumirlos de acuerdo a sus necesidades requeridas.

Art. 24 Finalidad de la sanidad. - La sanidad e inocuidad alimentarias tienen por objeto promover una adecuada nutrición y protección de la salud de las personas; y prevenir, eliminar o reducir la incidencia de enfermedades que se puedan causar o agravar por el consumo de alimentos contaminados.

Art. 27 Incentivo al consumo de alimentos nutritivos. - Con el fin de disminuir y erradicar la desnutrición y malnutrición, el Estado incentivara el consumo de alimentos nutritivos preferentemente de origen agroecológico y orgánico, mediante el apoyo a su comercialización, la realización de programas de promoción y educación nutricional para el consumo sano, la identificación y la coordinación de las políticas públicas.

Las leyes que regulan el régimen de salud, la educación, la defensa del consumidor y el sistema de la calidad, establecerán los mecanismos necesarios para promover, determinar y certificar la calidad y el contenido nutricional de los alimentos, así como también para restringir la promoción de alimentos de baja calidad, a través de los medios de comunicación. (Ley orgánica del régimen de la soberanía alimentaria , 2009)

6 HIPÓTESIS

Existe relación entre el resultado del cribado y el estado nutricional de los pacientes ingresados en las distintas áreas clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

7 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Tabla. 4. Variables Biológicas

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Edad	Se refiere a etapa de vida o tiempo que se vive.	Rango de edades	20 – 24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 <u>≥60</u>
Sexo	Es el conjunto de fases sucesivas que conllevan a una serie progresiva de diferencias, siendo las características fisiológicas y sexuales del ser humano.	Número de pacientes femenino y masculino	Genero F – M

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil. Octubre 2016 a Marzo 2017. Elaborado por K. Basurto, M. Romero. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética. UCSG

Tabla. 5. Variables Clínicas.

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Estancia Hospitalaria	La estancia hospitalaria es un indicador que considera el tiempo prolongado a aquellos pacientes que sobrepasa un estándar determinado y se da por múltiples factores.	Días de hospitalización.	0-5 6-10 11-16 17-22 23-30 30
Antecedentes Patológicos Personales	Hace referencia a todas las enfermedades anteriores que el paciente ha presentado durante el transcurso de su vida.	Las comorbilidades que afectan el estado nutricional, o clínico del paciente.	DM, HTA, GASTRITIS, ANOREXIA.
Evaluación Antropométrica	Son mediciones corporales que radican en las medidas antropométricas de un individuo, indicando el estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo.	Evalúa nutricionalmente al paciente.	Talla, Peso actual, Peso habitual, IMC.
Anamnesis Alimentaria	Esta herramienta permite evaluar la ingesta del individuo, si cumple con las pautas establecidas o no.	Engloba los cambios que ha presentado el paciente de acuerdo a su enfermedad.	Cambios en el apetito, Problemas digestivos, Diarrea, Vómitos, Problemas al masticar, Alteraciones en el gusto, Piel seca, Cabello quebradizo, Uñas quebradiza
Diagnostico Nutricional	Es el resultado de la evaluación antropométrica evidenciada por el estado nutricional de una persona.	Número de pacientes en distintas escalas nutricionales.	Desnutrición Leve Desnutrición Moderada Desnutrición Severa Normo peso Sobrepeso Obesidad I, II, III

Screening Nutricional HEMAN	Es una herramienta de cribado clínico que se basa en un cuestionario destinado al cribado para la detección en el paciente desnutrido.	Cantidad de Pacientes con riesgo de desnutrición y sin riesgo de desnutrición	<3 ≥3
Tipo de dieta	Se define como el conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente.	Dieta blanda Dieta General Dieta Liquida Dieta Hiperproteica Dieta Hipo proteica NPO	Requerimiento de acuerdo a cada patología
Parámetros bioquímicos	Son indicadores que determinaran la severidad de la enfermedad en el paciente.	Hemoglobina, Albumina, Creatinina, Proteínas Totales, Colesterol.	Rangos referenciales de las diferentes pruebas.

Fuente: Hospital Regional 2 "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil. Octubre 2016 a Marzo 2017. Elaborado por K. Basurto, M. Romero. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética. UCSG

Tabla. 6. Variables Socio Económicas

Variable	Definición	Dimensión	Escala y Valores
Nivel Económico	Se refiere a la economía del paciente.	Nivel de Ingresos que tiene el paciente.	Bajo Medio Alto

Fuente: Hospital Regional 2 "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de la ciudad de Guayaquil. Octubre 2016 a Marzo 2017. Elaborado por K. Basurto, M. Romero. Egresadas de la carrera de Nutrición, Dietética y Estética. UCSG.

8 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

8.1 Justificación de la Elección del Diseño

El tipo de investigación empleado según las variables es Diseño de tipo no experimental, descriptivo, de enfoque cualitativo - cuantitativo y de cohorte transversal, que se realizó en las distintas áreas clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil en el periodo Octubre a Marzo 2016-2017.

8.2 Población Y Muestra

El universo total está constituido por 150 pacientes hospitalizados ingresados en las distintas áreas clínicas de Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, en el grupo de inclusión se tomaron 107 pacientes y se excluyeron 43 pacientes por presentar enfermedades catastróficas que implicaban alteraciones del estado nutricional, como Cáncer y Enfermedades asociadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VHI).

8.2.1 Criterio De Inclusión

Todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en las diferentes áreas clínicas del hospital sin enfermedades que impliquen alteraciones el estado nutricional.

8.2.2 Criterio De Exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no son ingresados a hospitalización.
- Pacientes con enfermedades catastróficas, como Cáncer y Enfermedades asociadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana.

8.3 Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

- Historias Clínicas, Screening Nutricional HEMAN y exámenes de laboratorios.
- Toma de datos antropométricos de los pacientes que se encuentran hospitalizados.

8.3.1 Técnicas

- **Peso:** Mide de forma simplificada el total de los componentes corporales y se le manifiesta al paciente que se pare recto en la balanza, con los hombros relajados y los brazos de ambos lados rectos y estirados, piernas estiradas, rodillas y pie juntos.
- **Talla:** Se procede a indicarle al paciente que se pare recto en el tallímetro con una posición recta, mirada hacia un punto fijo, manos de ambos lados rectas y hombros relajados, siempre los talones juntos, verificando que el paciente este en buena posición y que este no se empine.
- **Peso Habitual:** Es el peso que describe el paciente en los últimos años, antes de su patología.
- **IMC:** Evalúa la relación entre el peso y la talla. Si bien se considera como rango normal un IMC comprendido entre 18,5 y 24,9 kg/m², índices inferiores a 20 kg/m² son indicativos de malnutrición y se asocian con un aumento significativo en la mortalidad en diferentes tipos de pacientes. (Juan Carlos Montejo González, 2006.)
- **Cribado Nutricional HEMAN:** Es una herramienta de cribado clínico que se basa en un cuestionario destinado para la detección del estado nutricional del paciente. (Juan., 2012.)
- **Anamnesis alimentaria:** permite evaluar la ingesta del individuo, como las conductas alimentarias incorrectas o si cumple con las pautas establecidas del patrón alimentario.

Para la recolección de los datos antropométricos se lo realizo mediante la historia clínica nutricional y el Cribado Nutricional HEMAN.

La información se la recogió en hojas dinámicas electrónica del programa de Microsoft Excel 2016 para la obtención de las estadísticas del estado nutricional y la unificación de las distintas variables. Luego se procedió a la utilización del programa Statgraphics XVI para el análisis de los datos finales.

Se sintetizo los datos en distintos gráficos estadísticos para una mejor explicación y análisis de la información establecida.

8.3.2 Instrumentos

Los diferentes tipos de instrumentos que se usaron fueron:

- **Historia clínica nutricional:** Entrevista cuyo propósito es conocer la información y el estado actual del paciente en base a su antropometría y una anamnesis alimentaria.
- **Balanza:** Instrumento que básicamente sirve para pesar o medir la masa de algún cuerpo.
- **Tallímetro:** Instrumento utilizado para la medición de la estatura o longitud de una persona.
- **Screening Nutricional HEMAN:** Material de entrevista que nos permitirá conocer si el paciente ha perdido peso, nivel de consumo alimenticio y si se encuentra en riesgo de desnutrición.

9 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

9.1 Análisis y Presentación de los Resultados

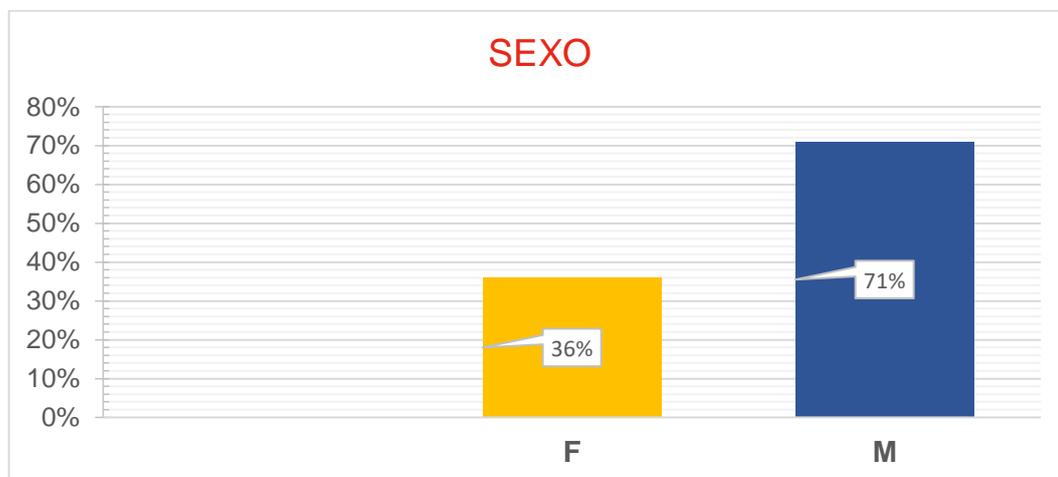
9.1.1 Distribución por Sexo en los pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016-2017.

Tabla. 7. Distribución de porcentaje según el Sexo de los pacientes Hospitalizados.

Tabla de Frecuencia para Sexo				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
F	36	0,3364	36	0,3364
M	71	0,6636	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.5 Sexo



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación: En la investigación se obtuvo que el género que más predominó a nivel hospitalario, son los pacientes del género masculino con un 71%, seguido del género femenino con un mínimo del 36% en total.

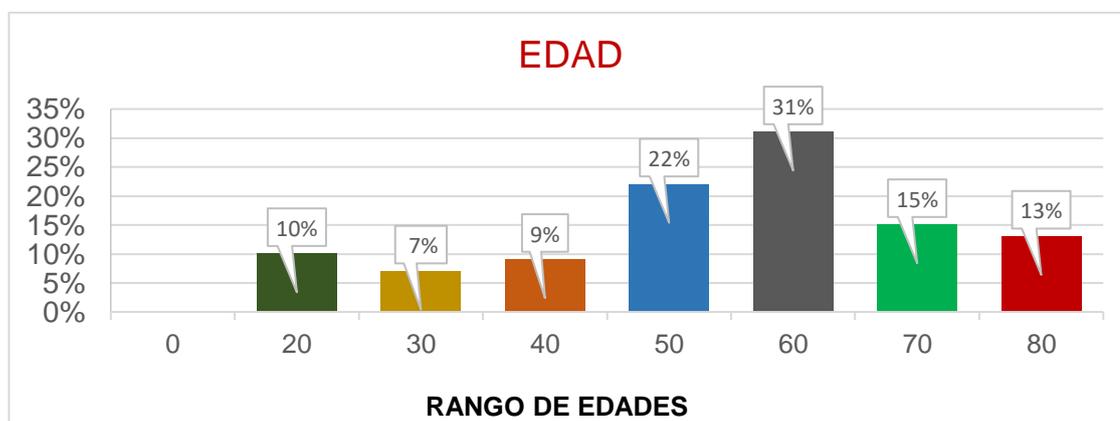
9.1.2 Distribución por grupos de edades de los pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 8. Distribución de porcentaje por Edades en los pacientes Hospitalizados.

Tabla de Frecuencias para EDAD						
Límite Inferior	Límite Superior	Punto Medio	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
20	30	25	10	0,0935	10	0,0935
30	40	35	7	0,0654	17	0,1589
40	50	45	9	0,0841	26	0,243
50	60	55	22	0,2056	48	0,4486
60	70	65	31	0,2897	79	0,7383
70	80	75	15	0,1402	94	0,8785
80	90	85	13	0,1215	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.6 Edad



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación: Para el desarrollo del estudio se trabajó con un total de 107 pacientes hospitalizados, con rangos comprendidos entre 18 a ≥ 65 años de edad, del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, de la ciudad de Guayaquil. En la tabla No. 8 y gráfico N° 6 se representa la distribución por grupos de edades, el mayor porcentaje lo representa el grupo de 60 - 69 años de edad con un 31%.

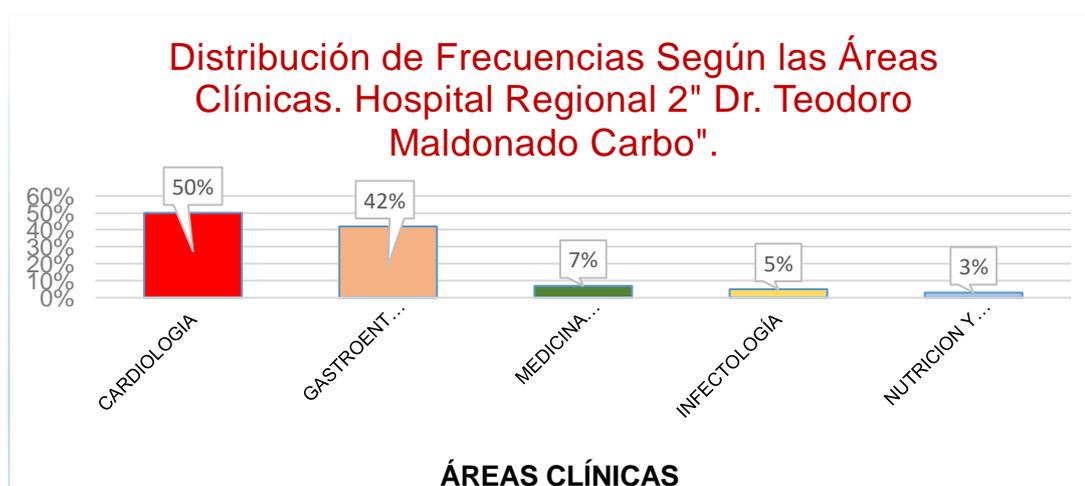
9.1.3 Distribución en los distintos Departamentos Clínicos de los pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 9. Distribución por porcentaje según los Departamentos Clínicos.

Tabla de Frecuencia de las Áreas Clínicas del Hospital				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
CARDIOLOGIA	50	0,4673	50	0,4673
GASTROENTEROLOGIA	42	0,3925	92	0,8598
MEDICINA INTERNA	7	0,0654	99	0,9252
INFECTOLOGÍA	5	0,0467	104	0,972
NUTRICION Y DIETETICA	3	0,028	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016 - 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.7 Distribución de frecuencias según las Áreas Clínicas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación: Para el desarrollo del estudio se trabajó con un total de 107 pacientes ingresados en las distintas áreas clínicas, la tabla No. 9 y el gráfico No. 7 establecen que el área donde hubo mayores pacientes ingresados fue en el área de Cardiología con un 50%, el área de Gastroenterología presentó un 42%, Medicina Interna el 7%, Infectología con el 5%, y con un menor porcentaje se encontró el área de Nutrición y Dietética presentando solo el 3%.

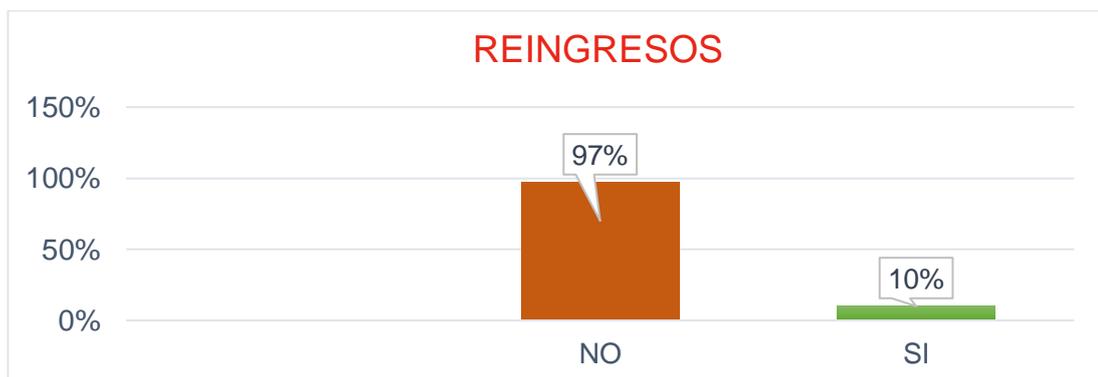
9.1.4 Distribución de reingresos en los pacientes. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016-2017.

Tabla. 10. Distribución de porcentaje de Reingresos.

Tabla de Frecuencia para REINGRESO				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. acum.
NO	97	0,9065	97	0,9065
SI	10	0,0935	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.8 Porcentaje de Reingresos



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En esta investigación de acuerdo a los días de estancia hospitalaria de los pacientes, el 97% de ellos no presentaron reingresos, puesto que solo el 10% si fueron nuevamente ingresados por distintos diagnósticos y procedimientos establecidos.

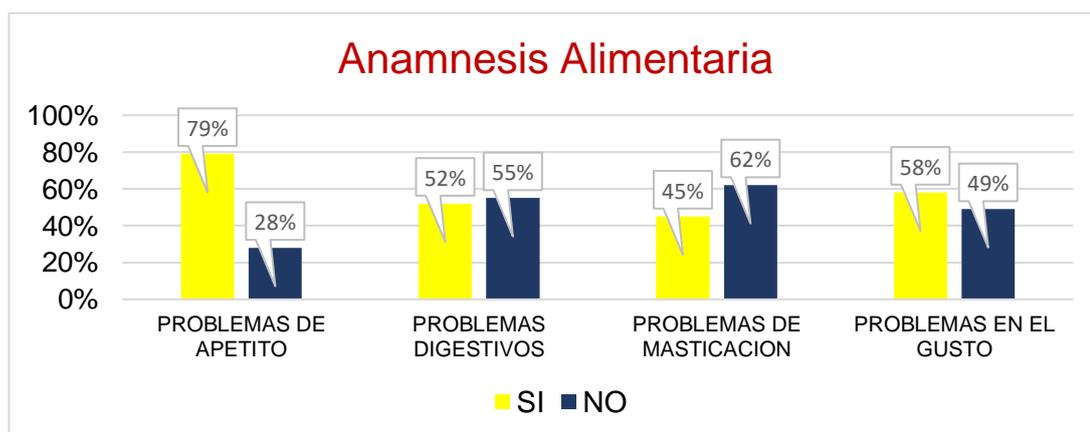
9.1.5 Distribución de Anamnesis Alimentaria en los pacientes. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 11. Distribución por porcentaje de Anamnesis Alimentaria

Tabla De Frecuencia para Anamnesis Alimentaria					
	SI	%	NO	%	TOTAL
PROBLEMAS DE APETITO	79	79%	28	28%	107
PROBLEMAS DIGESTIVOS	52	52%	55	55%	107
PROBLEMAS DE MASTICACION	45	45%	62	62%	107
PROBELMAS EN EL GUSTO	58	58%	49	49%	107

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.9 Porcentaje de Fecha de Anamnesis Alimentaria.



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

De los pacientes hospitalizados el 79% refirió que si presentaban problemas de apetito por distintas causas, mientras que el 28% no presento, así mismo en los problemas digestivos el 52% manifestaron problemas, mientras que el 55% de los pacientes refirieron que no, en los problemas de masticación el 45% de ellos si presentan dificultad, puesto que el 62% no tiene inconvenientes, y en los problemas del gusto el 58% de los pacientes refirieron presentar inconvenientes, mientras que el 49% está sin dificultad al respecto.

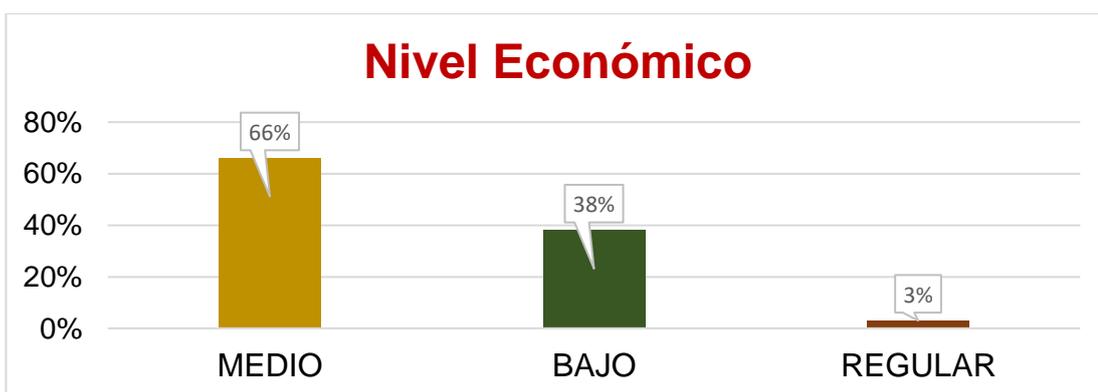
9.1.6 Distribución del Nivel Económico en los pacientes. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016-2017.

Tabla. 12. Distribución de porcentaje de Nivel Económico en los Pacientes.

Tabla de Frecuencia sobre el Nivel Económico				
	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel Acum.
MEDIO	66	0,61682	66	0,61682
BAJO	38	0,35514	104	0,97196
REGULAR	3	0,02803	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.10 Porcentaje de Nivel Económico en los Pacientes.



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

Nuestra investigación demostró que mucho de los pacientes ingresados, no presentaban un estatus adecuado, entablado al nivel económico medio con un 66%, seguido de un nivel económico bajo con el 38%, y en algunos pacientes su estado económico fue regular con el 3%.

9.1.7 Distribución Del Tiempo de Estancia Hospitalaria en los pacientes. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 13. Distribución de porcentaje de Tiempo de Estancia Hospitalaria.

Tabla de Frecuencias para TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA						
Límite Inferior	Limite Superior	Punto Medio	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
0	10	5	42	0,3925	42	0,3925
10	20	15	36	0,3364	78	0,729
20	30	25	15	0,1402	93	0,8692
30	40	35	7	0,0654	100	0,9346
40	50	45	2	0,0187	102	0,9533
50	60	55	2	0,0187	104	0,972
60	70	65	0	0	104	0,972
70	80	75	0	0	104	0,972
80	90	85	2	0,0187	106	0,9907
90	100	95	1	0,0093	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.11 Porcentaje de Tiempo de Estancia Hospitalaria.



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En la tabla N° 13 y grafico N° 11 se representa el tiempo de estancia de los pacientes Hospitalizados, apreciándose un mayor porcentaje de 42% para aquellos pacientes que tuvieron de 1 a 10 días de Hospitalización, así mismo un 36% para aquellos que presentaron 20 días, el 15% para aquellos que estuvieron 30 días, y con el 1 y 2% para aquellos pacientes que permanecieron más de 3 meses hospitalizados.

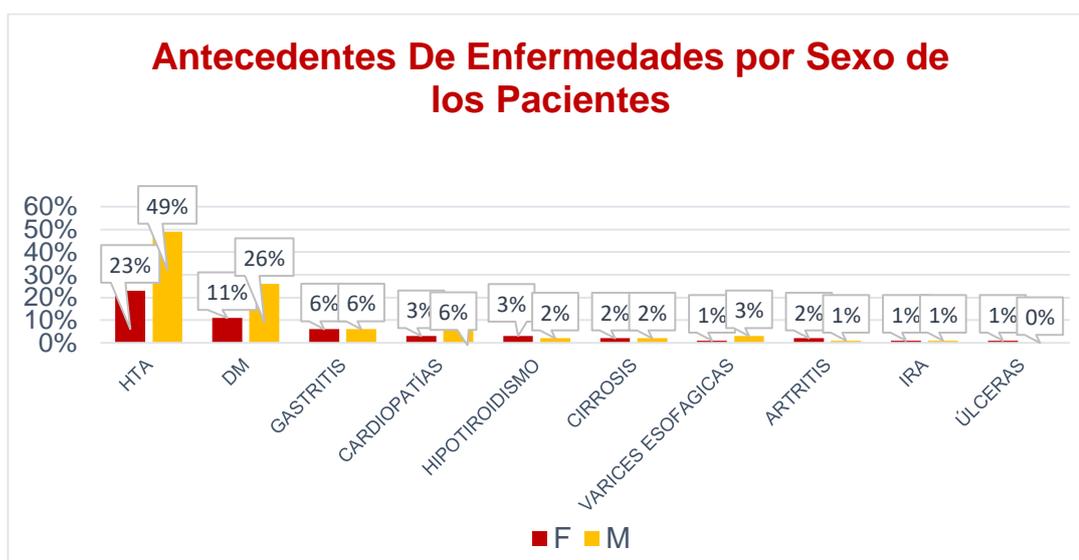
9.1.8 Distribución por Antecedentes de Enfermedades según el Sexo, en pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 14. Distribución por porcentaje de Antecedentes de Enfermedades según el Sexo

Antecedentes de Enfermedades Según el Sexo		
Enfermedad	F	M
HTA	23	49
DM	11	26
GASTRITIS	6	6
CARDIOPATÍAS	3	6
HIPOTIROIDISMO	3	2
CIRROSIS	2	2
VARICES ESOFAGICAS	1	3
ARTRITIS	2	1
IRA	1	1
ÚLCERAS	1	0

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.12 Porcentaje de Antecedentes de Enfermedades Según el Sexo



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En esta investigación de acuerdo a los antecedentes patológicos personales de enfermedad según el sexo, el que más relevancia tuvo fue la Hipertensión Arterial (HTA) en los pacientes ingresados, con el 23% en las mujeres y el 49% en Hombres, seguido de la Diabetes Mellitus con el 11% en mujeres y el 26% en hombres, Gastritis para ambos sexos con el 6%, Cardiopatías con el 3% en mujeres y 6% para hombres, Hipotiroidismo el 3% para mujeres y el 2% para hombres, y con un mínimo para la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) con el 1% para ambos sexos y las Ulceras con el 1% para mujeres

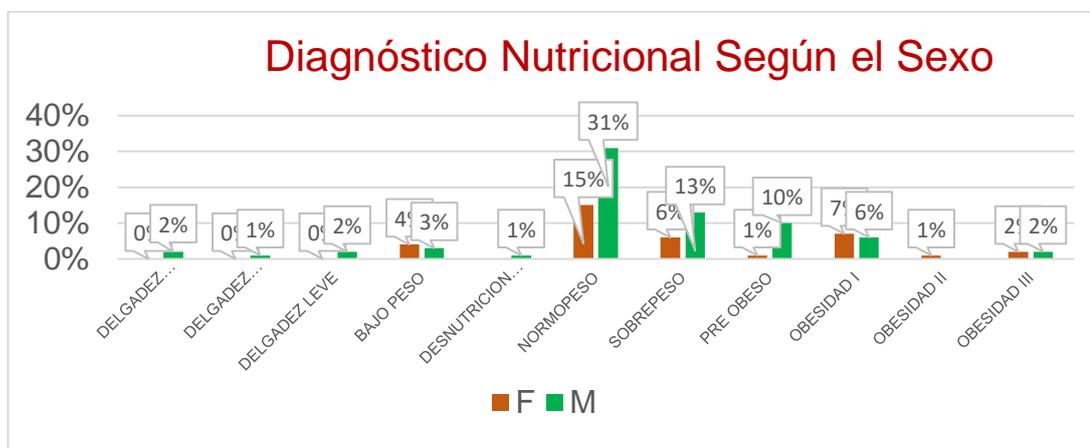
9.1.9 Distribución por Frecuencia para Diagnóstico Nutricional según el Sexo en pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 15. Distribución del Diagnóstico Nutricional según el Sexo.

Tabla de Frecuencias para Diagnostico Nutricional según el Sexo			
	F	M	Total por Fila
DELGADEZ SEVERA	0	2	2
DELGADEZ MODERADA	0	1	1
DELGADEZ LEVE	0	2	2
BAJO PESO	4	3	7
DESNUTRICION LEVE	0	1	1
NORMOPESO	15	31	46
SOBREPESO	6	13	19
PRE OBESO	1	10	11
OBESIDAD I	7	6	13
OBESIDAD II	1	0	1
OBESIDAD III	2	2	4
Total por Columna	36	71	107

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.13 Porcentaje de Diagnóstico Nutricional según el Sexo



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En la tabla N° 15 y gráfico N° 13 se establece el diagnóstico Nutricional según el Sexo en los pacientes Hospitalizados, apreciándose mayor porcentaje en pacientes con normo peso, los hombres 31% y las mujeres con el 15%, seguido de la pre obesidad con un 10% en hombres y tan solo 1% en mujeres, el sobrepeso en mujeres manifestó el 6% y en hombres un 13%, la Obesidad tipo I en mujeres presentó el 7% y en hombres el 6%, Bajo peso en mujeres refirió el 4% y en hombres un 3%, así mismo la obesidad tipo III en ambos sexos refirió un 2%, y un mínimo porcentaje para la desnutrición leve, delgadez moderada con 1% en pacientes hombres hospitalizados.

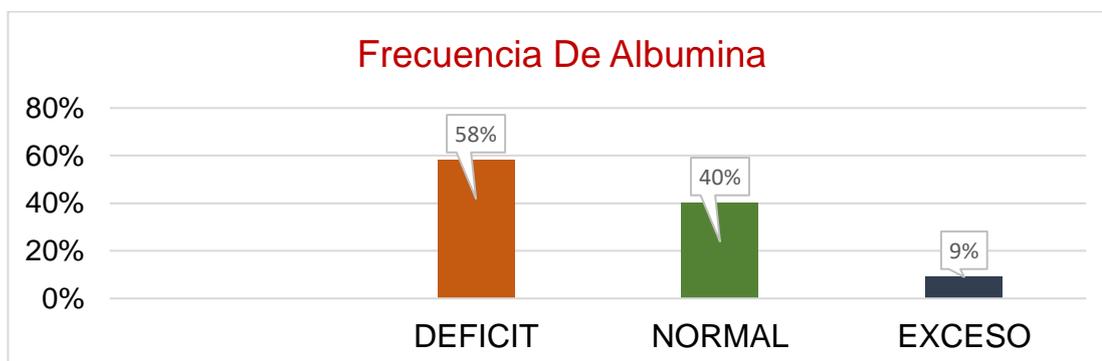
9.1.10 Distribución por Frecuencia la Albumina en pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 16. Distribución por porcentaje de Frecuencia para la Albumina.

Tabla de Frecuencia para Albumina				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
DEFICIT	58	0,54205	58	0,54205
NORMAL	40	0,37383	98	0,91588
EXCESO	9	0,08411	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.14 Porcentaje de Albumina



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En la investigación se obtuvo que para el diagnóstico de los exámenes de albumina se presentó un déficit con el 58%, así mismo algunos pacientes refirieron valores normales con el 40% y solo el 9% presentaron exceso de albumina.

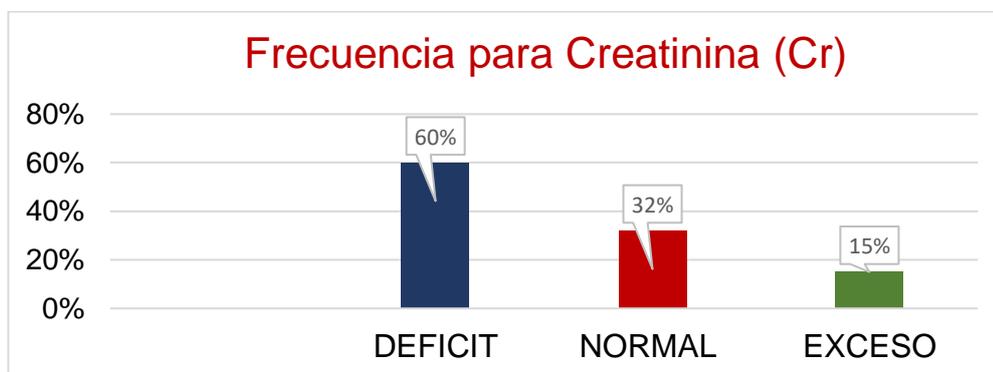
9.1.11 Distribución por Frecuencia para la Creatinina en pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 17. Distribución por porcentaje de Frecuencia para la Creatinina

Tabla de Frecuencia Para Creatinina (Cr)				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
DEFICIT	60	0,56074	60	0,56074
NORMAL	32	0,29906	92	0,8598
EXCESO	15	0,14018	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.15 Porcentaje De Creatinina



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En la investigación se obtuvo que para el diagnóstico de los exámenes de Creatinina se presentó un déficit con un 60%, así mismo algunos refirieron valores normales con el 32% y el 15% presentaron exceso de Creatinina.

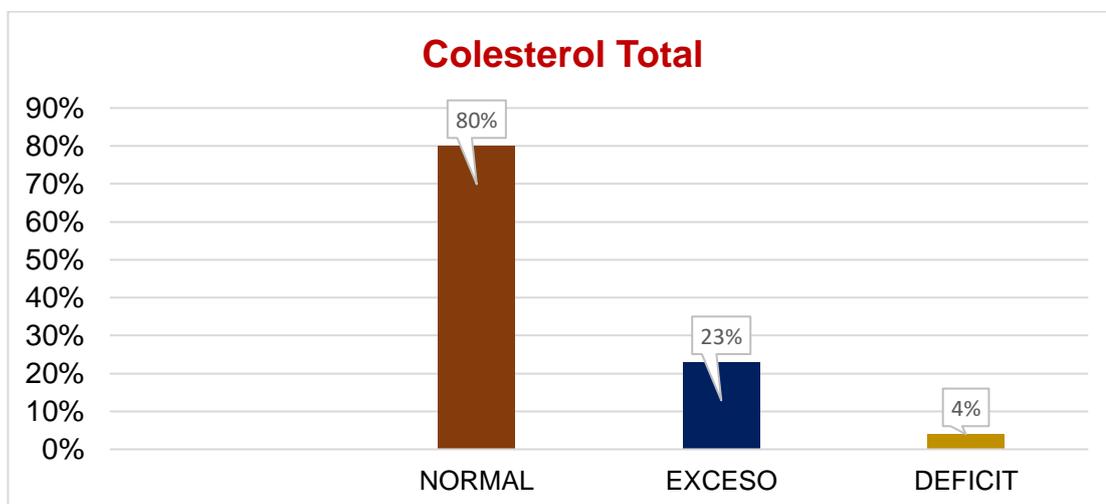
9.1.12 Distribución por Frecuencia para Colesterol Total en pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 18. Distribución por porcentaje de Frecuencia para Colesterol Total

Tabla de Frecuencia para Colesterol Total				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
NORMAL	80	0,74766	80	0,74766
EXCESO	23	0,21495	103	0,96261
DEFICIT	4	0,03738	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.16 Porcentaje de Colesterol Total



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En la investigación se obtuvo que para el diagnóstico de los exámenes de Colesterol Total se presentó un rango normal con el 80%, algunos refirieron valores de exceso con el 23% y el 4% de los pacientes presentaron déficit de Colesterol Total.

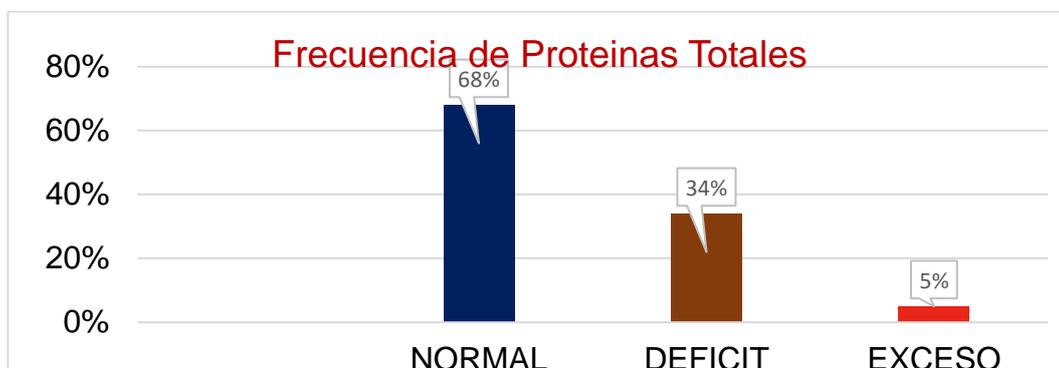
9.1.13 Distribución por Frecuencia para Proteínas Totales en pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 19. Distribución por porcentaje de Frecuencia para Proteínas Totales

Tabla de Frecuencia Para Proteínas Totales				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
NORMAL	68	0,63551	68	0,63551
DEFICIT	34	0,31775	102	0,95326
EXCESO	5	0,04672	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.17 Porcentaje de Proteínas Totales



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016-2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En dicha investigación se representó, que en el diagnóstico de los exámenes de Proteínas Totales, el rango normal fue del 68%, algunos pacientes refirieron valores de déficit con el 34% y el 5% de los pacientes presentaron Excesos en este análisis.

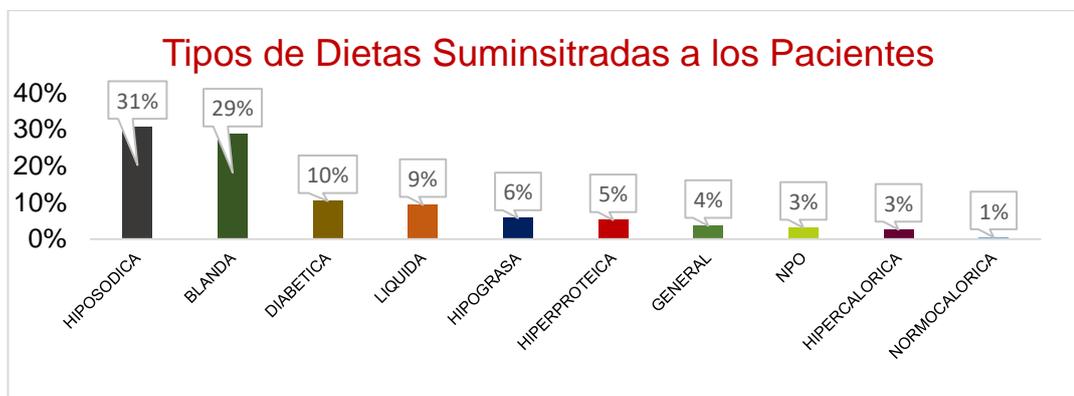
9.1.14 Distribución por Frecuencia para los Tipos de Dietas Suministradas a los Pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016- 2017.

Tabla. 20. Distribución por porcentaje de Frecuencia para Los Tipos de Dietas Suministradas a los Pacientes.

Tipos de dieta suministrada a pacientes		
Tipo de dieta	Frecuencia	
HIPOSÓDICA	59	31%
BLANDA	55	29%
DIABÉTICA	20	10%
LÍQUIDA	18	9%
HIPOGRASA	11	6%
HIPERPROTEICA	10	5%
GENERAL	7	4%
NPO	6	3%
HIPERCALÓRICA	5	3%
NORMOCALÓRICA	1	1%
SUMA	192	100%

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016 - 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.18 Porcentaje de Tipos de Dietas Suministradas a Pacientes



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016 - 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

En el análisis de los tipos de dietas administradas a los pacientes, las que mayor relevancia tuvieron fueron las dietas Hiposódicas con un 31% y la dieta blanda con el 29%, así mismo se entablaron otros tipos de dietas como la de Diabéticos con el 10%, Dieta Líquida con el 9%, Dieta Hipograsa con el 6%, Dieta Híper proteica el 5%, la Dieta General con el 4%, NPO y Dieta Hipercalórico con el 3%, y tan solo la dieta Normocalórica con el 1%.

9.1.15 Distribución por Frecuencia para el cribado Nutricional HEMAN que se evaluó a los Pacientes ingresados. Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016-2017

Tabla. 21. Distribución por porcentaje de Frecuencia del cribado Nutricional HEMAN.

Tabla de Frecuencia Para el Cribado Nutricional HEMAN				
Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. acum.
>3	80	0,7477	80	0,7477
<3	27	0,2523	107	1

Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016 - 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Gráfico.19 Porcentaje para el cribado Nutricional HEMAN.



Fuente: Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2016 - 2017. Elaborado: K. Basurto y M. Romero. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética UCSG.

Análisis e Interpretación

El análisis para el Cribado Nutricional HEMAN, ha dado como resultado el 80% de pacientes con riesgo de desnutrición >3 y para pacientes que no presentaron riesgo <3 el 27%.

10 CONCLUSIONES

- Finalizado nuestro estudio podemos concluir que el área clínica con mayor cantidad de pacientes es el área de Cardiología seguida por el área de Gastroenterología del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.
- Los pacientes ingresados en su mayoría son de sexo masculino y están entre el rango de edad de 60 a 69 años, a su vez el nivel económico con mayor referencia fue el nivel medio seguido del nivel bajo.
- El antecedente patológico personal que tuvo mayor predominio fue la Hipertensión Arterial afectando más a los pacientes del género masculino y estuvo seguida de la Diabetes Mellitus y Gastritis.
- Se encontró que la mayoría de los pacientes de las áreas analizadas presentaban normopeso según la clasificación del IMC y que una minoría presentaba bajo peso, los cuales indicaron que llevaban días previos de hospitalización. De acuerdo a la encuesta realizada gran cantidad presenta cambios en el apetito y sufren de problemas digestivos, pero muy pocos refieren problemas en la masticación y el gusto. La dieta suministrada que predominó en las distintas áreas fue la Dieta Hiposódica seguida de la Blanda y la Diabética.
- De acuerdo al análisis realizado, el tiempo de estancia hospitalaria que se presentó en la mayoría de los pacientes fue en un rango de 3 a 10 días seguido de 20 días y en su minoría varios pacientes presentaron un periodo de hospitalización superior a los 90 días con un porcentaje de reingreso del 10%.
- Según el resultado del Cribado Nutricional Heman, el cual indicó que el 80% de nuestra población clasificó a la fase II, en la cual se valoró el peso actual, el peso habitual, la talla, el IMC, el porcentaje de ingesta diaria consumida en los últimos 5 días, la gravedad del paciente y si eran pacientes >67años, todo esto dio como resultado ≥ 3 , lo que indica que el paciente está en riesgo de desnutrición y se debería realizar una valoración nutricional completa e implementar tratamiento dietético si fuera necesario, mientras que el 27% de la población no clasificó a la fase II quedándose en la fase I, en la que se valoró si el paciente ha perdido peso en las últimas 10 semanas y si ha disminuido su ingesta en los últimos 5 días, a lo que contestaron de forma negativa a las preguntas lo que indica el estudio que no existe riesgo de desnutrición y se recomienda repetir la fase I a los 7 días de hospitalización.

11 RECOMENDACIONES

- Incluir la valoración clínica del nutricionista la cual ayudara a tener un diagnóstico precoz sobre el estado nutricional en el que se encuentra el paciente.
- Considerar la inclusión del Cribado Nutricional dentro del expediente clínico, el que indicara si el paciente requiere intervención primaria.
- Realizar una valoración nutricional a cada paciente desde el día uno de su estancia hospitalaria, independientemente del estado en el que se encuentren
- Mejorar la calidad de vida del paciente que presenta problemas con Malnutrición.
- Controlar la calidad de los macronutrientes que necesita cada paciente, sobre todo proteínas y grasas, para disminuir grados de desnutrición proteico-calórica.
- Ajustar el aporte de micronutrientes a los requerimientos estándar, salvo que la enfermedad o la situación clínica del paciente requiera aportes individualizados.
- Realizar recomendaciones nutricionales de acuerdo a las complicaciones o problemas que se asocien a la enfermedad de base en el paciente mediante trípticos o folletos ilustrativos.
- Se sugiere solicitar interconsultas con el departamento de nutrición para el adecuado manejo y por consiguiente su debido seguimiento luego de su periodo de hospitalización.

12 PRESENTACION DE PROPUESTA DE INTERVENCION

En relación con la tesis y los datos obtenidos, se procede a presentar la siguiente propuesta:

12.1 TEMA

Detección precoz e implementación de un cribado del estado nutricional como complemento de la Historia Clínica y valoración del nutricionista en las distintas áreas clínicas del Hospital Regional 2º "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

12.2 JUSTIFICACIÓN

La importancia de diseñar una propuesta desde el punto de vista nutricional, radica en la implementación de un cribado como parte de la historia clínica, cuya responsabilidad debe ser de un nutricionista que se encuentre en las distintas áreas de las unidades hospitalarias, requiriéndose incremento de talento humano en la programación de los Hospitales, lo que reduciría los estados de desnutrición, el aumento de días de estancia, reducción de complicaciones e infecciones intrahospitalarias o IASS, evitando el incremento de costos, que se relaciona con el estado nutricional del paciente y también al uso de distintos tratamientos adicionales que van a ser requeridos.

La detección de los riesgos de desnutrición u otra complicación nutricional, es un modelo de prevención y rehabilitación de la Salud, generando el reconocimiento del riesgo por el que puede pasar el paciente, la reducción de la vulnerabilidad y la movilización social en salud, puesto que muchos de los pacientes no conocen acerca de su enfermedad y de las distintas formas de alimentación de acuerdo a su diagnóstico. Existen distintas recomendaciones que nos ayudan con la nutrición adecuada del paciente, entre ellas encontramos la presentación de las porciones de comidas, que los platos sean llamativos generando la atención y el interés, todo esto contribuye en la pronta recuperación, ayudándolo de forma anímica a

precautelar complicaciones que puedan presentarse en un futuro y que tiendan a reducir la morbimortalidad de los hospitales.

12.3 OBJETIVOS

12.3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar valoración inicial mediante el Cribado Nutricional Heman, con el fin de conocer y tratar el estado nutricional del paciente, contribuyendo a una pronta recuperación.

12.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proponer a los directivos la importancia de una valoración nutricional primaria para evitar futuras complicaciones.
- Reducir complicaciones asociadas a la nutrición por medio de un seguimiento nutricional adecuado.
- Informar a los pacientes sobre el estado nutricional en el que se encuentra y qué relación tiene con su enfermedad de cabecera.
- Educar a los pacientes en el momento de la interconsulta mediante charlas o trípticos que contengan recomendaciones nutricionales en general sobre su enfermedad.

12.4 FUNDAMENTACIÓN

La desnutrición es una complicación muy común en los pacientes ingresados en el Hospital, que se asocia con cambios de peso, alteración en la bioquímica y que está relacionado con la enfermedad de base, la escasez de nutricionistas en las distintas áreas clínicas, hace que no se los valoren en este ámbito a los pacientes y por ende se presenten mayores complicaciones. A nivel financiero afecta a los pacientes generando más costos hospitalarios por una estancia prolongada.

Por esta razón nuestro plan radica en valorar a todos los pacientes desde el primer día de hospitalización y detectar precozmente la desnutrición o los riesgos nutricionales, y si fuese necesario solicitar una valoración nutricional

integral completa, es por esto que se propone la inclusión en el expediente clínico del Cribado Nutricional con el fin de brindar una ayuda necesaria para la pronta recuperación. En los pacientes de alto riesgo es necesario la implementación de un apoyo nutricional diario, que sea preventivo y demostrativo, con el fin de reducir costos en el hospital, así mismo involucrar a los nutricionistas como parte integral y activa del equipo de Salud, participando en la visita médica diaria para que los pacientes tengan claro el tipo de alimentación que deben seguir para su recuperación.

La intervención de la nutrición clínica, es que se promueva distintas estrategias como la interconsulta, la educación visual y el fortalecimiento al servicio de nutrición para motivar al paciente y sus familiares donde se disipen dudas, se fortalezca una estrategia por medio de charlas y trípticos que serán entregados en los pases de visitas. Existen otras determinantes que se encuentran en el campo emocional, como es el estrés y la depresión que disminuye la ingesta y los requerimientos necesarios tanto calóricos como proteicos, que afectan a los distintos grupos de pacientes sobre todo a los de la tercera edad e inmunodeprimidos.

BIBLIOGRAFÍA

- A, M. E. (2000). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigacion en Psicología*, 3(2).
- Alfredo Benavides Zúñiga, G. C. (2006.). Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. Sáenz. *Revista de Medicina Humana.*, 3 - 12.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2008). *Asamblea Nacional del Ecuador*. Obtenido de http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Carolina Guido, R. F. (2012.). *Aspectos Nutricionales. Plan Alimentario*. . Curso de Capacitación de Posgrado a Distancia Síndrome Metabólico y Riesgo Vascular, Buenos Aires.
- CEPAL., D. d. (2005.). *Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. CEPAL. Obtenido de Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6116-hambre-desigualdad-paises-andinos-la-desnutricion-la-vulnerabilidad-alimentaria>
- Chivu, E., Artero Fullana, A., Alfonso García , A., & Sánchez Juan , C. (10 de 05 de 2016). *Nutrición Hospitalaria*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n4/20_original19.pdf
- Correia MI, C. A. (2003.). ELAN Corporative Study. Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study. *Nutrition.*, 823-825.
- Correia, M. (2003). *ResearchGate*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/9051357_Prevalence_of_hospital_malnutrition_in_Latin_America_the_multicenter_ELAN_study
- FAO. (2012.). *Ley marco. Derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria*. Panamá.
- Fernando Bianco Colmenares, E. P. (2013.). Sexo, género y ciudadanía. *SCIELO*, 11(1), 1690-3293.
- Gallegos Espinosa , S., Nicolalde Cifuentes, M., & Santana Porbén, S. (19 de 05 de 2014). *Nutrición Hospitalaria*. Obtenido de http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/7559/pdf_7538

- Garcia, M. R. (2011). UCSG. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/600/1/T-UCSG-PRE-MED-36.pdf>
- Gil, A. (2010.). *Nutrición Clínica. Tratado de Nutrición*. Madrid.: Medicapanamericana.
- Hernández, R. y. (2005). Segmentos corporales y talla en un grupo de adultos mayores venezolanos. *Invest. Clínica*. (46).
- J Alfredo Martinez Hernandez, I. A. (2013.). Malnutrición Hospitalaria. En M. d. Diana Ansorena Artieda, *Alimentacion Hospitalaria. 1 Fundamentos*. Madrid.: Diaz de Santos. S.A.
- J. Alfredo Martínez Hernández, I. A. (2013.). Alimentación hospitalaria.1 Fundamentos. México.: Diaz de Santos.
- J. Álvarez-Hernández, M. P.-S.-P.-L. (2012.). Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study. *Nutrición Hospitalaria.*, 1049-1059.
- J. C. de la Cruz Castillo Pineda, R. F. (2008.). Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. FELAMPE. *Nutrición Hospitalaria.*, 413-417.
- José Antonio Pinto Fontanillo. (2006.). *Nutrición y Salud. La Dieta equilibrada, prudente o Saludable*. España.: Nueva Imprenta, S.A.
- José Luis Castillo Hernández, R. Z. (2004.). Valoración de Estado Nutricional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana.*, 4(2), 30.
- Juan Carlos Montejó González, J. M. (2006.). Recommendations for the nutritional assessment of critically ill patients. *Rev Medica de Chile.*, 1049 - 1056.
- Juan Emmanuel Pérez-Flores, M. C.-T.-d.-T.-R.-F.-P.-J.-E.-V.-M. (2016.). Nutritional status assessment at hospital admission and its association with morbidity and mortality in Mexican patients. *Nutrición Hospitalaria*.(33), 872-878. Obtenido de <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/386>
- Juan., A. A. (2012.). HEMAN, método de cribaje nutricional para pacientes hospitalarios de nuevo ingreso. *Nutrición Hospitalaria.*, 1583- 1591.
- Ley de derechos y amparo al paciente* . (2006). Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

- Ley orgánica del régimen de la soberanía alimentaria* . (2009). Obtenido de <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec046es.pdf>
- Lobo Támer, G., Ruiz López, M. D., & Pérez de la Cruz, A. J. (05 de 03 de 2009). *ELSEVIER*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-desnutricion-hospitalaria-relacion-con-estancia-S0025775308000547>
- Lorena Rentero Redondo, C. I. (2015.). Desnutrición en el paciente anciano al ingreso hospitalario, un viejo problema sin slucionar. *Nutrición Hospitalaria.*, 2169-2177.
- Ministerio de Sanidad de los Estados miembros de la Unión Europea, E. (. (2009.). *Declaración de Praga de lucha contra la malnutrición*. Obtenido de http://www.senpe.com/DOCS/PRAGA/Declaration_Prague_2009.pdf
- Monti, G. R. (2008.). Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. *Revista de la Asociación Médica Argentina.*, 121(4).
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- ONU. (2015.). *Declaración Universal de los derechos Humanos*. Dudh.
- P. Ravasco, H. A. (October. de 2010). Methods of valuation of the nutritional condition. *Nut Hosp.*, 25.
- Pardo, A. J., Bermudo, S., & Manzano, M. V. (Abril de 2011). *Redalyc.org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226770019>
- PDHRE. (2005.). Los derechos Humanos a una alimentación adecuada.Movimiento de los Pueblos para la Educación de los Derechos Humanos.
- S., S. P. (2003.). Evaluación bioquímica del estado nutricional del paciente hospitalizado. *Nutrición Clínica.*, 293-311.
- Salvador Monferrer , L., Fernández Oleas , M., & Murillo Sanchis , J. (19 de 11 de 2014). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* . Obtenido de <http://revista.nutricion.org/PDF/220714-DESNUTRICION.pdf>
- Salvador Monferrer, L., Fernández Olea, M. S., & Murillo Sanchis, J. (19 de 11 de 2014). Obtenido de *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*: <http://revista.nutricion.org/PDF/220714-DESNUTRICION.pdf>
- Shatton, F. R., King, C. L., Stroud, M. A., Jackson, A. A., & acutely, M. E. (2006). *'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and lenght of hospital stay in acutely illelderly"*. *British Journal of Nutrition*.

- T. Laguna, R., & S. Claudio, V. (2004). *Diccionario de nutrición y dietoterapia*. México: Mc Graw- Hill Interamericana .
- Tapia Carreño, I. (12 de 2013). Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2757/1/108827.pdf>
- Trabajo, O. I. (2009). *Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT*. Ginebra.
- Ulibarri Pérez J, P. C.-E. (2002.). Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 139-146.
- Ulibarri, J. (2003). La Desnutrición Hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria.*, XVIII(2), 53,56.
- Ulibarri, J. I., Burgos, R., Lobo, G., Martínez, M. A., Planas, M., Pérez de la Cruz, A., & Villalobos, J. L. (Julio-Agosto. de 2009). grupo de trabajo de desnutrición de SENPE. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria.*, 24(4), 467- 472. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226747011>
- varios., A. (2003). "ESPEN guidelines for nutrition screening 2002". *Clinical Nutrition.*, 4(22), 415 - 421.
- Velasco , J., Urbistondo, M., & Martínez, J. (2013). Malnutrición Hospitalaria y valoración del estado nutritivo. En J. Martínez Hernández , I. Astiasarán Anchía, M. Muñoz Hornillos, & M. Cuervo Zapatel , *Alimentación Hospitalaria* (pág. 76). Madrid : Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Vidal A, I. M. (2008.). Prevalence of malnutrition. *Nutr Hosp*, 263-267.

ANEXOS

ANEXO # 1 FORMATO DE FICHA NUTRICIONAL Y CRIBADO NUTRICIONAL HEMAN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

HISTORIA NUTRICIONAL Y DIETÉTICA

NOMBRES: _____ HC: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

MOTIVO DE INGRESO: _____ FECHA DE INGRESO: _____

DIAGNOSTICO: _____

TIEMPO DE ESTANCIA H: _____ DEPARTAMENTO: _____

ANTECEDENTES

APP: _____

ANTROPOMETRIA		BIOQUÍMICA	
PESO		ALBUMINA	
TALLA		PROTEÍNAS TOTALES	
IMC		CREATININA	
		COLESTEROL	

ANAMNESIS ALIMENTARIA

¿HA NOTADO CAMBIOS?	SI	NO
EN SU APETITO		
PROBLEMAS DIGESTIVOS		
PROBLEMAS AL MASTICAR		
PROBLEMAS EN EL GUSTO		

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: _____

TIPO DE DIETA: _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CRIBADO NUTRICIONAL HEMAN

Fase I			
1. ¿Ha perdido peso en las últimas 10 semanas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha disminuido su ingesta en los últimos 5 días?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> En caso de respuesta afirmativa en alguna de las dos preguntas se pasa a la fase II Si las dos respuestas son negativas, se considera que no hay riesgo de desnutrición y se recomienda repetir la fase I a los 7 días Si la causa de ingreso es traumatismo craneoencefálico (TCE), quemado, trasplantado, sepsis, o paciente de cuidados intensivos, se pasa directamente a la fase II 			
Fase II			
Peso actual <u> </u> kg	Peso habitual <u> </u> kg	Talla <u> </u> m	IMC <u> </u> kg/m ²
1. Porcentaje de pérdida de peso en las últimas 10 semanas			2. IMC
No ha perdido peso			IMC > 20 +0
< 5%			IMC 20-18,5 +1
5-10%			IMC < 18,5 +2
> 10%			
3. Porcentaje de la ingesta diaria consumida en los últimos 5 días			
Ingesta > 75% habitual		0	
Ingesta 50-75% habitual		+1	
Ingesta < 50%		+2	
4. Gravedad del paciente			
Sin gravedad		0	
Leve: patologías crónicas (hepatitis, dializados, diabéticos, hipertensos), fracturas óseas no craneales		+1	
Moderada: accidentes cerebrovasculares, leucemias, neumonías graves, cirugía abdominal mayor		+2	
Grave: sepsis, quemados, TCE, trasplantes medulares, pacientes críticos ingresados en la UCI		+3	
Pacientes > 67 años		+1	
Resultados fase II			
< 3 puntos: paciente sin riesgo de desnutrición. Repetir HEMAN fase II a los 5 días			
≥ 3 puntos: paciente en riesgo de desnutrición. Realizar una valoración nutricional completa e implantar tratamiento dietético			
Fase III			
Ordenar los pacientes con HEMAN ≥ 3 de forma decreciente en función de la puntuación total obtenida, para establecer la prioridad en la intervención.			

ANEXO # 2 IMÁGENES DE LA RECOLECCION DE DATOS EN EL HOSPITAL REGIONAL 2 “DR. TEODORO MALDONADO CARBO”, Guayaquil.



Imagen 1. Egresadas Karina Basurto y Melissa Romero, junto a los pacientes de las distintas salas del Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil 2017.



Imagen 2. Egresadas Karina Basurto y Melissa Romero, Tomando datos de los pacientes de las salas del Hospital Regional 2 "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", Guayaquil 2017.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Basurto Andrade Karina Alexandra y Romero Baque María Melissa, con C.C: # 0927170662 – C.C: # 1312530668 autoras del trabajo de titulación: **ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES DE LAS ÁREAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL 2 “DR. TEODORO MALDONADO CARBO” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2016ª MARZO 2017.** Previo a la obtención del título de **Licenciadas en Nutrición, Dietética y Estética**, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de marzo del 2017.

f. _____

Nombre: **Basurto Andrade Karina Alexandra**

C.C. 0927170662

f. _____

Romero Baque María Melissa

C.C. 0927170662



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES DE LAS ÁREAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL 2 “DR. TEODORO MALDONADO CARBO” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2016^a MARZO 2017		
AUTOR(ES)	Basurto Andrade Karina Alexandra y Romero Baque María Melissa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Francisco Xavier Andino Rodríguez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Derecho		
TÍTULO OBTENIDO:	Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de marzo del 2017	No. DE PÁGINAS:	93
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición clínica, estado nutricional, desnutrición hospitalaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ESTADO NUTRICIONAL; MALNUTRICIÓN; BIOQUÍMICA; HISTORIA MÉDICA; ESTILO DE VIDA; TAMIZAJE		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

El estudio realizado en el Hospital Regional 2 “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil tuvo como objetivo determinar el estado nutricional que presentan los pacientes durante su estancia hospitalaria, ingresados en las salas de hospitalización de las distintas áreas clínicas en el periodo Octubre 2016 a Marzo 2017. Se corroboró la hipótesis planteada existiendo cambios en el estado nutricional del paciente relacionados con la patología de base y el tiempo de hospitalización, pese a que la mayoría de los pacientes presentaban normopeso los exámenes de bioquímica como la albumina, creatinina y proteínas totales refirieron un gran déficit, el resultado del Cribado Nutricional Heman realizado indico que la mayoría de los pacientes presentaban riesgo de desnutrición y que era necesaria una valoración nutricional completa. Metodología: los datos fueron recogidos mediante una entrevista individual a los pacientes para llenar la historia clínica nutricional y el cribado nutricional, el diseño tuvo un enfoque cuali-cuantitativo de tipo descriptivo no experimental, prospectivo. Predomino el grupo de 60-69 años con un 31%, la mayoría son de sexo masculino que refieren un nivel económico medio, con problemas de apetito y digestión. Se concluye que los pacientes si muestran cambios en su estado nutricional los cuales deben ser valorados por un nutricionista especializado desde el inicio de la hospitalización para brindarle una valoración completa con su debido seguimiento y tratamiento, siguiendo estos pasos para crear nuevas guías con el objetivo de disminuir los

cambios en el estado nutricional de los pacientes, complicaciones relacionadas con la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los mismos.

ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593996442584 *59999571841	E-mail: melissa-0314@hotmail.com Kari_girl24@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ludwig Roberto Álvarez Córdova	
	Teléfono: 042200906	
	E-mail: alvarezludwig@hotmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		