



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA: ELAN – ECUADOR

HOSPITAL DR. RODRIGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE

MANTA PROVINCIA DE MANABI 2011

Lorena Patricia Yaulema Brito

Tesis presentada ante la Escuela de Postgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de Magister en Nutrición Clínica.

RIOBAMBA- ECUADOR

2012

INDICE

RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS.....	4
A. GENERALES.....	4
B. ESPECIFICOS.....	4
IV. MARCO TEORICO	6
A. DEFINICION DE DESNUTRICION	6
1. Desnutrición hospitalaria	6
2. Pacientes con riesgo nutricional	8
3. Consecuencias de la desnutrición.....	8
B. DIAGNOSTICO DE LA DESNUTRICION	9
1. Cribado o screening nutricional:	11
2. Valoración nutricional	11
3. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).....	12
4. Nutritional Risk Screening (NRS 2002).....	12
5. Mininutritional assessment (MNA)	13
6. Índice de Riesgo Nutricional (IRN).....	13
7. Valoración Subjetiva Global (VSG).....	13

8. Valoración nutricional.	14
9. Historia clínica	14
10. Historia dietética.	14
11. Exploración física.....	15
12. Parámetros antropométricos y medición de la composición corporal.	15
13. Determinaciones analíticas.....	16
C. SITUACION ACTUAL DE LA DESNUTRICION	17
1. La administración.....	18
2. La formación del personal de salud.....	20
3. Personal	20
4. Herramientas	21
V. MATERIALES Y METODOS.....	22
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
A. CARACTERISTICAS GENERALES	30
B. EVALUACION GLOBALSUBJETIVA	36
C. CALIDAD.....	47
D. CRUCE DE VARIABLES.	55
VII. CONCLUSIONES	68
VIII. RECOMENDACIONES.....	72
IX. BIBLIOGRAFIA.....	73
X. ANEXOS.....	75

INDICE DE GRAFICOS

Nº 1. Distribución porcentual de pacientes según sexo.....	30
Nº 2. Histograma de edad de pacientes evaluados.....	31
Nº 3. Distribución porcentual de pacientes según provincia de procedencia	32
Nº 4. Distribución porcentual de pacientes según nivel de escolaridad.....	33
Nº 5. Distribución porcentual de pacientes según Nivel de Inserción Social.....	34
Nº 6. Distribución porcentual de pacientes según Servicio Hospitalario	35
Nº 7. Distribución porcentual de pacientes según evaluación global subjetiva.....	36
Nº 8. Distribución porcentual de pacientes según alteración en la ingesta alimentaria habitual.....	37
Nº 9. Distribución porcentual de pacientes según presencia de síntomas gastrointestinales.....	38
Nº 10. Distribución porcentual de pacientes según Capacidad Funcional.....	39
Nº 11. Distribución porcentual de pacientes según Demanda Metabólica.....	40
Nº 12. Distribución porcentual de pacientes según pérdida de peso en los últimos 6 meses.....	41
Nº 13. Distribución porcentual de pacientes según pérdida de grasa subcutánea en tríceps y tórax.....	42
Nº 14. Distribución porcentual de pacientes según pérdida de masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporal.....	43
Nº 15. Distribución porcentual de pacientes según edema en tobillos.....	44

Nº 16. Distribución porcentual de pacientes según edema en sacro	45
Nº 17. Distribución porcentual de pacientes según presencia de ascitis.....	46
Nº 18. Distribución porcentual de pacientes según evaluación de malas prácticas observadas.....	47
Nº 19. Distribución porcentual de pacientes según registro de peso en la historia clínica.....	48
Nº 20. Distribución porcentual de pacientes según registro de talla en la historia clínica.....	49
Nº 21. Histograma de días de hospitalización de los pacientes evaluados.....	50
Nº 22. Distribución porcentual de ayuno durante el ingreso de los pacientes evaluados.....	51
Nº 23. Distribución porcentual de pacientes según determinación de albumina.....	52
Nº 24. Distribución porcentual de pacientes según recuento de linfocitos	53
Nº 25. Distribución porcentual de pacientes según enfermedad de base.....	54
Nº 26. Evaluación Global Subjetiva y Sexo.....	55
Nº 27. Evaluación Global Subjetiva y Edad	57
Nº 28. Evaluación Global Subjetiva y Nivel de Inserción Social.....	59
Nº 29. Evaluación Global Subjetiva y grupo de Enfermedades de Base.....	61
Nº 30. Evaluación Global Subjetiva y días de hospitalización.....	63

DERECHOS INTELECTUALES

Yo Lorena Patricia Yaulema Brito declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en la presente TESIS y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

060318344-3



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

EL TRIBUNAL DE TESIS CERTIFICA QUE:

El trabajo de investigación titulado “DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA: ELAN-ECUADOR. HOSPITAL DR. RODRIGUEAZ ZAMBRANO PROVINCIA DE MANABI. 2011” de responsabilidad de la Srta. Lorena Patricia Yaulema Brito ha sido prolijamente revisada y se autoriza su presentación.

TRIBUNAL DE TESIS

Dr. Juan Vargas

PRESIDENTE

Dr. Marcelo Nicolalde

DIRECTOR

Dra. Silvia Gallegos

MIEMBRO

Dr. Patricio Ramos

MIEMBRO

Agradecimiento

A Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y estar con las personas que más quiero como es mi familia.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Enseñándome los valores fundamentales que forman parte de un buen ser humano

A mi hijo y mi esposo que han sido mi apoyo durante los buenos y malos momentos.

Dedicatoria

A Dios por regalarme la vida, a mis padres: Luis y María quienes me guiaron con valores que formaron mi vida y que hoy son mi fortaleza.

A mi hijo: Damián que es la razón de mi vida

Lorena

RESUMEN

Desnutrición Intrahospitalaria: ELAN-ECUADOR. Hospital Dr. Rodríguez Zambrano Ciudad de Manta. Provincia de Manabi.2011.

Se determinó la prevalencia de desnutrición intra-hospitalaria y sus determinantes socio demográfico, clínico, quirúrgico y de hospitalización que inciden en los pacientes que acuden a este hospital. Se ejecuto en el mes de Diciembre del 2011. Se utilizaron dos Encuestas de Nutrición Hospitalaria, una recolectando los datos de historia clínica y otra con la Encuesta de Evaluación Global Subjetiva a cada paciente. Se realizó en pacientes mayores de 18 años que no tuvieran una estadía hospitalaria menor de 24 horas. Las pruebas estadísticas de significancia que se utilizaron según la escala de medición de la variable independiente fueron: Chi Cuadrado; T student, Anova.

Según los resultados observados la prevalencia de desnutrición fue de 14 % Moderadamente Desnutridos, 14,7% Gravemente Desnutridos y 71,3% Bien Nutridos. Los días de hospitalización y las enfermedades de base influyeron en el estado nutricional, mientras que el resto de aspectos como sexo, edad, nivel de instrucción social no influyeron en el estado nutricional. La calidad de atención es regular en un 84%.

Se concluye que la desnutrición intrahospitalaria es una enfermedad de muy baja prevalencia en el Hospital Dr. Rodríguez Zambrano de la Ciudad de Manta.

Se recomienda que deban existir profesionales Nutricionistas Dietistas suficientes quienes a más de realizar el trabajo en el área de administración de servicios de alimentación también pueden cubrir el área clínica para que de esta forma se evaluara al paciente al momento de ingreso como al momento del alta.

ABSTRACT

Hospital Malnutrition: ELAN-ECUADOR. Dr. Rodríguez Zambrano Hospital Manta City. Manabí province.2011.

The prevalence and hospital malnutrition determinants related to social and demographic, clinical, surgical and hospitalization that affect patients coming to this hospital was performed. This study was executed in the month of December 2011. It was used two hospital nutrition surveys, one collecting data from medical records and the second one, the Subjective Global Assessment Survey. It was performed in patients older than 18 years with a hospital stay less than 24 hours. The significant statistical tests used according to the independent variable measurement range were: Chi square, T student, Anova. According to the results a prevalence of malnutrition was observed at 14%, moderately malnourished 14.7% severely malnourished and 71.3%well nourished. The days of hospitalization and underlying diseases influenced the nutritional status, while other aspects as sex, age, education level did not influence on the patient's nutritional status. Quality of care was considered as regular by 84%.

It is concluded that hospital malnutrition in the Hospital Dr. Rodriguez Zambrano Manta City shows very low prevalence.

It is recommended that there should be sufficient Dietitians Nutritionists professionals who perform more work in the area of food service management. Also they can cover the clinical area in order to evaluate patients at the time of their entry and hospital discharge.

I. INTRODUCCION

Estudios a nivel internacional demuestran que existe una prevalencia de desnutrición intrahospitalaria de 40%, el estudio realizado en varios países de Latinoamérica ELAN, en que el Ecuador no participo, refiere prevalencia de desnutrición severa que van desde 37% en Chile a 62% en Argentina con un promedio para la región de 50,2 %.

El estudio de la desnutrición hospitalaria en Latinoamérica, ELAN, establece que una falta de conocimiento y alerta y acción respecto a este problema puede tener como causa un déficit en la formación del personal de salud a nivel de pregrado y posgrado, este estudio demostró que el número de pacientes a los que se les talla y se pesa a la admisión es mínima a pesar de existir los recursos para ello, no existe ningún tipo de tratamiento del estado nutricional o de la desnutrición en concreto pese a ser altamente prevalente. La desnutrición no es un problema que se trate durante la estadía de los pacientes en los hospitales.

Investigaciones internacionales demuestran que la aplicación de procedimientos estandarizados, uso de herramientas de cribado de mínima complejidad y la interconsulta y referencia a profesionales Nutricionistas para la atención oportuna y adecuada de los pacientes hospitalizados con problemas nutricionales es mínima o nula en los servicios hospitalarios tanto a nivel mundial como en los países de nuestra región. La desnutrición es una condición debilitante y de alta prevalencia en los servicios hospitalarios, que se asocia con depresión del sistema inmune, mala cicatrización de heridas,

disminución de la masa muscular (sarcopenia), mayor número de complicaciones clínico quirúrgicas con evolución poco favorable, tiempo de hospitalización prolongado y mayores costos de operación.

En la mayor parte de países de Latinoamérica, el Ecuador incluido, no existen guías basadas en evidencias sobre la valoración y tratamiento de la desnutrición en el paciente hospitalizado. La detección oportuna mediante cribado, la clasificación del riesgo nutricional y su posterior atención requieren de la utilización de herramientas y procedimientos validados de muy bajos costos y de alta eficiencia que de implementarse podrían tener un gran impacto en la salud y economía de los servicios de salud.

El estudio de la prevalencia de desnutrición hospitalaria en el hospital General Rodríguez Zambrano y sus determinantes es un paso importante para el conocimiento de la magnitud del problema y la propuesta de implementación de posibles soluciones.

La creación y el desarrollo histórico del Hospital cantonal Dr. Rafael Rodríguez Zambrano fue en el año de 1911 y tuvo su inicio en Tárqui, los Esteros siendo el primer fundador el Dr. Rafael Rodríguez Zambrano con el apoyo del general Eloy Alfaro Delgado, quien tenía conocimiento de la existencia de una partida presupuestaria en el cantón Montecristi, ordenó su transferencia para la construcción del mismo. Actualmente el hospital funciona con 220 camas con moderno edificio en el barrio Santa Martha fundado el 7 de agosto de 1988 con un área de influencia de 155.000 habitantes.

Uno de los factores que influyeron en el estado nutricional es la falta de toma de peso al ingreso y peso actual ya que se tendría una referencia para conocer

si el paciente se mantiene o baja de peso durante la estadía hospitalaria, además de la falta de involucramiento del equipo nutricional del hospital. En lo que se refiere a pruebas de laboratorio recuento de linfocitos si se encontraron datos en su gran mayoría, los datos de albúmina se lo realizan a un pequeño porcentaje de pacientes.

II. OBJETIVOS

A. GENERALES

b) Determinar la prevalencia de desnutrición intrahospitalaria y sus determinantes socio demográficos, de condición clínico quirúrgica, hospitalización y calidad de atención en el Hospital Dr. Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

B. ESPECIFICOS

- Identificar las condiciones socio demográficas de los pacientes hospitalizados que participan en la investigación.
- Determinar el estado nutricional de la población estudio a través de técnicas sencillas como la Valoración Global Subjetiva.
- Determinar la calidad de atención que brinda el hospital.
- Identificar las condiciones clínico quirúrgico de la población en estudio.

III. HIPOTESIS

Los días de Hospitalización producen un alto grado de desnutrición en los pacientes.

IV. MARCO TEORICO

A. DEFINICION DE DESNUTRICION

La desnutrición es el resultado de un requerimiento de proteínas, energía o ambas que no puede ser satisfecho y que progresa hasta la aparición de cambios funcionales y estructurales que están relacionados con la duración y gravedad de la restricción. Esta enfermedad provocada por la depleción de nutrientes es frecuente que se desarrolle o agrave durante la estancia hospitalaria. Sin importar el método utilizado para diagnosticar y estimar la gravedad de la desnutrición hospitalaria, la elevada prevalencia de la misma es determinada en gran medida por las mismas enfermedades que inducen la hospitalización. Esta desnutrición secundaria o asociada a enfermedades, frecuentemente se inicia antes de la hospitalización y suele agravarse durante la misma por su evolución, sus tratamientos u otras causas concurrentes⁽²⁾

1. Desnutrición hospitalaria

Fue a comienzos de 1974 cuando Charles Butterworth 1 publicó un artículo que llevaba un título más que sugerente, "El esqueleto en el armario del hospital", y a partir del cual el problema de la desnutrición que se produce dentro mismo de las instituciones hospitalarias, también conocida como desnutrición iatrogénica, saltó a la consideración de la población médica mundial.

La estrecha relación entre la internación del paciente en el ámbito hospitalario y su consiguiente pérdida de peso ya había sido consignada en la literatura Médica casi cuarenta años antes. En 1936 el Dr H Studley había observado que el 67% de sus pacientes hospitalizados en espera de una cirugía

programada de úlcera péptica había perdido entre el 16 y el 43% de su peso, con un significativo aumento de la tasa de mortalidad. ⁽³⁾

En los países desarrollados la desnutrición hospitalaria es un hecho que pasa frecuentemente inadvertido, siendo considerado como un problema menor si se compara con la sobrealimentación. Sin embargo, la malnutrición influye considerablemente en el desarrollo de la enfermedad y por tanto en la evolución del paciente, provocando además consecuencias sociales y económicas. ⁽⁶⁾

Un paciente hospitalizado es un paciente de riesgo desde el punto de vista nutricional; la propia dinámica hospitalaria así lo determina: ayunos prolongados, supresión de alimento por pruebas diagnósticas, sueroterapia durante largos periodos de tiempo.

Los pacientes malnutridos son sujetos susceptibles de prolongar su estancia hospitalaria, frente a los normal nutridos, por su menor resistencia frente a infecciones, al asociarse la hipoproteinemia al incremento de la incidencia de infecciones postoperatorias, y por el retraso en la cicatrización de las heridas, signos todos ellos agravados en el anciano, que puede desarrollar el denominado “síndrome de encamamiento”. Todo ello origina un aumento de la morbi-mortalidad y de los costes sanitarios y sociales.

Resulta paradójico que en una sociedad en constante desarrollo y expansión científica, como es la del siglo XXI, las tasas de malnutrición sigan siendo tan

elevadas, pudiendo evitarse con algo tan sencillo como un diagnóstico precoz y un adecuado soporte nutricional⁽⁶⁾

2. Pacientes con riesgo nutricional

En la práctica diaria se pueden identificar pacientes con un riesgo de desnutrición aumentado. Estos son: ⁽³⁾

- Neoplasias del tubo digestivo
- Fístulas entero cutáneas
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hepatopatías
- Síndrome de intestino corto
- Enteritis post-radiación
- Pancreatitis
- Diabetes mellitus
- Edad avanzada
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Sepsis
- Cirugía mayor
- Politraumatismos
- Cáncer
- Quemados
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia renal

3. Consecuencias de la desnutrición

La desnutrición ejerce un impacto negativo claro y consistente, causando una serie de alteraciones 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 asocian con desnutrición calórico-proteica.

La mayor incidencia de complicaciones habitualmente se acompaña de un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria y en los tiempos de curación y/o completa rehabilitación del paciente. Además, los pacientes ingresados por causas médicas o quirúrgicas están sujetos a estrés, infecciones o disfunciones orgánicas que provocan un estado hipercatabólico.

A menudo estos pacientes son incapaces de alcanzar sus necesidades calóricas dado que son incapaces de re ingerir alimentos y/o metabolizarlos. Todo lo anterior es la causa de un aumento de los costos de la hospitalización y un deterioro en la calidad de vida de los pacientes. ⁽³⁾

B. DIAGNOSTICO DE LA DESNUTRICION

Es importante diagnosticar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado. En adultos mayores la tasa de desnutrición es mayor al 60%, al momento de la hospitalización. Los pacientes subsisten varios días con ingestas energéticas muy bajas, y aunque se diagnostiquen alteraciones nutricionales, rara vez se les ofrece soporte nutricional enterar o parenteral. ⁽⁵⁾

La identificación de los pacientes malnutridos o en riesgo, es el primer paso en el tratamiento de la desnutrición y debería realizarse siempre en el momento del ingreso y periódicamente durante la hospitalización.

Los objetivos de la evaluación nutricional, amén de clasificar el estado de nutrición, deben ser los siguientes.

- Identificar a los pacientes que están desnutridos o en riesgo de desnutrirse durante el ingreso.
- Valorar el riesgo de complicaciones relacionadas con la desnutrición.
- Identificar a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento nutricional.

El método ideal debería cumplir los siguientes requisitos: alta sensibilidad y especificidad, no ser fácilmente modificable por factores no nutricionales, responder de forma rápida al adecuado tratamiento nutricional y ser capaz de predecir cuando un individuo presentaría mayor morbimortalidad si no se aplicara soporte nutricional.

Desgraciadamente, la desnutrición y la enfermedad coexisten habitualmente y forman un círculo vicioso. En efecto, una enfermedad puede causar desnutrición y, a la inversa, el déficit nutricional puede ser responsable de un aumento de la severidad de la enfermedad subyacente, por lo que se postula que muchos métodos utilizados en la valoración nutricional valoran más la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias metabólicas que el propio estado de nutrición¹⁵. Por tanto diagnosticar y clasificar el estado de nutrición de un paciente concreto es complicado, ya que no existe ningún método de

valoración nutricional que tenga una sensibilidad y especificidad suficientes para que pueda considerarse como el “gold estándar”, lo que constituye un factor limitante para el correcto abordaje de la desnutrición hospitalaria. Por ello, es aconsejable utilizar más de un marcador nutricional y elegirlos en función de la situación del paciente en particular¹⁶. En el diagnóstico de la malnutrición es importante distinguir entre cribado nutricional y valoración nutricional dado que tienen una utilidad diferente, aunque ambos van destinados a identificar a los pacientes malnutridos. ⁽⁴⁾

1. Cribado o screening nutricional:

En nutrición, trata de identificar a los pacientes que presentan características asociadas a complicaciones relacionadas con la nutrición: pérdida o ganancia de peso, disminución del apetito, abuso del alcohol, enfermedades crónicas, tratamientos agresivos, etc. nos permitirá identificar a los pacientes malnutridos o en riesgo de estarlo, a los que deberá realizarse una valoración más completa que permita establecer mejor el riesgo del paciente y la necesidad de algún tipo de tratamiento nutricional. Es un proceso rápido y simple que puede ser realizado por cualquier miembro del equipo asistencial. Se debe realizar un screening nutricional a todo paciente en el momento del ingreso y periódicamente durante la hospitalización. ⁽⁴⁾

2. Valoración nutricional

Es una evaluación mucho más completa que permite confirmar si existe o no malnutrición y, en caso positivo, clasificarla y cuantificarla. Incluye una historia

clínica completa, historia dietética, uso de medicación, 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 objeto de elaborar un juicio diagnóstico nutricional. Identifica a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento nutricional y debe ser realizada por personal con un eficaz entrenamiento en esta área. Debe ir seguida de un plan de tratamiento y monitorización del mismo (peso, ingesta dietética, estado funcional y posibles efectos secundarios).

3. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Método de cribado desarrollado por el Malnutrition Advisory Group de la Sociedad Británica de Nutrición Enteral y Parenteral (BAPEN) y recomendado por la Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) y la Consejería de Salud de Andalucía (Proceso de Nutrición Clínica y Dietética). Puede ser aplicado a todos los pacientes adultos en cualquier nivel de asistencia y tiene una excelente fiabilidad. Ha sido validado frente a otras herramientas de cribado en hospitales y ha mostrado ser capaz de predecir la estancia hospitalaria y la mortalidad en pacientes ancianos, así como el destino tras el alta en pacientes traumatológicos. Incluye estrategias que permiten la elaboración de un plan de actuación nutricional según los resultados obtenidos.

4. Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

Método de cribado recomendado por la ESPEN para detectar la presencia de malnutrición o riesgo de desarrollarla en pacientes hospitalizados.

Incluye los mismos componentes del sistema MUST más una puntuación por la severidad de la enfermedad para reflejar el incremento en los requerimientos nutricionales debidos a ésta.

Consta de un cribado inicial con 4 preguntas rápidas para aquellas plantas de hospitalización con pocos pacientes de riesgo y un cribado final más completo.

5. Mininutritional assessment (MNA)

Es un método de cribado diseñado por el Centro de Medicina Interna y Clínica Gerontológica de Toulouse, el programa de Nutrición Clínica de la Universidad Nuevo México y el Centro de Investigación Nestlé en Lausanne, para detectar la presencia de malnutrición o riesgo de desarrollarla en pacientes ancianos en cuidados domiciliarios, residencias asistidas y en hospitales.

6. Índice de Riesgo Nutricional (IRN)

Fue desarrollado por el Veterans Affaire TPN Cooperative Study Group para valorar los pacientes desnutridos, previamente a laparotomía toracotomía (no cardiaca), que se beneficiarían de una nutrición peri operatoria. Algunos autores consideran este índice un índice de riesgo global más que un índice de estado de nutrición. El IRN también está validado para el paciente anciano.

7. Valoración Subjetiva Global (VSG)

Es el método de cribado recomendado por la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN) en sus últimas guías clínicas publicadas en el

año 200215 y clasifica a los pacientes de forma subjetiva en base a datos obtenidos de la historia clínica y la exploración física. Difiere de otros métodos de cribado en que incluye una valoración funcional. Al ser una valoración subjetiva requiere ser realizado por personal experimentado, pero es fácil de aprender y requiere poco tiempo.

Esta herramienta ha sido validada en numerosos aspectos (correlación inter-observador, validez interna) y se ha usado en múltiples estudios multicéntricos para estudios de prevalencia de malnutrición hospitalaria.

8. Valoración nutricional.

”Determina la importancia, tamaño o valor”

Es una evaluación mucho más completa que permite confirmar o no si existe malnutrición.

9. Historia clínica

La historia clínica es la mejor herramienta de la que disponemos para recoger todos los datos relacionados con la patología del paciente y hacer una valoración adecuada. Detallaremos a continuación los aspectos más interesantes para la valoración nutricional.

10. Historia dietética.

Recoge todos aquellos datos relacionados con los hábitos alimentarios del paciente, con el fin de identificar problemas que pueden tener un efecto adverso sobre su nutrición.

Es importante conocer el número de comidas diarias, consumo de alimentos por grupos alimentarios, cantidades ingeridas de líquidos, dietas restrictivas, historia de pérdida de peso, presencia de síntomas digestivos, así como su ingesta dietética durante el ingreso hospitalario.

11. Exploración física.

Se trata de un reconocimiento del paciente para detectar signos y síntomas de deterioro nutricional, aunque algunos de ellos solo se den en situaciones de extrema desnutrición. El examen físico engloba la exploración de la masa muscular (deltoides, cuádriceps, etc.), del compartimiento graso (panículo adiposo), la existencia de edemas, signos de enfermedades óseas, alteraciones en mucosas, piel y faneras, etc.

12. Parámetros antropométricos y medición de la composición corporal.

La antropometría nos permite medir el tamaño y proporción del cuerpo. Como principales parámetros antropométricos incluimos el peso, la talla, los pliegues cutáneos para medir la masa grasa subcutánea y el perímetro del brazo para estimar la masa muscular.

Los pliegues cutáneos identificados como más indicativos de la adiposidad del cuerpo son: tríceps, bíceps, subscapular, supra iliaco y parte superior del

muslo. (IMC) Define el nivel de adiposidad de acuerdo con la relación de peso a estatura, eliminando así la dependencia de la constitución corporal. La CB puede ser también usada para estimar el cambio en el peso en un período de tiempo dado y puede ser útil en pacientes crónicos que no se pueden pesar (pacientes ancianos o neurológicos encamados). ⁽⁴⁾

13. Determinaciones analíticas.

- Hemograma y coagulación.
- Electrolitos séricos, calcio, fósforo, magnesio.
- Hierro sérico y ferritina.
- Creatinina y urea (balance nitrogenado): Valora el recambio proteico y permite valorar la eficacia de la terapia nutritiva; si es negativo, indica catabolismo y si es positivo, anabolismo. ⁽¹⁾

14. Clasificación del estado nutricional

Desde el punto de vista cualitativo:

- Normal: Sin alteración de ningún compartimento corporal (graso o proteico) y con los valores de los distintos parámetros antropométricos por encima del 90%.
- Malnutrición calórico-proteica (MCP-Marasmo): Afectación del compartimento graso (pliegues cutáneos y peso corporal) y/o proteico-muscular.
- Desnutrición proteica (Kwashiorkor): Afectación únicamente del compartimento proteico visceral (albúmina, prealbúmina y transferrina fundamentalmente)
- Desnutrición mixta: Características de marasmo y kwashiorkor simultáneamente.

Desde el punto de vista cuantitativo:

- Normal: Peso/peso ideal (P/PI) > 90% del normal o albúmina sérica > 3.5 g/dl
- Desnutrición leve: P/PI = 80-90% del normal o albúmina sérica 3-3.5 g/dl
- Desnutrición moderada: P/PI = 60-79% del normal o albúmina sérica 2.5-2.9 g/dl
- Desnutrición grave: P/PI < 60% del normal o albúmina sérica <2.5 g/dl. ⁽¹⁾

C. SITUACION ACTUAL DE LA DESNUTRICION

La desnutrición es la causa de muerte más frecuente en el mundo. En el caso de los países desarrollados el problema de la desnutrición afecta de forma muy especial a un colectivo concreto como es el de los sujetos hospitalizados, que ha tomado entidad propia bajo la denominación de desnutrición hospitalaria. ⁽⁷⁾

Más de una cuarta parte de los pacientes ya ingresan desnutridos, generalmente por procesos crónicos (enfermedades digestivas, hepatopatías crónicas, nefropatías, oncológicas, SIDA...) cuya patología de base les genera un estado de anorexia o dificultades para alimentarse junto con un aumento de los requerimientos energéticos. Esto les lleva a la desnutrición progresiva convirtiéndolos, por tanto, en pacientes de alto riesgo nutricional ya desde el momento del ingreso en el hospital, con el consiguiente aumento de la incidencia de infecciones, dehiscencias y pérdida en la eficacia de procedimientos terapéuticos para los que ingresan, como cirugía, radio o quimioterapia. ⁽⁷⁾

Otro elemento causal de la desnutrición que estudiamos es la generada en el hospital (aparte de las deficiencias existentes por lo general en dietética y Hostelería hospitalarias, problema no resuelto en nuestro medio, pero en el que no nos vamos a extender ahora pese a su trascendencia), son precisamente estos procedimientos terapéuticos a los que se somete a los pacientes, como parte de la rutina de la hospitalización.

Muchos de ellos, con independencia de la situación que presentara el paciente a su ingreso, son causa más que suficiente para producir desnutriciones severas, al dificultar o impedir la alimentación, al tiempo que provocan un aumento neto del consumo o pérdidas.

El hecho de que este tipo de procedimientos terapéuticos agresivos se prodiguen cada vez más, en número y en su aplicación a situaciones o edades en las que hace unos años era impensable, pudiera justificar en parte el mantenimiento de las escandalosas tasas de prevalencia de desnutrición en los hospitales modernos, equiparables a las detectadas hace más de 50 años, pese al desarrollo y difusión de técnicas que permiten su detección y procedimientos de soporte nutricional con los que se podrían evitar y subsanar.

(7)

1. La administración

No se tiene en cuenta institucionalmente las necesidades nutricionales de los pacientes. Oficialmente se ignora la dependencia del ser humano , en cuanto que unidad biológica viva, de un aporte que cubra sus gastos, gastos que

aumentan tanto en la enfermedad como a consecuencia de muchas acciones terapéuticas, situaciones ambas que tienden precisamente, a limitar, los ingresos y que confluyen en el paciente ingresado.

La alimentación en nuestros hospitales no está adecuadamente regulada ni controlada, dependiendo todavía del criterio de los directores generales o de gestión para su programación y control, dado que no disponen oficialmente en sus plantillas de personas expertas en su diseño, calibración y control.

Nos resulta grato contemplar como nuestros grandes complejos hospitalarios son dotados con sofisticadísimos y carísimos medios de diagnóstico o novísimos procedimientos terapéuticos que aparte de los medios materiales, requieren buen número de personal especializado para la atención de un número limitado de pacientes. Lo curioso es que no se contemple sistemáticamente la necesidad vital, básica, esencial, de estos pacientes de elite en su patología específica, ni del resto de los ingresados en los hospitales modernos: su adecuada nutrición. De aquí surge la pregunta de que les valen a estos enfermos todos los cuidados del mundo si, si al final se mueren de hambre.

Afortunadamente, son ya muchos los hospitales que disponen de echo en expertos de nutrición, llegando a construir unidades de nutrición clínica y dietética en complicidad con los gerentes aún cometiendo irregularidades administrativas para conseguirlo, ya que actúan fuera de la normativa vigente al no estar contemplada su existencia.

2. La formación del personal de salud.

Pero, incluso en las circunstancias más favorables quedan sin la deseable asistencia nutricional más del 90% de los pacientes que la necesitarían, por que los responsables del paciente no emiten la correspondiente consulta. Generalmente se debe a que los médicos y enfermeras no den importancia o desconozcan la trascendencia de que un paciente a su cargo permanezca días y días sin alimentarse adecuadamente. No son conscientes de que, transcurrido el tiempo, esa desnutrición creciente del paciente va alimentar la capacidad de respuesta de su debilitado organismo, mermando así el beneficio de los procedimientos terapéuticos quizá previstos desde el principio (cirugía, radio y quimioterapia actúan con más eficacia sobre el paciente mejor nutrido).

Por el contrario, se da la paradoja de que junto a este inmovilismo en el campo de la alimentación y dietética, hemos progresado notablemente en el diseño de técnicas de nutrición artificial, de productos, conteniendo los nutrientes adecuados para multitud de situaciones patológicas, sea a nivel digestivo, metabólico o dificultades derivadas de la afectación de distintos órganos-sistemas y que podemos administrarlos por procedimientos impensables hace 20 años.

3. Personal

Falta personal especializado en el diagnóstico y tratamiento de la desnutrición.
Falta de conocimiento y sensibilidad del personal sanitario respecto a la

desnutrición. Estos son hechos estudiados y divulgados desde hacía casi treinta años, pero que parecen no hacer mella en el estamento médico.

La generalidad de los médicos no son sensibles, receptivos o conocedores de la problemática de la desnutrición en el tema que manejan a diario: pacientes que, como causa o consecuencia de su enfermedad o de los procedimientos terapéuticos, que reciben, están desnutridos. Estos médicos tampoco son conscientes de que “sus” pacientes, a los pacientes de sus responsabilidades les va la salud y la vida en ello.

4. Herramientas

a. **Existen herramientas de diagnóstico**, pero no se pueden aplicar más que a determinados pacientes, seleccionados por su evidente situación de desnutrición o el alto riesgo que implica su patología o los procedimientos terapéuticos previstos para él, cuando con que la sensibilidad y preocupación de sus médicos por la materia les mueva a iniciar el estudio diagnóstico mediante la correspondiente parte de interconsulta al experto en nutrición.

b. **Existen herramientas de filtro**, pero su utilización es aplicable a la realización de estudios clínicos. En la práctica asistencial resulta prohibitiva ante la falta de personal, medios y tiempo que requiere la práctica de una anamnesis, una encuesta o exploración antropométrica. No conocemos de ningún hospital que haya podido organizar a nivel asistencial un sistema de filtro para la detección precoz de la desnutrición a la totalidad de los pacientes que ingresan en sus camas, cuanto menos para vigilar la evolución durante el ingreso. ⁽⁴⁾

V. MATERIALES Y METODOS

A. Tipo y diseño de estudio

Estudio no experimental tipo transversal

B. Universo y muestra

1. Población fuente: Pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano, de la ciudad de Manta.

2. Población elegible:

a. Inclusión:

- Pacientes hospitalizados en hospitales que tengan por lo menos 100 camas.
- Pacientes hospitalizados que dan su consentimiento informado para participar en la investigación y autorización de la administración del hospital.
- Pacientes con edades mayores a 18 años y que tengan una estadía hospitalaria mayor a 24 horas con historia clínica abierta y diagnóstico definido.

b. Exclusión:

Pacientes de los servicios de terapia intensiva, gineco-obstetricia, cuidados intensivos y pacientes cuyo estado no permitía la realización de la encuesta y toma de medidas antropométricas.

3. Población participante:

150 pacientes hospitalizados que dan su consentimiento informado para participar en la investigación y autorización de la administración del hospital.

Pacientes mayores de 18 años, que tengan una estancia hospitalaria mayor a 24 horas con Historia Clínica abierta y que tengan una estadía hospitalaria menor a 6 meses.

Sistema de muestreo y asignación: Muestreo aleatorio sistemático teniendo como base el número de camas de los hospitales del MSP con más de 100 camas, el hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano cuenta con 220 camas aproximadamente. Número de asignación: 1, es decir se investigó un paciente pasando una cama ocupada y factible de hacerlo en los hospitales de más de 100 camas.

4. Variables (mediciones)

a. VARIABLES. CO-VARIANTES SECUNDARIAS

- Variables sociodemográficas
- Variables de calidad nutricional
- Variables características clínicas

b. VARIABLE. CO-VARIANTE PRINCIPAL

- Desnutrición Intrahospitalaria

5. Operacionalización de variables

VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
SOCIO DEMOGRAFICAS		
Edad	Continua	Años
Sexo	Nominal	Femenino Masculino
Procedencia según área	Nominal	Urbana Rural Otra Provincia
Nivel de Inserción Social	Nominal	Estrato medio alto Estrato medio Estrato popular alto Estrato popular bajo
Nivel de Instrucción	Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Técnico Medio Universitaria/o Analfabeto/a
Estado Nutricional	Nominal	Bien Nutrido Moderadamente Desnutrido o Sospecha de Desnutrición Gravemente Desnutrido
Peso Habitual	Continua	Kg

Pérdida de peso	Continua	%
Pérdida en las últimas 2 semanas	Nominal	Continua perdiendo Estable Aumento Desconoce
Pérdida de peso en los últimos 6 meses	Nominal	Si No Desconoce
Ingesta Alimentaria respecto a la habitual	Nominal	Sin alteraciones Hubo alteraciones
Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días	Nominal	Si No
Capacidad Funcional	Nominal	Conservada Disminuida
Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales	Ordinal	Ausente Estrés Bajo Estrés Moderado Estrés Elevado
Pérdida de Grasa subcutánea en Triceps y Tórax	Ordinal	Sin Pérdida Pérdida Leve Pérdida Moderada Pérdida Importante

Pérdida de Masa Muscular en Cuadriceps, Deltoides Temporales	Ordinal	Sin Pérdida Pérdida Leve Pérdida Moderada Pérdida Importante
Edemas en los Tobillo	Nominal	Ausente Leve Moderada Importante
Edema en el sacro	Nominal	Ausente Leve Moderada Importante
Ascitis	Nominal	Ausente Leve Moderada Importante
CALIDAD DE ATENCION		
Calidad de atención nutricional del paciente	Ordinal	Bien Aceptable Regular Mal
Referencia del Estado Nutricional	Nominal	Si No
Determinaciones de Albumina	Continua	g/L

Recuento de Linfocitos	Continua	cél/mm ³
CLINICO QUIRUGICAS		
Clasificación patología de ingreso	Ordinal	Primer diagnóstico Segundo diagnóstico Tercer diagnóstico
Días de Hospitalización	Continua	Días
Presencia de cáncer	Nominal	SI NO Se sospecha
Presencia de infección/sepsis	Nominal	SI NO No se menciona
Días de Ayuno	Nominal	Días

6. Descripción de procedimientos

a. Acercamiento

Para obtener la información se procedió de la siguiente manera:

- Se envió el oficio dirigido al Director del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano, para que autorice realizar la investigación.

- Obtenida la autorización del director se procedió a recolectar la información en dicha casa de salud, que se encuentran adjunto en los anexos.

b. Recolección de la información

En la recolección de la información se aplicaron dos formularios (Evaluación Subjetiva Global y Encuesta de Nutrición Hospitalaria), que se encuentran descritos en el anexo 1 y anexo 2.

c. Procesamiento de la información

El análisis se realizó en dos etapas en la primera se establecieron resultados globales con el aporte individual de la investigación asignada a cada maestrante según hospitales y número de camas a estudiar.

En la segunda fase y con el modelo de prevalencia de determinantes, pero específico de cada variable y tipología de hospital participante cada maestrante realizó un análisis similar e informe de problemática y características de la población hospitalaria que le correspondiesen.

d. Análisis Estadístico

Base de datos en Excel

Software estadístico JMP 5.1.

Análisis univariable

Asociación de las principales variables con la variable resultado.

Las pruebas estadísticas aplicadas fueron probabilidades (Tablas de contingencia), medidas de tendencia central y medidas de dispersión (Prueba de tukey caja- bi

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en la Provincia Manabí.

Se tomaron los datos en los meses de Diciembre 2011, Enero y Febrero del 2012.

El **Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano** es una casa de salud de atención secundaria.

Esta Institución tiene categoría de Docente.

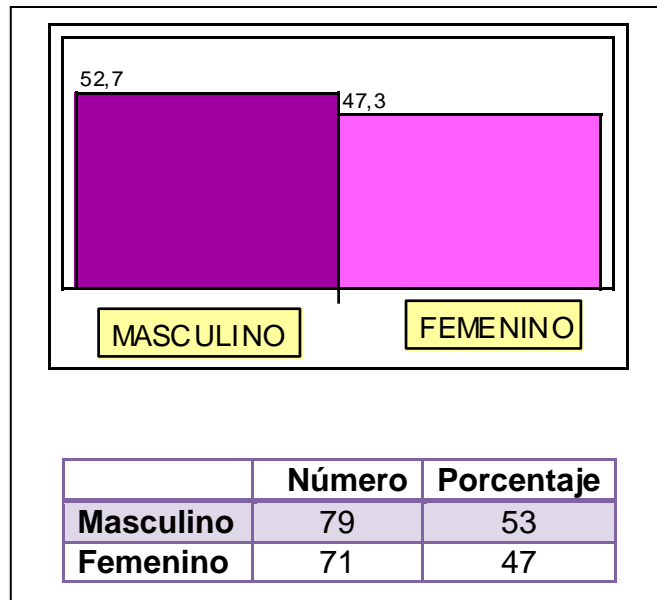
En esta Hospital no funciona un grupo o entidad que brinde soporte o asesoría del Estado Nutricional de los pacientes, existiendo una nutricionista que en ciertas situaciones especiales brinda asesoría nutricional al paciente.

La enfermedad de base de los pacientes se encuentra dentro de la clasificación otras enfermedades, dentro de estas se encuentran diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias, cerebro basculares etc.

En esta casa de salud se atienden pacientes residentes principalmente de Manta provincia de Manabí.

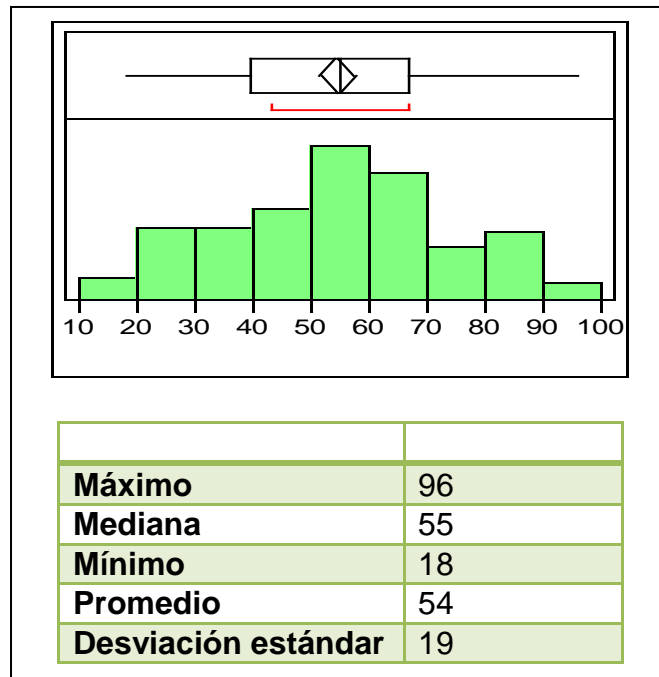
A. CARACTERISTICAS GENERALES

Gráfico 1. Distribución porcentual de pacientes según sexo.



Al analizar la distribución de la muestra según sexo se encontró 79 pacientes de sexo masculino y 71 pacientes de sexo femenino lo que corresponde a un 53 y 47 % respectivamente

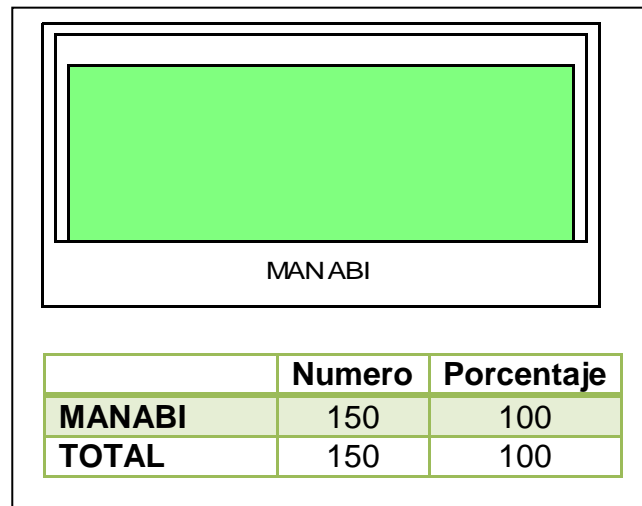
Gráfico 2. Histograma de edad de pacientes evaluados.



Al analizar la edad de los pacientes se encontró que la edad oscilaba 18 a 96 años con un promedio de (54) una mediana de (55) y una desviación estándar de (19).

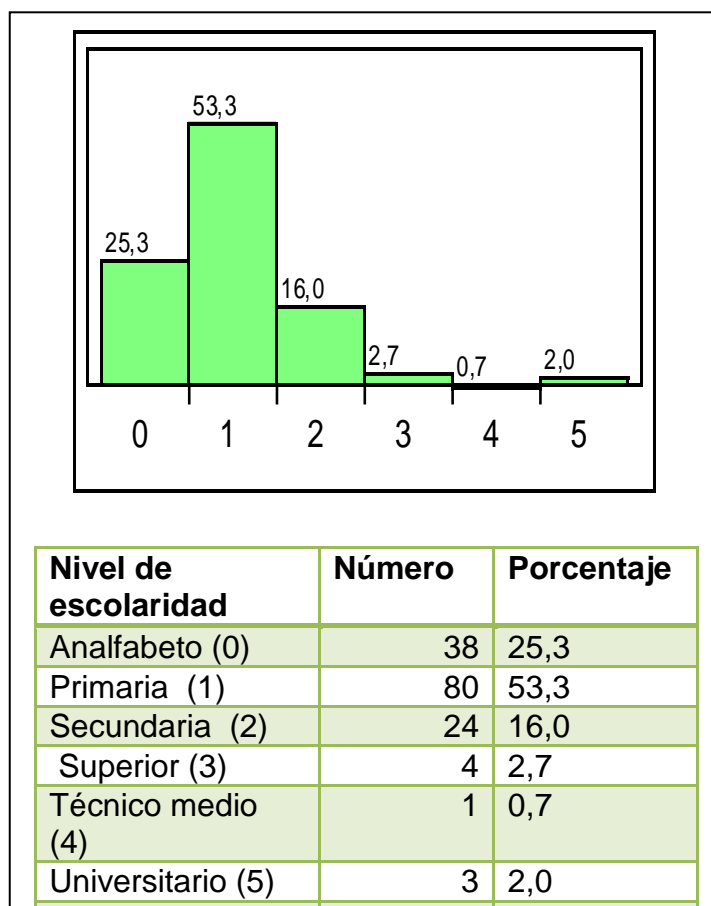
La edad se distribuye de forma simétrica ya que el promedio es igual que la mediana

Grafico 3. Distribución porcentual de pacientes según provincia de procedencia.



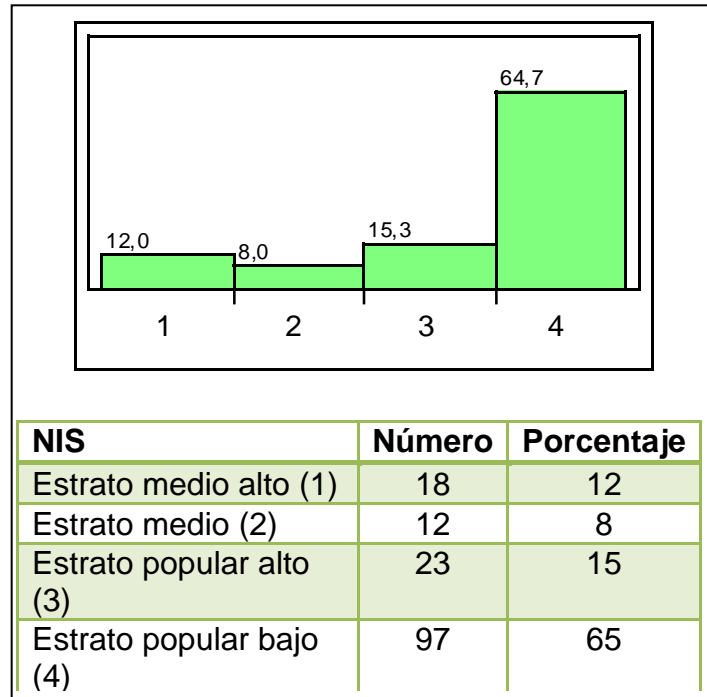
Según los datos obtenidos de provincia de procedencia del paciente se encontró que el 100 % pertenecen a la provincia de Manabí.

Grafico 4. Distribución porcentual de pacientes según nivel de escolaridad



Según los datos obtenidos en el nivel de escolaridad se encontró que la gran mayoría 80 de los pacientes estudiados tienen la primaria lo que corresponde a un 53,3 %, un 25,3 % de los pacientes son analfabetos y en menor porcentaje 2 % terminado la universidad.

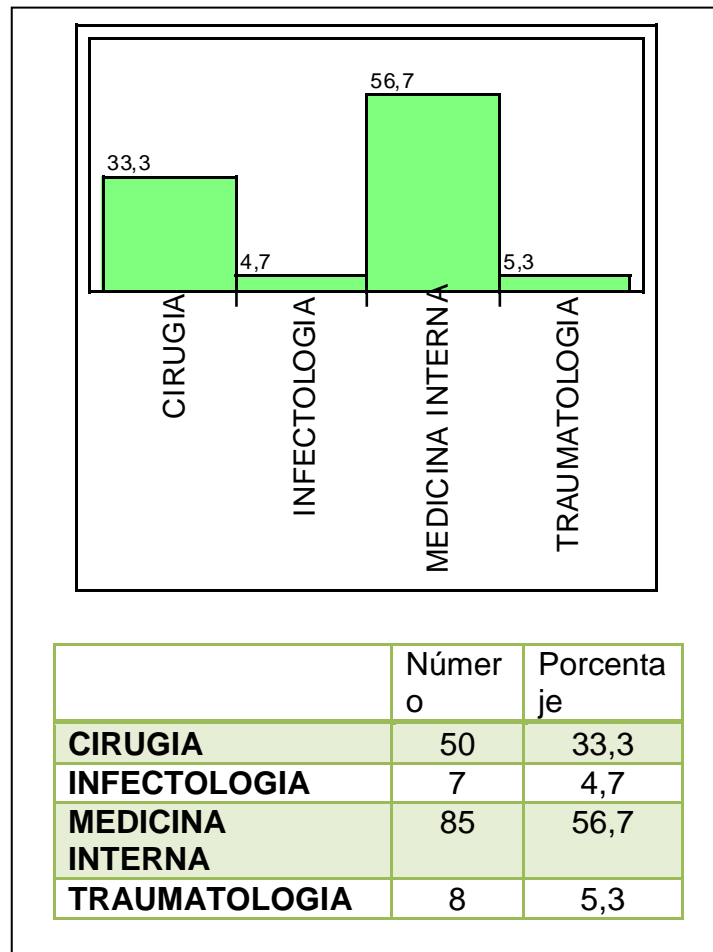
Grafico 5. Distribución porcentual de pacientes según Nivel de Inserción Social



Según encuesta de nivel de inserción social (Anexo 3)

Según los datos obtenidos del nivel de Inserción Social se encontró que la gran mayoría de pacientes 97 se encuentran dentro de la clasificación de estrato popular bajo que serian el 65 %, y en menor porcentaje 8% estrato medio.

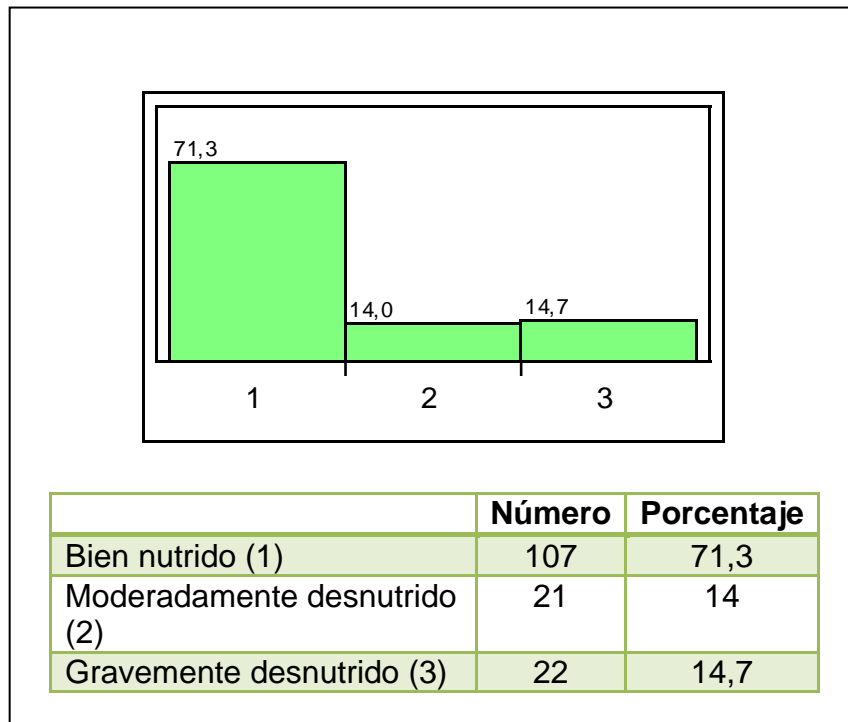
Grafico 6. Distribución porcentual de pacientes según Servicio Hospitalario



Según los datos obtenidos de especialidad médica se encontró que la gran mayoría de pacientes 85% se encontraron en la sala de Medicina Interna.

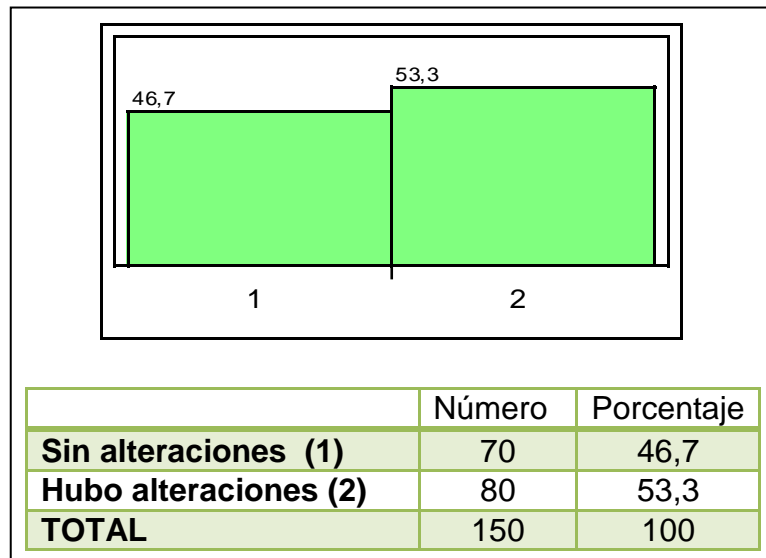
B. EVALUACION GLOBALSUBJETIVA

Grafico 7. Distribución porcentual de pacientes según evaluación global subjetiva



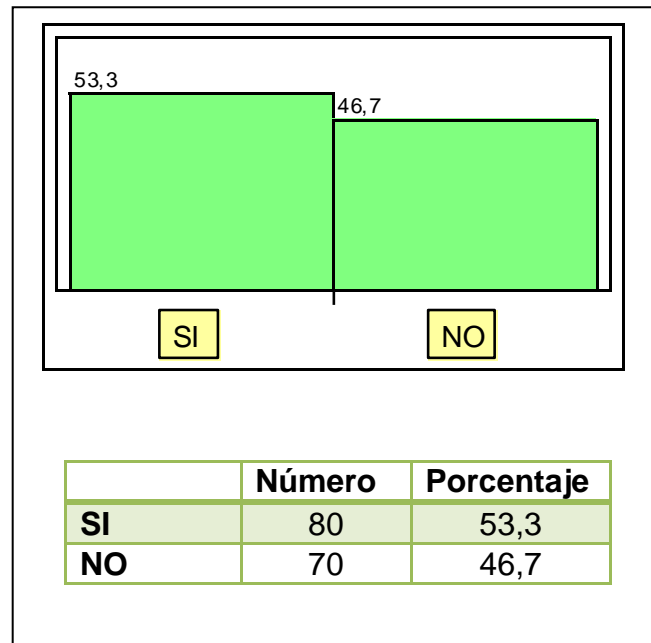
Al analizar la distribución de la muestra según Evaluación Subjetiva Global se encontró que 107 pacientes se encuentran dentro de la clasificación bien nutrido lo que corresponde a un (71%), en número similar de pacientes se encontró moderadamente desnutrido (21) y gravemente desnutrido (22) lo que corresponde a un (14 % y 14,7%) respectivamente.

Grafico 8. Distribución porcentual de pacientes según alteración en la ingesta alimentaria habitual.



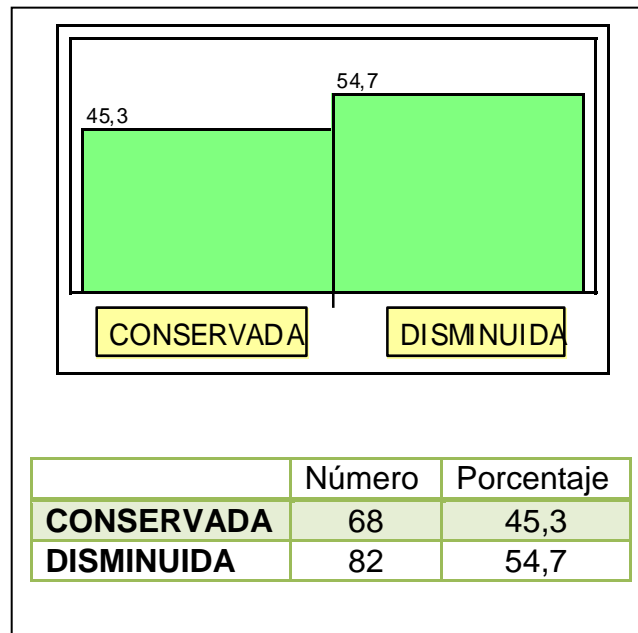
Al analizar ingesta alimentaria respecto a la habitual se encontró que el 53.3% de pacientes si tuvieron alteraciones en su ingesta.

Grafico 9. Distribución porcentual de pacientes según presencia de síntomas gastrointestinales



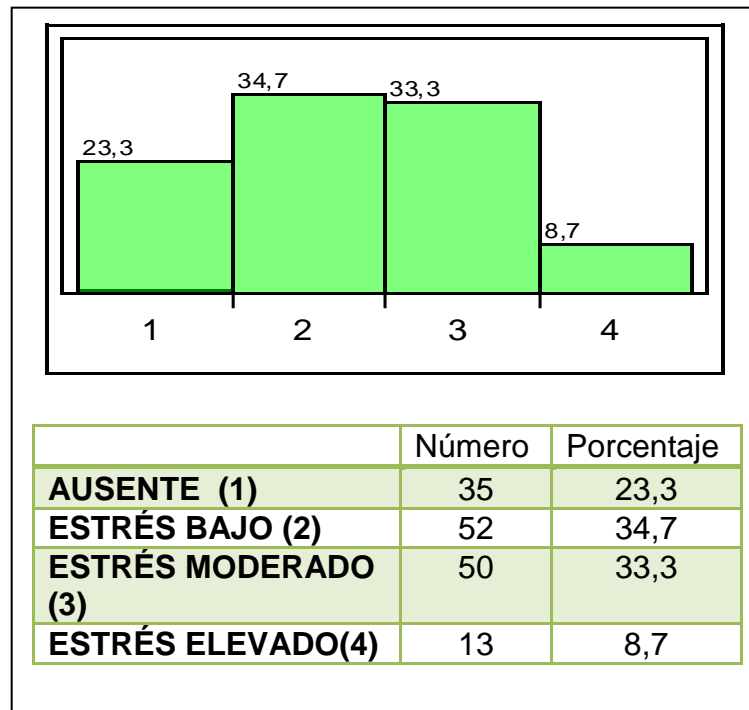
Al analizar síntomas gastrointestinales se encontró que el 53,3 % del grupo en estudios si tuvo síntomas gastrointestinales

Gráfico 10. Distribución porcentual de pacientes según Capacidad Funcional



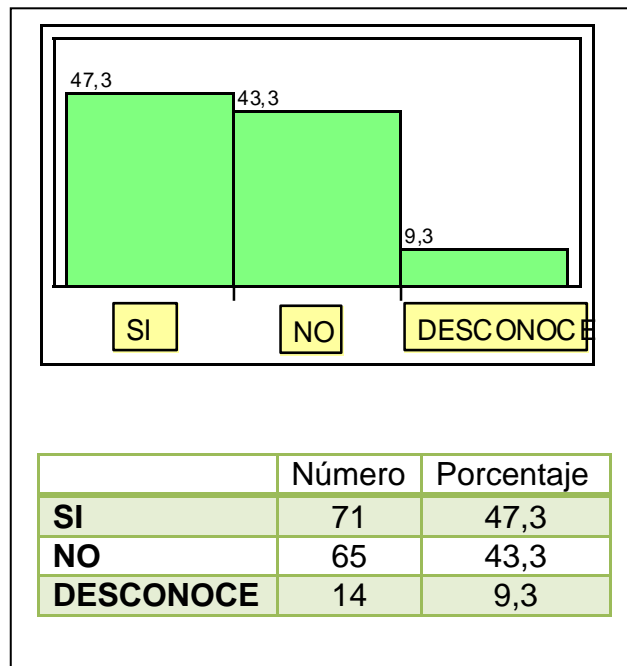
Al analizar la distribución de la muestra según capacidad funcional se observó que el 54,7 % de los pacientes estuvieron disminuida su capacidad funcional.

Grafico 11. Distribución porcentual de pacientes según Demanda Metabólica



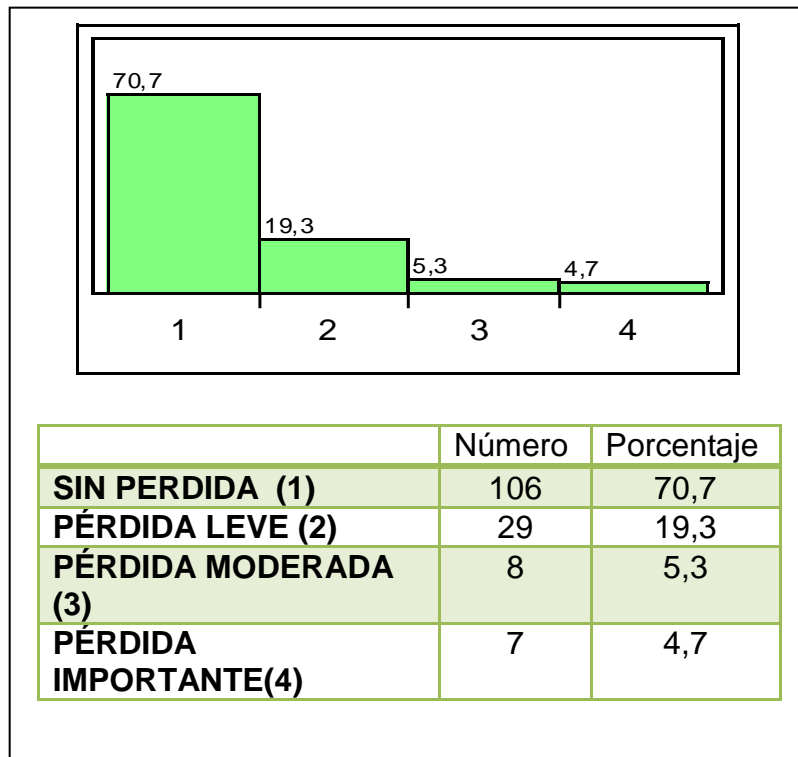
Al analizar la distribución de la muestra según demandas metabólicas en el grupo de estudio se observó que 52 pacientes se encuentran dentro de la clasificación de estrés bajo y 50 pacientes estrés moderado lo que corresponde a un (35 y 33%) respectivamente.

Grafico12. Distribución porcentual de pacientes según pérdida de peso en los últimos 6 meses



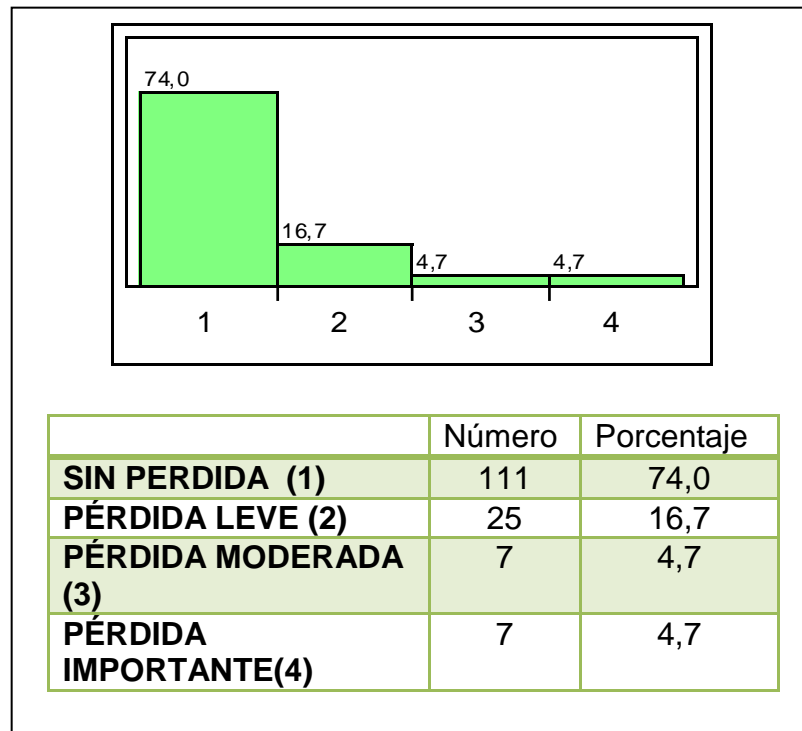
Según los datos obtenidos de pérdida de peso en los últimos 6 meses se encontró que un porcentaje similar entre los pacientes que perdieron peso (47,3) y (43,3) que no perdieron peso.

Grafico 13. Distribución porcentual de pacientes según pérdida de grasa subcutánea en tríceps y tórax



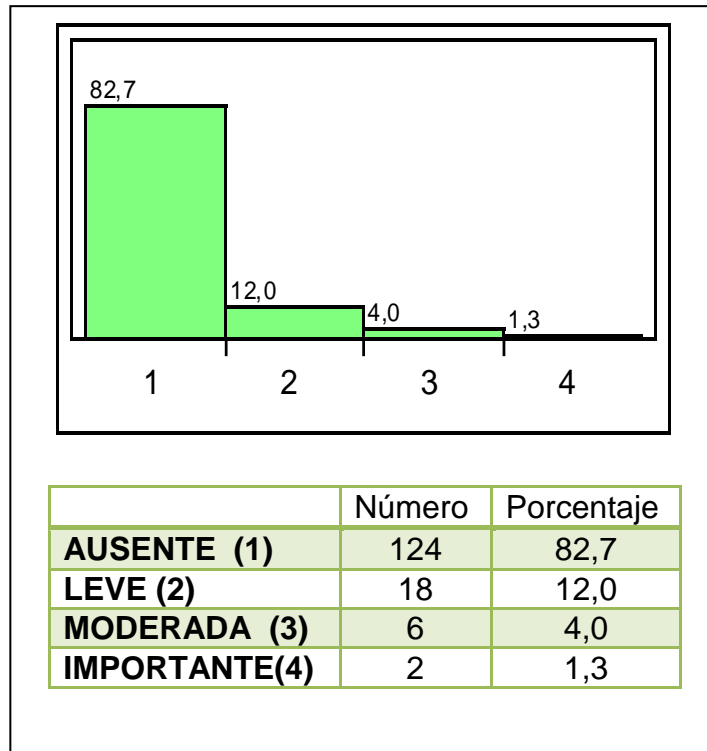
Al analizar la distribución de la muestra según pérdida de grasa subcutánea se encontró 106 pacientes no perdieron grasa subcutánea lo que corresponde a un 70,7%

Grafico 14. Distribución porcentual de pacientes según pérdida de masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales.



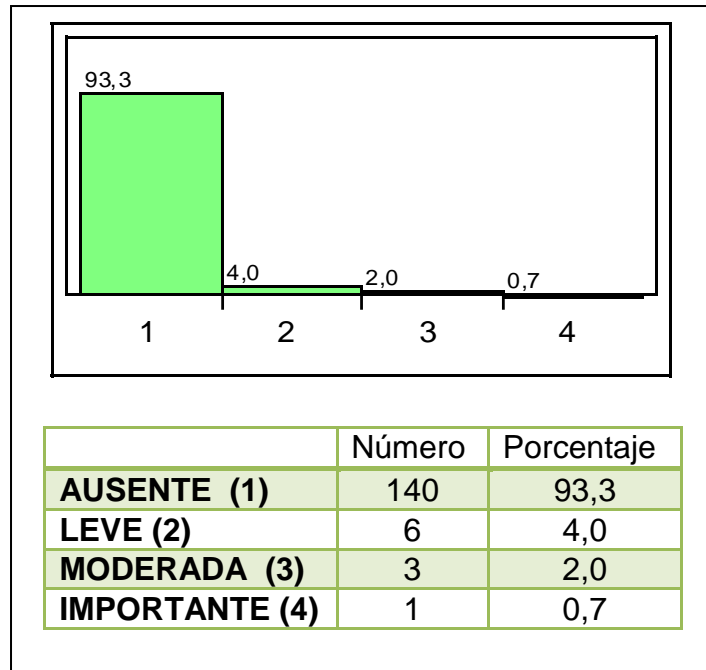
Al analizar la distribución de la muestra según pérdida de masa muscular se encontró 111 pacientes que no perdieron masa muscular lo que corresponde a un 74 %.

Grafico 15. Distribución porcentual de pacientes según edema en tobillos



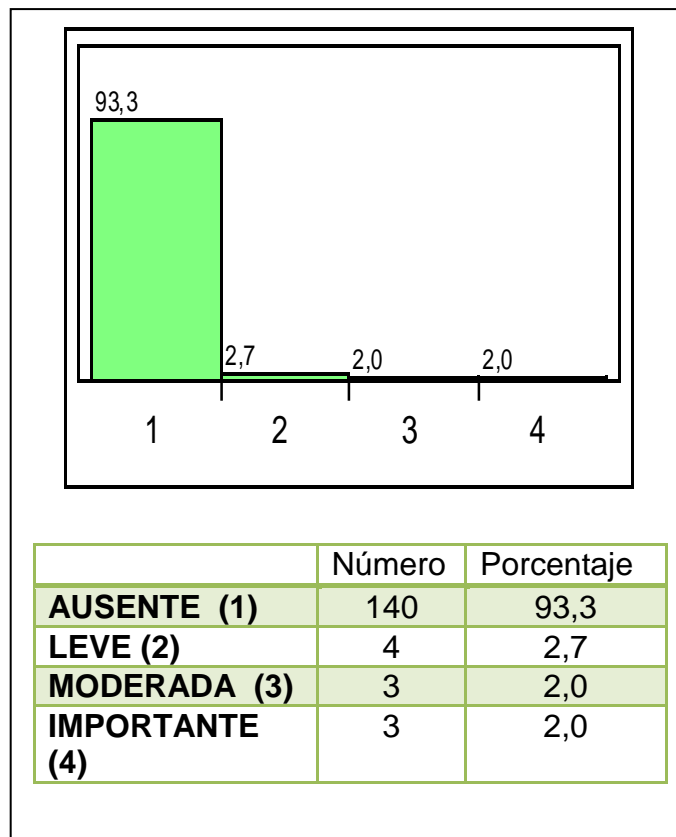
Al analizar la distribución de la muestra según edema en tobillos se encontró 124 pacientes que no presentaron edema en tobillos lo que corresponde a un 82,7%.

Grafico 16. Distribución porcentual de pacientes según edema en sacro



Al analizar la distribución de la muestra según edema en sacro se encontró 140 pacientes que no presentaron edema en sacro lo que corresponde a un 93,3%.

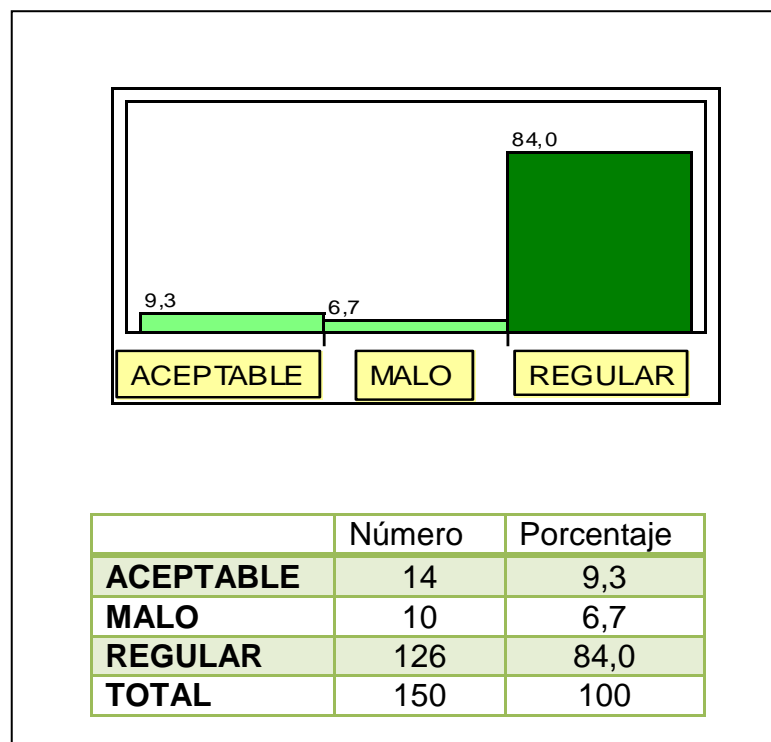
Grafico 17. Distribución porcentual de pacientes según presencia de ascitis



Al analizar la distribución de la muestra según ascitis se encontró 140 pacientes que no presentaron ascitis lo que corresponde a un 93,3 %.

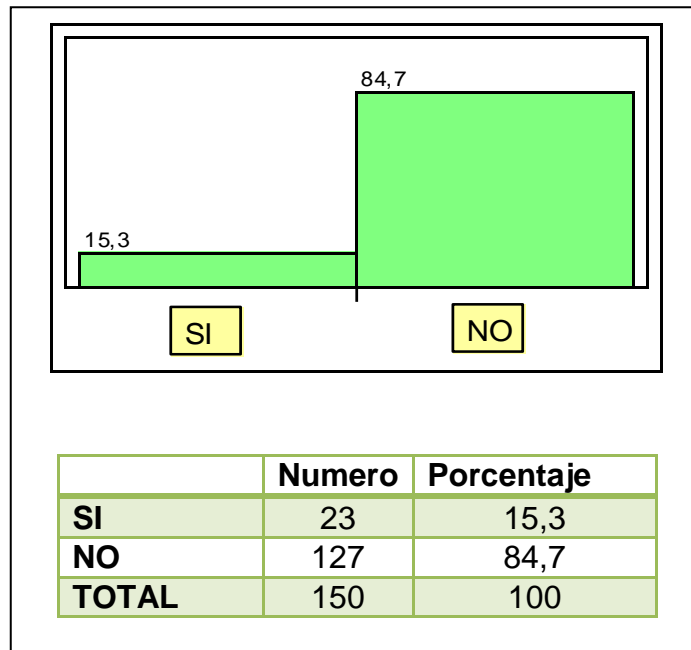
C. CALIDAD.

Grafico 18. Distribución porcentual de pacientes según evaluación de malas prácticas observadas



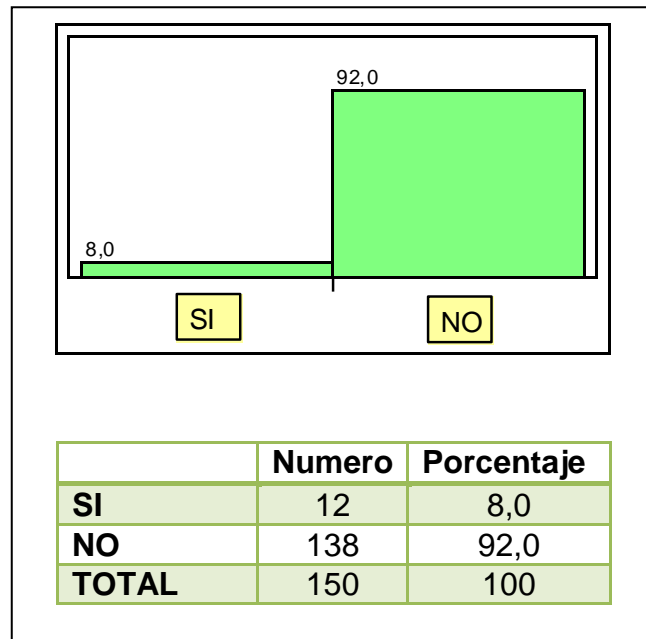
Según los datos obtenidos de evaluación de malas prácticas observadas se encontró que el 84% de los pacientes se encuentran dentro de la categoría regular.

Grafico 19. Distribución porcentual de pacientes según registro de peso en la historia clínica



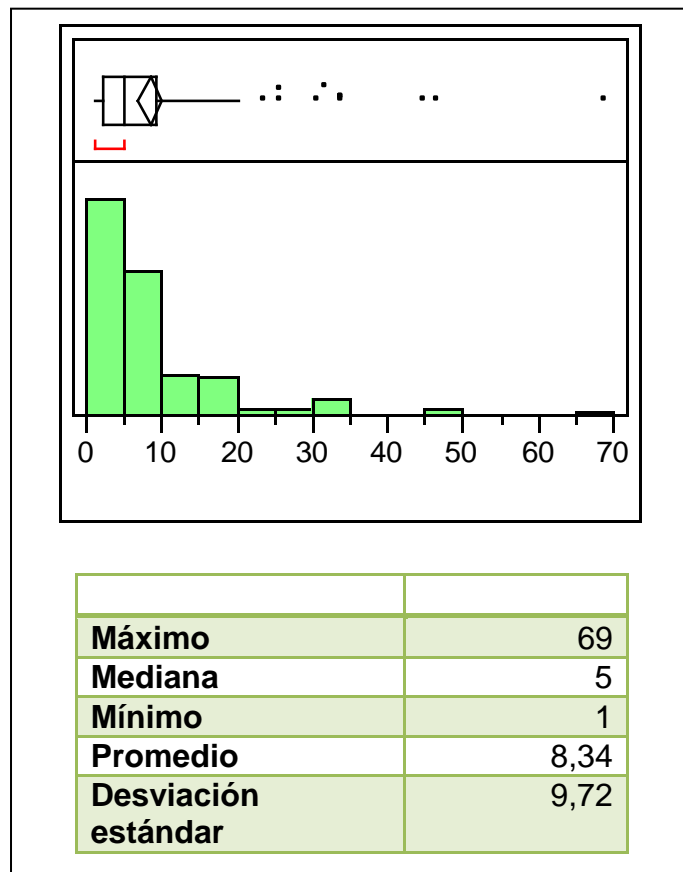
Según datos observados de registro de peso en la historia clínica se encontró que 84, 7 % de los pacientes no se les toma el peso.

Grafico 20. Distribución porcentual de pacientes según registro de talla en la historia clínica



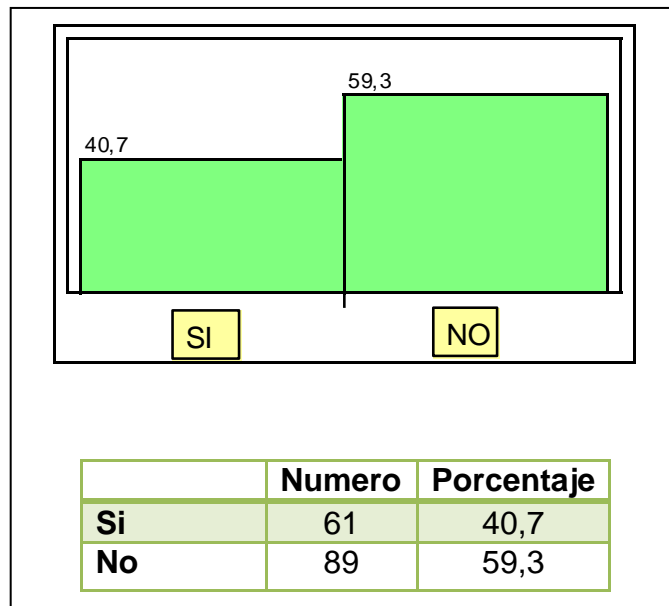
Según datos observados de registro de talla en la historia clínica de los pacientes evaluados se encontró que 92 % de los pacientes no les toman la talla.

Gráfico 21. Histograma de días de hospitalización de los pacientes evaluados.



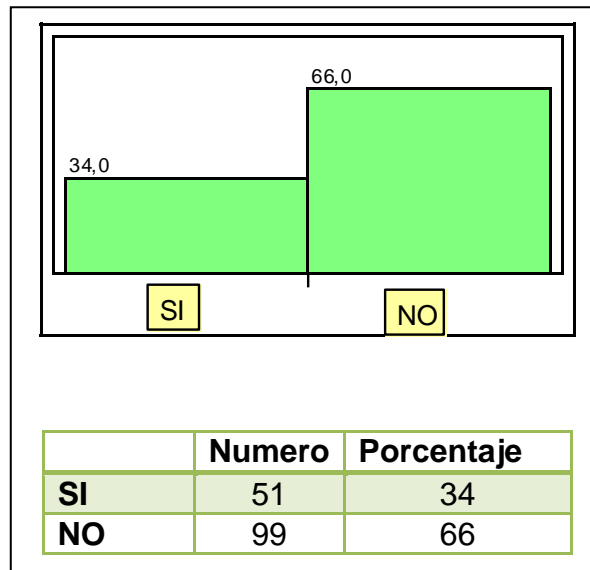
Al analizar el número de días de hospitalización del grupo de estudio se encontró que el valor máximo 69 días, mientras que el valor mínimo es de 1 día de hospitalización lo que corrobora los criterios de exclusión.

Grafico 22. Distribución porcentual de ayuno durante el ingreso de los pacientes evaluados



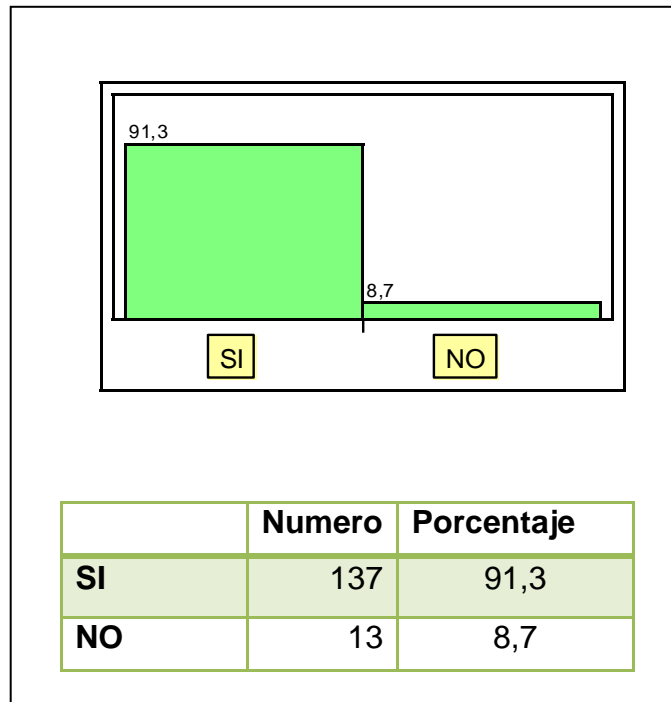
Al analizar la distribución de la muestra según ayuno al ingreso se encontró que 89 pacientes no ayunaron al ingreso 61 pacientes si ayunó lo que corresponde a un 41% y 59 %respectivamente.

Gráfico 23. Distribución porcentual de pacientes según determinación de albumina



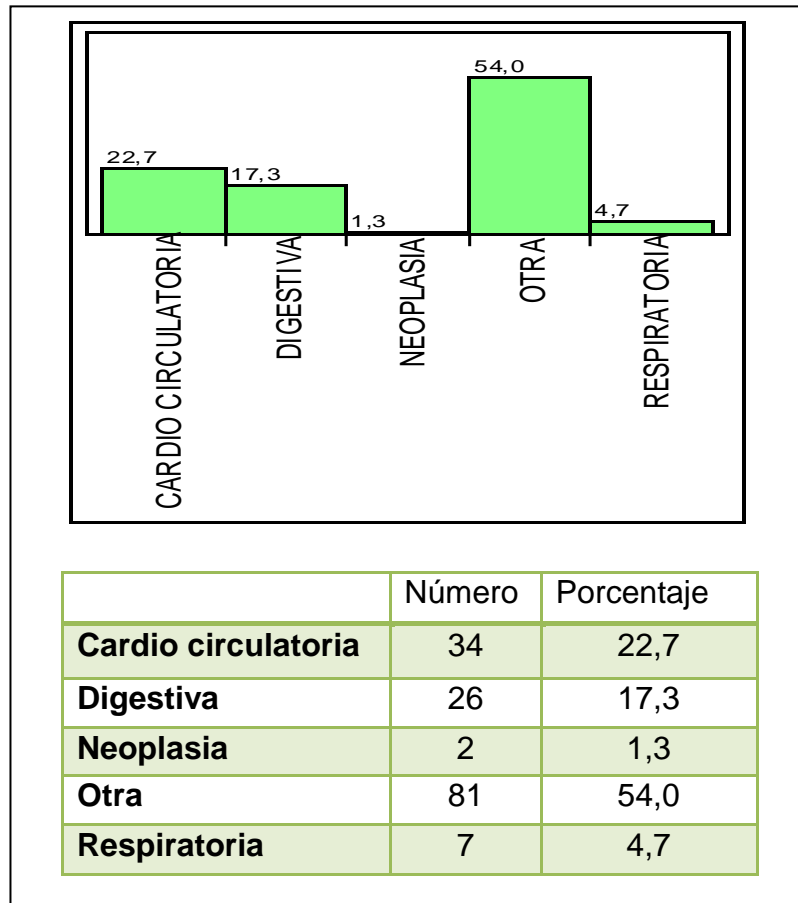
Según los datos obtenidos de determinación de albumina se encontró que el 66% de los pacientes no se realizaron determinación de albumina.

Gráfico 24. Distribución porcentual de pacientes según recuento de linfocitos



Según los datos obtenidos de recuento de linfocitos se encontró que 137 pacientes si se realizaron el examen lo que corresponde a un 91,3 %.

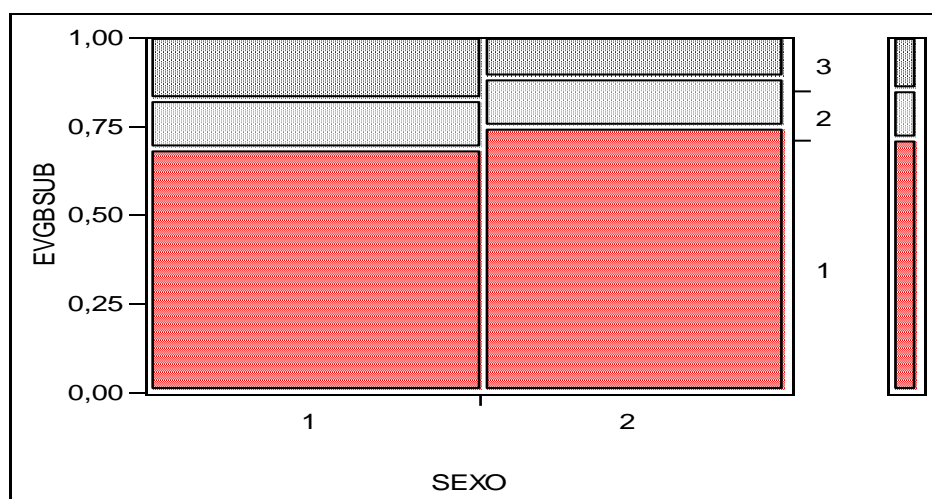
Grafico 25. Distribución porcentual de pacientes según enfermedad de base



Según los datos obtenidos de enfermedad de base se encontró que 81 pacientes estudiados se encuentra dentro de la clasificación Otra enfermedad lo que corresponde a un 54%, 2 de los paciente dentro de la clasificación Neoplasia en menor porcentaje 1,3 %.

D. CRUCE DE VARIABLES.

Grafico 26. Evaluación Global Subjetiva y Sexo



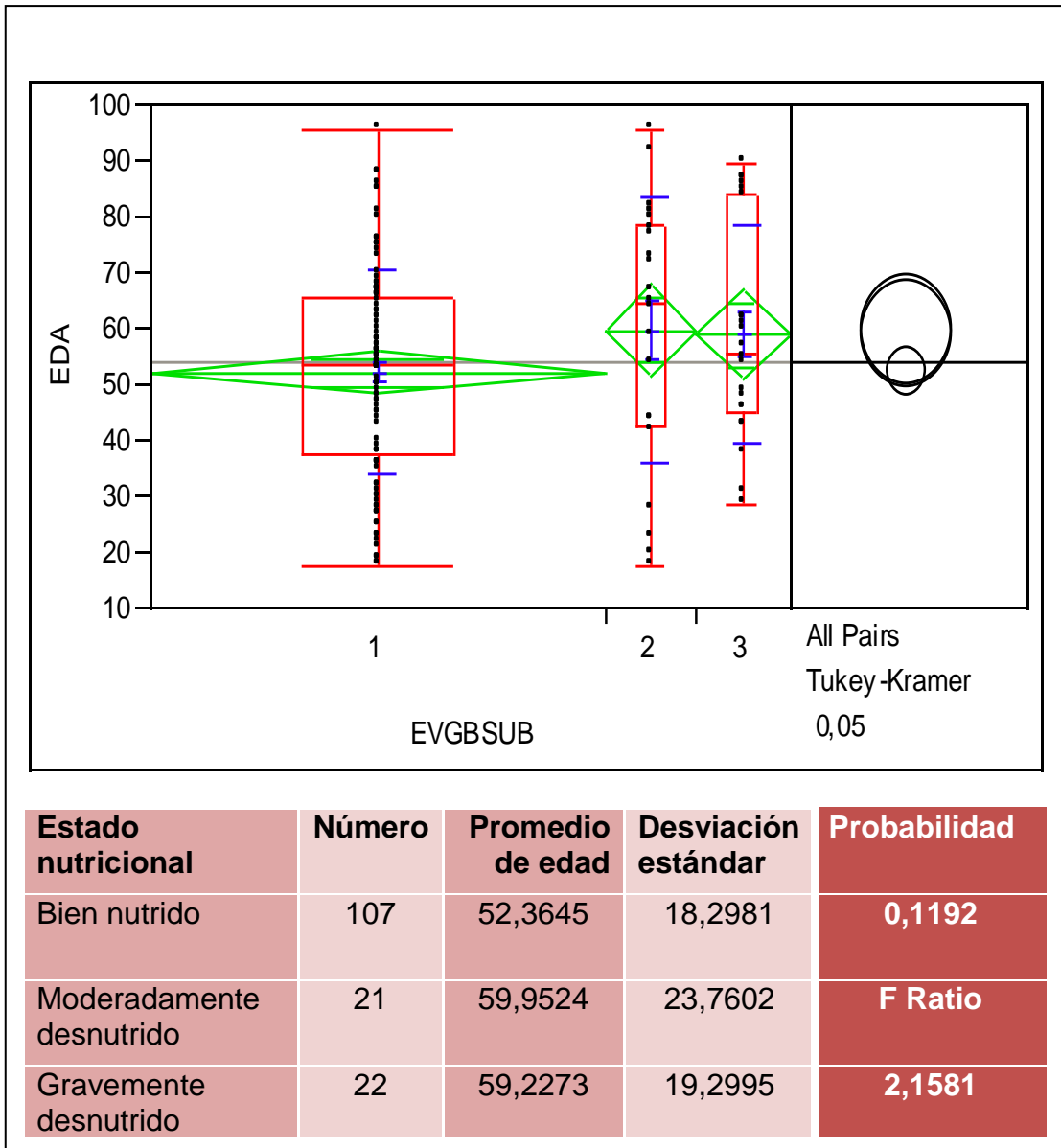
Evaluación Global Subjetiva					Test Person
Genero	Bien nutrido	Moderadamente Desnutrido	Gravemente Desnutrido	Total	Chi 2
Masculino (1)	54 68,35	11 13,92	14 17,72	79	1,270
Femenino (2)	53 74,65	10 14,08	8 11,27	71	Probabilidad
Total	107	21	22	150	0,5299

Al analizar Estado nutricional según sexo se encontró que un mayor porcentaje, es decir 17,7 % de pacientes de sexo masculino tenían desnutrición grave a diferencia de un 11,2 % de pacientes de sexo femenino en el mismo estado.

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ya que el valor de p fue mayor de 0,05(0,52).

Se concluye que no existe relación entre estado nutricional y género.

Grafico 27. Evaluación Global Subjetiva y Edad

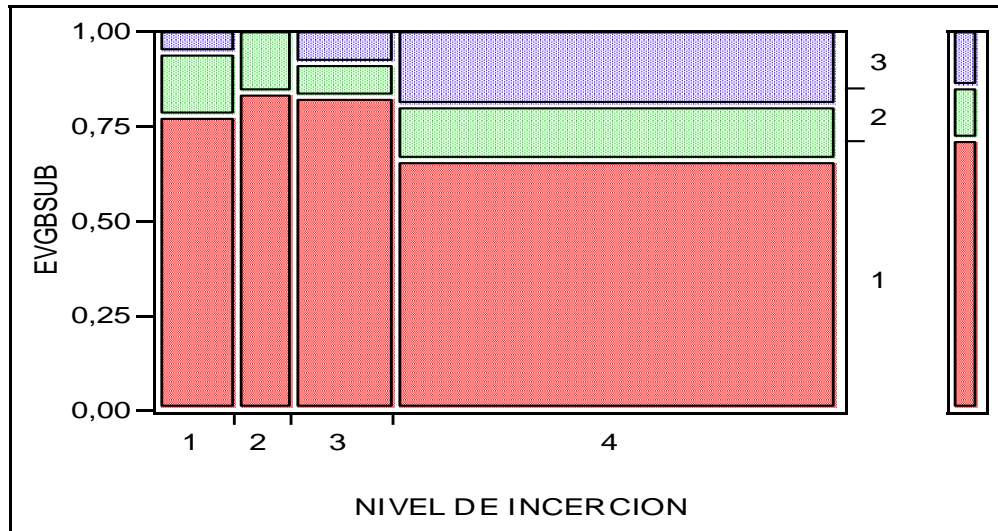


Al analizar el estado nutricional de los pacientes de la muestra de estudio en relación con la edad se encontró que el grupo categorizado en bien nutridos tiene un promedio de edad de 52 años, mientras que los pacientes con más edad 59 años se encuentran en el grupo de moderadamente desnutridos y gravemente desnutridos.

Estas diferencias no son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p es mayor de 0,05 (0,1192)

En consecuencia se concluye que no existe relación entre edad y estado nutricional y estado nutricional.

Grafico 28. Evaluación Global Subjetiva y Nivel de Inserción Social



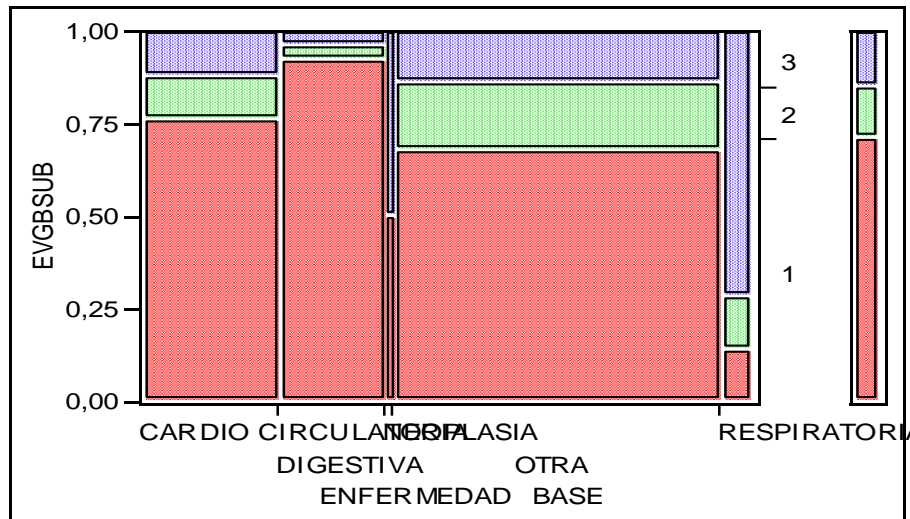
	Estado nutricional			Total	Test Person
	Bien nutrido	Moderadamente desnutrido	Gravemente desnutrido		
Estrato medio alto (1)	14 9,33	3 2,00	1 0,67	18 12,00	Chi 2 6,714
Estrato medio (2)	10 6,67	2 1,33	0 0,00	12 8,00	
Estrato popular alto (3)	19 12,67	2 1,33	2 1,33	23 15,33	
Estrato popular bajo(4)	64 42,67	14 9,33	19 12,67	97 64,67	Probabilidad 0,3481
Total	107 71,33	21 14,00	22 14,67	150	

Al analizar estado nutricional y nivel de inserción social (según ocupación del paciente) se encontró que los pacientes moderadamente desnutridos y gravemente desnutridos corresponden al estrato popular bajo (9,3 y 12,6%), mientras que apenas el 0,6 % de pacientes gravemente desnutridos pertenecen al estrato medio alto.

Las diferencias estadísticas mencionadas anteriormente no fueron estadísticamente significativas por cuanto el valor de p no fue menor 0,05 (0,34).

Se concluye que no existe relación entre nivel de Inserción Social y Estado Nutricional.

Grafico 29. Evaluación Global Subjetiva y grupo de Enfermedades de Base



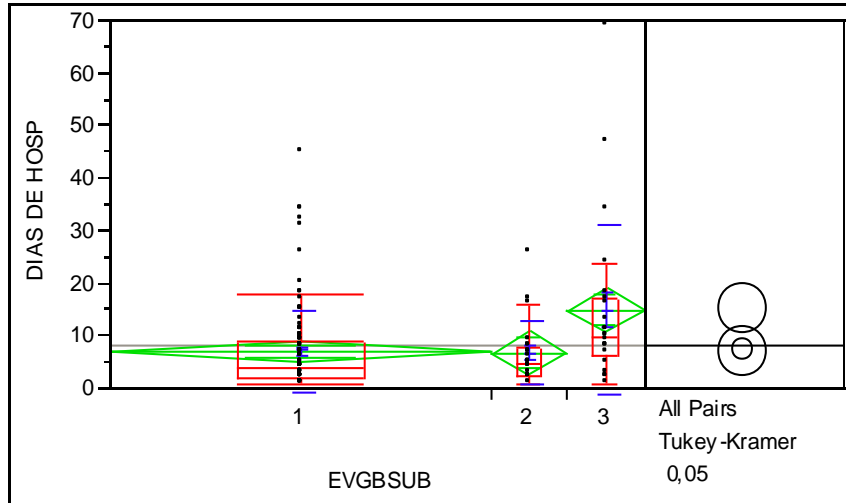
Enfermedades de base	Estando nutricional			Total	Test Person
	Bien nutrido	Moderadamente desnutrido	Gravemente desnutrido		
CARDIO CIRCULATORIA	26 17,33	4 2,67	4 2,67	34 22,6	Chi 2 28,098
DIGESTIVA	24 16,00	1 0,67	1 0,67	26 17,3	
NEOPLASIA	1 0,67	0 0,00	1 0,67	2 1,33	
OTRA	55 36,67	15 10,00	11 7,33	81 54,0	Probabilidad 0,0005
RESPIRATORIA	1 0,67	1 0,67	5 3,33	7 4,67	
Total	107 71,33	21 14,00	22 14,67	150	

Al analizar la relación entre estado nutricional y enfermedad de base se encontró porcentajes similares en la categoría moderadamente desnutrido y gravemente desnutrido en la clasificación de "Otras enfermedades" (10 y 7,3%) respectivamente.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ya que el valor de p es menor que 0,05 (0,0005).

Se concluye que si existe relación enfermedad de base y estado nutricional

Grafico 30. Evaluación Global Subjetiva y días de hospitalización



Estado nutricional	Número	Promedio de días de hospitalización	Desviación estándar	Probabilidad
Bien nutrido	107	7,2243	7,9210	0,0015
Moderadamente desnutrido	21	6,9524	6,0455	F Ratio
Gravemente desnutrido	22	15,1364	16,1932	6,7854

Al analizar el estado nutricional de los pacientes de la muestra de estudio en relación con el número de días de hospitalización se encontró que el grupo de bien nutridos y moderadamente desnutridos tienen un promedio de días similares (7,2 y 6,9). Mientras que los pacientes gravemente desnutridos tienen más días de hospitalización (15) días.

Estas diferencias son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p es menor de 0,05 (0,0015)

En consecuencia se concluye que existe relación entre los días de hospitalización y estado nutricional.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN CARACTERISTICAS GENERALES

- Como se observa en el análisis en relación a la procedencia de los pacientes se tiene que todos corresponden a la ciudad de Manta en su mayoría seguido de sus cantones y parroquias de sus alrededores como el Carmen, Jaramijo, Jipijapa, Montecristi.
- Los pacientes prevalentes que acuden al Hospital Dr. Rodríguez Zambrano de Manta corresponden a la población joven y adulta , el promedio de edad de los pacientes es de 55 años de edad, y esta población en su mayoría corresponde al género masculino
- La escolaridad es un indicador de impacto social que incide directamente en el comportamiento de sus habitantes, debido a su desconocimiento el nivel de prevención y promoción de la salud es limitado, en este caso la prevalencia de la población dentro de un nivel de escolaridad de primaria y analfabetos debido a que la gran mayoría de pacientes proviene de los cantones y alrededores de la misma ciudad.

DISCUSIÓN CALIDAD

- Las enfermedades prevalentes que se desarrollan o por las que ingresan los pacientes al Hospital Dr. Rodríguez Zambrano de la ciudad del Manta se encuentran entre el grupo de otras enfermedades siendo estas enfermedades metabólicas como diabetes, hipertensión además de problemas por traumatismos, caídas etc. Seguido de enfermedades

digestivas las mismas que puede ser influencia por hábitos alimentarios y de aseo, seguido de enfermedades cardiocirculatorias. El cáncer no representa un factor prevalente de ingreso, ni la presencia de infecciones en los pacientes, de ahí que se recalca la necesidad de prevención de enfermedades.

- En la actualidad la evaluación del estado nutricional y/o metabólico que puede efectuar el personal de salud al momento de hospitalizar un paciente es precaria o no nula. A medida que se perciba el valor de los procesos de alimentación-nutrición en la patología y la influencia de la desnutrición en las enfermedades, resultará impostergable incluir una valoración más integradora del estado nutricional.
- Un factor siempre importante es la evaluación nutricional del paciente hospitalizado. Si consideramos que un individuo con un estado nutricional normal, tiene una incidencia menor de enfermedades asociadas a desnutrición, sobrepeso u obesidad, en alguna medida, podría decirse que el estado nutricional de una persona es el reflejo de su estado de salud.
- El que no se realice una valoración completa del estado nutricional de los pacientes incide en que no se determine de manera oportuna la necesidad de una nutrición enteral, parenteral a solamente el consumo de suplementos para mejorar el estado metabólico de los pacientes.

DISCUSIÓN SEGÚN VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

- El objetivo clínico de la valoración del estado nutricional es la identificación de pacientes con malnutrición o riesgo de padecerla en algún momento de su evolución, ya sea por la propia enfermedad o por el tipo de tratamiento al

que va a ser sometido. La malnutrición provoca alteraciones en la composición corporal: pérdida de grasa corporal y masa libre de grasa que condicionan una pérdida de peso y alteraciones en parámetros antropométricos, de ahí que se concluye que 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, puede ser la causa del estado de malnutrición de los pacientes hospitalizados, siendo que no se le da la debida importancia a la nutrición y al estado nutricional de paciente, se cae en aspectos anteriormente mencionados.

- Llegando a resultados similares a los encontrados a nivel de latinoamericano ya que el estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de nutrición), realizado en 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Uruguay) demostró que aproximadamente 50.2% de la población hospitalizada (9233 estudiados) presentan algún tipo de desnutrición (12.6% desnutridos graves y 37.6% desnutridos moderados). La desnutrición grave varió entre 4.6% en Chile hasta 18% en Costa Rica. La desnutrición moderada y sospecha de desnutrición leve entre 28,9% en Cuba hasta 57% en la República Dominicana (23).

VII. CONCLUSIONES

CARACTERISTICAS GENERALES

- Se encontró 79 pacientes de sexo masculino y 71 pacientes de sexo femenino lo que corresponde a un 53 y 47 % respectivamente.
- La edad oscilaba 18 a 96 años con un promedio de (54) una mediana de (55) años.
- Según los datos obtenidos de provincia de procedencia del paciente se encontró que el 100 % pertenecen a la provincia de Manabí.
- Nivel de escolaridad se encontró que la gran mayoría de los pacientes estudiados tienen la primaria lo que corresponde a un 53,3 %.
- Según nivel de Inserción Social se encontró que la gran mayoría de pacientes 97 se encuentran dentro de la clasificación de estrato popular bajo que serian el 65 %.
- Especialidad médica se encontró que la gran mayoría de pacientes 85% se encontraron en la sala de Medicina Interna.

EVALUACION GLOBALSUBJETIVA

- Evaluación Global Subjetiva se encontró que 71% pacientes bien nutrido, moderadamente desnutrido y gravemente desnutrido en porcentaje similar (14 % y 14,7%).
- Al analizar ingesta alimentaria respecto a la habitual se encontró que el 53.3% de pacientes si tuvieron alteraciones en su ingesta.
- Síntomas gastrointestinales se encontró que el 53,3 % del grupo en estudios si tuvo síntomas gastrointestinales.

- El 54,7 % de los pacientes estuvieron disminuida su capacidad funcional.
- Según demandas metabólicas 52 paciente se encuentran dentro de la clasificación de estrés bajo y 50 pacientes estrés moderado lo que corresponde a un (35 y 33%) respectivamente.
- Ascitis se encontró 93,3 % de pacientes que no presentaron ascitis.

CALIDAD

- Según los datos obtenidos de evaluación de malas prácticas observadas se encontró que el 84% de los pacientes se encuentran dentro de la categoría regular.
- 84, 7 % de los pacientes no se les toma el peso y 92 % de los pacientes no les toman la talla.
- El número de días de hospitalización del grupo de estudio se encontró que el valor máximo 69 días, mientras que el valor mínimo es de 1 día de hospitalización.
- Ayuno al ingreso 89 pacientes no ayunaron al ingreso 61 pacientes si ayunó lo que corresponde a un 41% y 59 %respectivamente.
- El 34% de los pacientes si se realizaron determinación de albumina y 91,3 % también se realizaron recuento de linfocitos.

CRUCE DE VARIABLES

- El estado nutricional y el número de días de hospitalización mostraron relación se encontró que el grupo de bien nutridos y moderadamente desnutridos tienen un promedio de días similares (7,2 y 6,9). Mientras

que los pacientes gravemente desnutridos tienen más días de hospitalización (15) días. Estas diferencias son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p es menor de 0,05 (0,0015)

- Al analizar el estado nutricional en relación con la edad se encontró que el grupo categorizado en bien nutridos tiene un promedio de edad de 52 años, mientras que los pacientes con más edad 59 años se encuentran en el grupo de moderadamente desnutridos y gravemente desnutridos. Estas diferencias no son estadísticamente significativas por cuanto el valor de p es mayor de 0,05 (0,1192).
- Estado nutricional según sexo se encontró que los pacientes de sexo masculino y femenino tienen porcentajes iguales dentro de la categoría bien nutridos (54 y 53%) respectivamente. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ya que el valor de p fue mayor de 0,05(0,52).
- Al analizar estado nutricional y nivel de inserción social (según ocupación del paciente) se encontró que el mayor porcentaje de pacientes bien nutridos correspondían al estrato popular bajo (42%) esta relación es similar en pacientes Moderadamente desnutridos y Gravemente desnutridos. No existe relación entre nivel de Inserción Social y Estado Nutricional.
- Al analizar la relación entre estado nutricional y enfermedad de base se encontró porcentajes similares en la categoría moderadamente

desnutrido y gravemente desnutrido en la clasificación de “Otras enfermedades” (10 y 7,3%) respectivamente. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ya que el valor de p es menor que 0,05 (0,0005).

VIII. RECOMENDACIONES

- Es importante que en el Hospital Rodríguez Zambrano se implemente un Equipo de Terapia Nutricional para brindar un mejor servicio a los pacientes.
- Se sugiere dar mayor importancia a la toma del peso y talla ya que son determinantes del estado nutricional.
- Se recomienda continuar con estudios y controles periódicos de la atención hospitalaria en el sentido de calidad de atención y Evaluación Nutricional.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. **ARIAS, M.**, la desnutrición en el paciente hospitalizado. Principios básicos de aplicación de la nutrición artificial., Guías Clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina interna 2011., Pp.6.
2. **BACCARO, F y SANCHEZ.**, Determinación de la desnutrición hospitalaria., vol.74., Publicado en Rev Gastroenteral Mex.2009., Pp.2.
3. **MONTI, G.**, Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada., Vol. 121., Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol., Número 4 de 2008. Pp.4.
4. **REBOLLO, M.**, Diagnóstico de la malnutrición a pie de cama: nutrición clínica en medicina., Vol. I Julio 2007., Número 2., Pp. 87-108.
5. **SANTANA S.**, ¿Cómo saber que el paciente quirúrgico está Desnutrido?., Nutrición Clínica 2004, Pp.50.
6. **SANCHEZ, A. Y OTROS.**, Desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología (2005) XX (2)., Pp.121-130.
7. **ULIBARRI, J. Y OTROS.**, Detección precoz y control de la desnutrición

hospitalaria., Nutr Hosp. (2002) XVII (3)., Pp.139-146

X. ANEXOS.

ANEXO 1

INSTRUCTIVO PARA APLICACIÓN FORMULARIO 1

A. Propósito.

Se describió las acciones para la realización de la Encuesta de Nutrición Hospitalaria, y el relleno del formulario de la encuesta con los resultados de la evaluación.

B. Aplicable.

A los equipos de encuestadores que participaron en el Estudio Latinoamericano de Nutrición.

C. Responsabilidades.

- El Coordinador nacional del estudio se encargó de la implantación del PNO
- Responsable de la ejecución: Encuestador
- Responsable del control: Coordinadores regionales.

D. Condiciones de seguridad.

No procede.

E. Equipos.

No procede.

F. Materiales y reactivos.

- Bolígrafo de tinta negra o azul.

G. Operaciones preliminares.

- Se revisó detenidamente la Historia Clínica del paciente

- Nos Detuvimos en las secciones Historia de la Enfermedad Actual, Interrogatorio, Examen Físico, Discusión Diagnóstica, Complementarios/Resultados de Laboratorios, e Indicaciones Terapéuticas.

H. Necesidades de documentación.

- Formulario de Encuesta de Nutrición Hospitalaria

- Historia Clínica del Paciente

- Hoja de Indicaciones del Paciente

I. Procedimientos.

1. **Definiciones y términos:**

- Alimentos: Sustancias presentes en la naturaleza, de estructura química más o menos compleja, y que portan los nutrientes.

- Alimentación por sonda: Modalidad de intervención alimentario-nutricional en la que el paciente recibe fundamentalmente alimentos modificados en consistencia a través de sondas nasointestinales u ostomías. El paciente puede recibir, además, suplementos dietéticos. Esta modalidad obvia las etapas de la masticación y la deglución de la alimentación.

- Ayuno: Periodo de inanición absoluta que comienza a partir de las 12-14 horas de la ingesta. Puede ser breve, simple o prolongado.

- Campo: Espacio en blanco para anotar los valores de la variable correspondiente. Un campo de la encuesta recoge uno de entre varios valores posibles de la variable correspondiente.

- Categoría: Variable que define si la institución hospitalaria tiene adscrita una facultad de Ciencias Básicas para la formación de pregrado y/o postgrado.
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades: Nomenclador universal para la correcta expresión del nombre de las enfermedades, y así garantizar una correcta interpretación de los hallazgos médicos y el intercambio de información entre diversas instituciones médicas. La Novena CIE es la versión corriente.
- Continua: Modo de infusión del nutriente enteral en el que el volumen a administrar en un día de tratamiento se infunde durante 24 horas, sin pausas o reposos.
- Cuerpo: Parte de la encuesta que constituye la encuesta en sí.

El cuerpo comprende 4 partes:

- Parte 1: Comprende 2 secciones.

La Sección 1. Datos del Hospital está formada por 6 campos: Hospital, Ciudad, Provincia, Nivel de atención, Categoría, Funciona en la institución un Grupo/Equipo de Terapia Nutricional

La Sección 2. Datos del Paciente está formada por 9 campos: Ciudad/Provincia de Residencia, Fecha de Ingreso, HC, Servicio/Especialidad Médica, Edad, Sexo, Color de la Piel, Ocupación, Escolaridad
- Parte 2: Comprende 7 campos: Motivo de ingreso del paciente, Enfermedades de base, Tratamiento quirúrgico, En caso de respuesta

afirmativa qué tipo de operación se realizó, Cáncer, Infección, En caso de respuesta afirmativa.

- Parte 3: Comprende 15 campos: En la Historia Clínica del paciente hay alguna referencia al estado nutricional del paciente, En caso de respuesta afirmativa, Existen balanzas de fácil acceso para el paciente, Talla, Peso Habitual, Peso al ingreso, Peso Actual, Se hicieron determinaciones de Albúmina, Determinación inicial, Determinación más cercana a esta encuesta, Fecha de realización, Se hicieron recuentos de Linfocitos, Conteo inicial, Conteo más cercano a esta encuesta, Fecha de realización.
- Parte 4: Comprende 31 campos: Ayuno preoperatorio, Ayunó alguna vez durante este ingreso, En caso de respuesta afirmativa, Se alimenta por vía oral, Recibe suplementos dietéticos aparte de la dieta habitual, Cuál, Fue indicado por el médico, Está/Estuvo bajo Nutrición Enteral, Fecha de inicio, Fecha de terminación, Intermitente, Continua, Tipo de Infusión, Tipo de Dieta, Si recibe dieta industrializada, Posición de la sonda, Sonda de, Está/Estuvo bajo Nutrición Parenteral, Fecha de Inicio, Fecha de término, Nutrición Parenteral, Nutrición Parenteral exclusiva con Glucosa, Se han empleado lípidos parenterales, Esquema 3:1 (Todo en Uno), Vía de acceso, Catéter exclusivo para la Nutrición, Tipo de Acceso, Bombas de infusión, Frascos, Bolsa.

-ELAN: Estudio Latinoamericano de Nutrición: Proyecto diseñado y conducido por la Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral para conocer el estado actual de los regímenes de provisión de alimentos y

nutrientes al paciente hospitalizado, y las técnicas de apoyo nutricional corrientemente utilizadas.

-Encuesta de Nutrición Hospitalaria: Formulario para recoger los datos pertinentes al estado actual de los regímenes de provisión de alimentos y nutrientes al paciente hospitalizado, y las técnicas de apoyo nutricional corrientemente utilizadas.

La Encuesta de Nutrición Hospitalaria comprende un identificador y un cuerpo.

- FELANPE: Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral: Organización no gubernamental, sin fines de lucro, que reúne en su seno a médicos, licenciados, dietistas, nutricionistas, farmacéuticos y otros miembros de la comunidad médica preocupados por el estado nutricional de los pacientes que atienden, y que dirigen sus esfuerzos a prestarles los cuidados alimentarios y nutrimentales óptimos como para asegurar el éxito de la intervención médico-quirúrgica.

-HC: Historia Clínica: Número de identificación personal que sirve para indicar y trazar al paciente dentro de la institución. El HC puede ser el número del Carné de Identidad del paciente, o un código alfanumérico creado *ad hoc* por la institución hospitalaria como parte de su sistema de documentación y registro.

-Identificador: Parte de la encuesta que contiene los campos Entrevistador, Profesión, Identificación.

-Infeción: Término genérico para designar un conjunto de síntomas y signos ocasionados por la presencia de un microorganismo reconocido como causante de enfermedades. El diagnóstico cierto de Infeción se establece ante

el resultado de un examen microbiológico especificado. El diagnóstico presuntivo de infección se establece ante un cuadro clínico típico y la respuesta del paciente ante una antibioticoterapia instalada. Sinonimia: Sepsis.

-Intermitente: Modo de infusión del nutriente enteral en el que el volumen a administrar en un día de tratamiento se fragmenta en varias tomas que se infunden de una sola vez en cada momento.

-Nivel de atención: Variable que define el lugar que ocupa la institución dentro del Sistema Nacional de Salud.

-Nivel de atención secundario: Institución ubicada en la capital de las provincias del país (a excepción de Ciudad Habana). Estas instituciones reciben pacientes remitidos por los hospitales situados en la cabecera de los municipios de la provincia, o que asisten directamente al Cuerpo de Guardia provenientes de cualquier municipio de la provincia.

-Nivel de atención terciario: Institución ubicada en la capital del país, y que recibe pacientes remitidos por los hospitales de nivel secundario. Estas instituciones ocupan el nivel más alto en la jerarquía del Sistema Nacional de Salud y brindan atención médica especializada.

- Nutrición Enteral: Modalidad de intervención alimentario-nutricional en la que el paciente recibe exclusivamente nutrientes enterales industriales a través de sondas nasointestinales u ostomías. Esta modalidad obvia las etapas de la masticación y la deglución de la alimentación. La Nutrición Enteral puede ser Suplementaria o Completa.

-Nutrición Enteral Completa: Modo de Nutrición Enteral en el que las necesidades energéticas y nutrimentales del paciente se satisfacen exclusivamente con un nutriente enteral especificado.

- Nutrición Enteral Suplementaria: Modo de Nutrición Enteral en el que las necesidades energéticas y nutrimentales del paciente se satisfacen parcialmente con un nutriente enteral especificado. La Nutrición Enteral Suplementaria se indica habitualmente en pacientes que se alimentan por la boca, pero que tienen necesidades incrementadas por circunstancias propias de la evolución clínica y/o el proceder terapéutico instalado.

-Nutrición Parenteral: Modalidad de intervención alimentario-nutricional en la que el paciente recibe infusiones de fórmulas químicamente definidas de nutrientes a través de catéteres instalados en territorios venosos. Esta modalidad obvia el tracto gastrointestinal.

-Nutrientes: Sustancias químicas de estructura química simple necesarias para mantener la integridad estructural y funcional de todas las partes constituyentes de un sistema biológico. Sinonimia: Nutrimientos.

-Peso actual: Peso registrado en el momento de la entrevista.

-Peso habitual: Peso referido por el paciente en los 6 meses previos al momento del ingreso.

-Suplementos dietéticos: Productos alimenticios industriales nutricionalmente incompletos. Estos productos representan generalmente mezclas de carbohidratos y proteínas, fortificados con vitaminas y minerales. También pueden representar presentaciones individualizadas de proteínas. Los

suplementos dietéticos no incluyen las preparaciones individualizadas de vitaminas u oligoelementos.

-Talla: Distancia en centímetro entre el plano de sustentación del paciente y el vértex. Sinonimia: Estatura, altura.

-Tipo de Dieta: Variable que sirve para registrar la calidad del alimento/nutriente que recibe el paciente bajo un esquema de Nutrición enteral.

-Tipo de Dieta Artesanal: Dieta que se elabora en la cocina de la casa/hospital con alimentos. Sinonimia: Dieta general de consistencia modificada.

-Tipo de Dieta Artesanal Modular: Fórmula alimentaria elaborada en la casa/hospital y donde predomina un componente nutrimental.

-Tipo de Dieta Modular: Nutriente enteral industrial que incluye componentes nutrimentales individuales.

-Tipo de Dieta Industrial Polimérica: Dieta industrial nutricionalmente completa, compuesta por macronutrientes intactos (no digeridos).

-Tipo de Dieta Industrial Oligomérica: Dieta industrial nutricionalmente completa, compuesta por fragmentos o hidrolizados de macronutrientes. El nitrógeno se aporta como hidrolizados de proteínas. La energía se aporta en forma de triglicéridos de cadena media, y oligo- y disacáridos.

-Tipo de Infusión: Gravedad, Bolos, Bomba.

-Tipo de Infusión por Gravedad: Modo de administración del nutriente enteral en el que éste se deja fluir libremente a través del sistema de conexiones, sin otra fuerza que contribuya al avance del fluido que su propio peso.

-Tipo de Infusión en Bolos: Modo de administración del nutriente enteral en el que la toma del nutriente enteral se infunde de una sola vez, en pulsos cortos de ~50 mL.

-Tipo de Infusión por Bomba: Modo de administración del nutriente enteral en el que la toma del nutriente enteral se infunde continuamente mediante una bomba peristáltica.

-Variable: Elemento de diverso tipo de dato (Binario/Texto/Numérico/Fecha) que recoge los hallazgos encontrados durante la entrevista. Sinonimia: Campo.

2. Fundamento del método:

La Encuesta de Nutrición Hospitalaria está orientada a documentar el estado actual de los regímenes de provisión de alimentos y nutrientes al paciente hospitalizado, y las técnicas de apoyo nutricional corrientemente utilizadas. La información obtenida permitirá conocer en qué medida el apoyo nutricional peri-intervención (médica y/o quirúrgica) cumple sus objetivos.

La Encuesta de Nutrición Hospitalaria se concibe como una herramienta para la inspección de la Historia Clínica del Paciente.

3. Procedimientos:

3.1 Rellene los campos de la encuesta con letra clara y legible. Trate de emplear letra de molde siempre que sea posible

3.2 No deje ningún campo sin rellenar. En caso de que no haya información que anotar, trace una raya ("___")

3.3 Marquem en las casillas de los campos correspondientes con una cruz ("X")

3.4 En caso de equivocación, no borre la entrada incorrecta, ni la oblitere con tinta de bolígrafo o pasta blanca. Trace una raya a lo largo de la entrada incorrecta, y escriba al lado la entrada correcta.

3.5 Rellene los campos tipo Fecha con el formato D/M/AAAA si el día $D \leq 9$, y/o el mes $M \leq 9$, y DD/MM/AAAA en caso contrario. Ej.: 2/2/2000, 20/11/2000.

3.6 Para rellenar el Identificador de la Encuesta:

3.6.1 Escriba los nombres y apellidos del encuestador

3.6.2 Escriba la profesión del encuestador:

Médico/Enfermera/Dietista/Nutricionista/Farmacéutico. En caso de que la profesión del encuestador no esté entre las especificadas, especifíquela

3.6.3 Escriba el número de Carné de Identidad, el número del Solapín, o cualquier otro código que sirva para identificar al encuestador inequívocamente.

3.7 Para rellenar la Sección 1. Datos del Hospital de la Parte 1 de la Encuesta:

3.7.1 Escriba el Nombre/Denominación del Hospital

3.7.2 Escriba la Ciudad y Provincia donde está enclavado

3.7.3 Especifique el Nivel de Atención del Hospital

3.7.4 Especifique la Categoría del Hospital.

3.7.5 Especifique si existe y funciona en la institución un Grupo de Apoyo Nutricional.

Consulte el Apartado 1. Definiciones y Términos de la Sección I. Procedimientos.

3.8 Para rellenar la Sección 2. Datos del Paciente de la Parte 1 de la Encuesta:

3.8.1 Escriba la Ciudad y Provincia de residencia del paciente

3.8.2 Escriba la Fecha de Ingreso del paciente. Obténgala de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente

3.8.3 Escriba el Número de la Historia Clínica del Paciente. Obténgala de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente

3.8.4 Escriba el Servicio y/o Especialidad Médica donde actualmente está ingresado el paciente. Obténgalo de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente

3.8.5 Escriba la Edad del paciente. Obténgala de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente

3.8.6 Especifique el Sexo del paciente. Obténgalo de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente

3.8.7 Especifique el Color de la piel del paciente. Obténgalo de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente

3.8.8 Escriba la Ocupación del paciente. Obténgala de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente.

3.8.9 Especifique la Escolaridad del paciente. Obténgala de la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente.

Nota: En caso de que la Escolaridad del paciente no esté declarada en la Hoja Inicial (de Presentación) de la Historia Clínica del Paciente, obténgala de la Hoja de la Historia Biosicosocial del Paciente. Alternativamente, está permitido obtenerla por interrogatorio del paciente.

3.9 Para rellenar la Parte 2 de la Encuesta:

3.9.1 Transcriba el Motivo de ingreso del paciente, tal y como está anotado en la Hoja de la Historia de la Enfermedad Actual del Paciente

3.9.2 Transcriba los primeros 3 problemas de salud del paciente, tal y como están reflejados en la Lista de Problemas de Salud de la Hoja de Discusión Diagnóstica.

Nota: En caso de que el paciente estuviera ingresado durante más de 15 días, transcriba los primeros 3 problemas de salud tal y como están anotados en la última Hoja de Evolución.

3.9.3 En el campo Tratamiento quirúrgico:

- Especifique "No" si el Plan Terapéutico reflejado en la Hoja de Discusión Diagnóstica no incluye la realización de proceder quirúrgico alguno
- Especifique "Programada" si el Plan Terapéutico reflejado en la Hoja de Discusión Diagnóstica incluye algún proceder quirúrgico, pero todavía no se haya ejecutado. Esto es válido cuando el ingreso del paciente es menor de 7 días

- Especifique "Sí" en caso de que se haya realizado el proceder quirúrgico programado en el Plan Terapéutico. Revise la Hoja de Evolución de los días de ingreso posteriores al momento de la discusión diagnóstica y redacción del plan terapéutico. En el campo En caso de respuesta afirmativa qué tipo de operación se realizó, transcriba el proceder quirúrgico realizado y la fecha de realización.

Nota: En caso de reintervenciones, transcriba el proceder quirúrgico primario (tal y como está documentado en la Hoja de Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente) y la fecha de realización. Puede anotar las reintervenciones posteriores en la sección de Comentarios, al final del formulario.

3.9.5 En el campo Cáncer:

- Especifique "No" si no hay anotación de una enfermedad maligna en las Secciones Motivo de Ingreso, Historia de la Enfermedad Actual, Listado de Problemas de salud, o Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente
- Especifique "Sí" si existe anotación de una enfermedad maligna en las Secciones Motivo de Ingreso, Historia de la Enfermedad Actual, Listado de Problemas de salud, o Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente
- Especifique "Se Sospecha" si tal conjetura diagnóstica está anotada en la Hoja de Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente.

Nota: En caso de que el ingreso del paciente fuera mayor de 15 días, y la conjetura diagnóstica de enfermedad maligna hubiera sido reflejada en la Hoja de Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente, revise la Lista de Problemas de Salud del paciente de la última Hoja de Evolución para determinar si la conjetura se aceptó o se desechó.

3.9.6 En el campo Infección:

- Especifique "No" si no hay anotación de infección alguna en las Secciones Motivo de Ingreso, Historia de la Enfermedad Actual, Listado de Problemas de salud, o Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente **Nota:** En caso de que el ingreso del paciente sea mayor de 15 días, revise la lista de Problemas de Salud del paciente en la última Hoja de Evolución para verificar si no se ha añadido este diagnóstico.
- Especifique "No Se Menciona" si, a pesar de que los signos y síntomas reflejados en el Motivo de Ingreso de la Historia Clínica del Paciente apunten hacia esta conjetura, no ha quedado explícitamente señalada.
- Especifique "Sí" si hay anotación de infección o sepsis (urinaria/renal/respiratoria/sistémica/ generalizada/abdominal) en las Secciones Motivo de Ingreso, Historia de la Enfermedad Actual, Listado de Problemas de salud, o Discusión Diagnóstica de la Historia Clínica del Paciente, y si se cuenta con el resultado de un examen microbiológico especificado, tal y como esté documentado en la Hoja de Complementarios de la Historia Clínica del paciente. Vea el Apartado 1. Definiciones y Términos de la Sección I. Procedimientos8

Nota: En caso de que esté anotada la conjetura diagnóstica de infección/sepsis, pero no esté registrado el resultado del correspondiente examen microbiológico, especifique "Sí" si ha habido una respuesta satisfactoria ante una antibioticoterapia instalada

3.9.7 En el campo En caso de respuesta afirmativa:

- Especifique "Existía al ingreso" si el paciente era portador de la infección en el momento del ingreso
- Especifique "La contrajo durante el ingreso" si el paciente contrajo la infección en algún momento del ingreso

3.10 Para rellenar la Parte 3 de la Encuesta:

3.10.1 En el campo En la Historia Clínica del paciente hay alguna referencia al estado nutricional del paciente:

- Especifique "No" si no se encuentra ninguna alusión al estado nutricional del paciente
- Especifique "Sí" en caso de encontrar en cualquier sección de la Historia Clínica del paciente cualquier información que refleje la afectación del estado nutricional por la enfermedad de base. Esta puede adoptar la forma de: 1) anotaciones vagas tipo Paciente flaco, Delgado, Toma del estado general, 2) observaciones directas como Paciente desnutrido, Pérdida de tantas libras de peso en tantos meses, 3) la inclusión de un diagnóstico de Desnutrición dentro de la lista de los problemas de salud del paciente. Obtenga esta información de las Secciones Historia de la Enfermedad Actual o Discusión diagnóstica de la Historia Clínica del paciente. En el

campo En caso de respuesta afirmativa, transcriba la información encontrada y la fecha de realización.

Nota: Alternativamente, la desnutrición del paciente puede aparecer en cualquier momento de la evolución clínica del paciente. Revise la última hoja de Evolución del paciente para comprobar si existe alguna anotación relativa al estado nutricional del paciente, o si ha sido incluida en la lista actualizada de problemas de salud.

3.10.2 En el campo Existen balanzas de fácil acceso para el paciente:

- Especifique "Sí" si estos equipos se encuentran ubicados en el cuarto que ocupa el paciente, o si están como máximo a 50 metros del lecho del paciente.
- Especifique "No" en caso contrario

3.10.3 En el campo Talla, transcriba la talla del paciente tal y como está asentada en la Sección Examen Físico de la Historia Clínica del paciente. Trace una raya en caso contraria.

3.10.4 En el campo Peso Habitual, transcriba el Peso Habitual del paciente tal y como está asentado en la Sección Examen Físico de la Historia Clínica del paciente, o en cualquier otra sección de la Historia Clínica (Historia de la Enfermedad, Discusión Diagnóstica, Primera Evolución). Trace una raya en caso contraria.

3.10.5 En el campo Peso al ingreso, transcriba el peso del paciente registrado en el momento del ingreso, tal y como está asentado en la Sección Examen Físico de la Historia Clínica del paciente. Trace una raya en caso contraria.

3.10.6 En el campo Peso Actual, transcriba el peso del paciente registrado en el momento en que se rellena la encuesta. Obtenga la información de la Hoja de Signos vitales de la Historia Clínica del paciente, de la Hoja de Balance Hidromineral, o de cualquier sección donde se lleve tal registro.

3.10.7 En el campo Se hicieron determinaciones de Albúmina:

- Especifique "No" si no existe registrado valor alguno de Albúmina sérica después de revisar la Sección de Complementarios de la Historia Clínica del paciente. Trace una raya en los campos de la variable
- Especifique "Sí" si se documentan valores iniciales y seriados de Albúmina sérica. Rellene el campo Determinación inicial con el valor de Albúmina tal y como se determinó en el momento del ingreso del paciente, como parte de la rutina de laboratorio. Obtenga la información de la Sección Complementarios de la Historia Clínica del paciente. Rellene el campo Determinación más cercana a esta encuesta con el siguiente valor de Albúmina. Rellene el campo Fecha de realización con la fecha en que se realizó esta determinación. Obtenga la información de la Sección Complementarios de la Historia Clínica del paciente.

Nota: Alternativamente, puede ocurrir que los resultados de los exámenes de Laboratorio (así como otros complementarios) queden anotados y discutidos en la correspondiente Hoja de Evolución de la Historia Clínica del paciente, y que no exista la Sección de Complementarios como tal. En tal caso, revise cuidadosamente las Hojas de Evolución en busca de la información referida.

3.10.8 En el campo Se hicieron Conteos de Linfocitos

- Especifique "No" si no existe registrado valor alguno de Conteo de Linfocitos después de revisar la Sección de Complementarios de la Historia Clínica del paciente. Trace una raya en los campos de la variable
- Especifique "Sí" si se documentan valores iniciales y seriados de Conteo de Linfocitos. Rellene el campo Conteo inicial con el valor de Conteo de Linfocitos tal y como se determinó en el momento del ingreso del paciente, como parte de la rutina de laboratorio. Obtenga la información de la Sección Complementarios de la Historia Clínica del paciente. Rellene el campo Conteo más cercano a esta encuesta con el siguiente valor de Conteo de Linfocitos. Rellene el campo Fecha de realización con la fecha en que se realizó esta determinación. Obtenga la información de la Sección Complementarios de la Historia Clínica del paciente.

Nota: Alternativamente, puede ocurrir que los resultados de los exámenes de Laboratorio (así como otros complementarios) queden anotados y discutidos en la correspondiente Hoja de Evolución de la Historia Clínica del paciente, y que no exista la Sección de Complementarios como tal. En tal caso, revise cuidadosamente las Hojas de Evolución en busca de la información referida.

3.11 Para rellenar la Parte 4:

3.11.1 En el campo Ayuno preoperatorio:

- Especifique "Sí" si el paciente hubo de ayunar en virtud de la ejecución de un proceder quirúrgico, y si tal condición quedó documentada en la Historia Clínica. Revise la Hoja de Evolución y la Hoja de Indicaciones de la Historia Clínica del paciente

- Especifique "No" en caso contrario.

Nota: Puede que se haya realizado el proceder quirúrgico en cuestión, pero que la condición de ayuno preoperatorio no haya sido reflejada. Está establecido que el paciente no desayune el día de la intervención quirúrgica, y generalmente transcurren unas 4 horas hasta la realización del acto operatorio. Ello sumaría unas 12 - 16 horas de ayuno desde la última comida del día anterior. En tal caso, especifique "Sí" y haga las observaciones correspondientes en la sección de Comentarios de la encuesta.

3.11.2 En el campo Ayunó alguna vez durante este ingreso:

- Especifique "No" si no hay constancia de que el paciente haya permanecido 12 horas o más sin ingerir alimentos durante el ingreso.
- Especifique "Sí" si en la Historia Clínica consta la suspensión de la vía oral por la realización de procedimientos diagnósticos o cualquier otra causa. Revise las Hojas de Evolución y de Indicaciones Terapéuticas del paciente.
- Sume las horas de ayuno sufridas por el paciente. Rellene el campo En caso de respuesta afirmativa con el total de horas de ayuno

Notas:

1. Puede anotar en la sección de Comentarios de la encuesta las causas de los ayunos

2. En algunas instituciones se acostumbra a conservar la Hoja de Indicaciones Terapéuticas del día presente en la Estación de Enfermería del Servicio. Consúltela para obtener información acerca de la suspensión (o no) de la vía oral.

3. Algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos implican suspensión temporal de la vía oral. Esta suspensión puede abarcar 12 - 16 horas después de la última comida del día anterior. Si en la Historia Clínica del paciente consta la realización del proceder, pero no la suspensión de la vía oral, anote el proceder realizado, y las horas hipotéticas de ayuno. Sume las horas así acumuladas. Rellene el campo En caso de respuesta afirmativa con esta suma.

4. Consulte el Anexo 2 para una lista de ejemplos de procedimientos y horas de ayuno asociadas

3.11.3 En el campo Se alimenta por vía oral:

- Especifique "No" si el paciente tiene suspendida la vía oral como parte de la evolución clínica, o en cumplimiento del proceder terapéutico
- Especifique "Sí" en caso contrario. Consulte la Hoja de Indicaciones Terapéuticas de la Historia Clínica del paciente.

3.11.4 En el campo Recibe suplementos dietéticos aparte de la dieta habitual:

- Especifique "No" si no se ha indicado algún suplemento dietético, o un nutriente enteral para complementar los ingresos energéticos y nutrimentales
- Especifique "Sí" si se ha indicado algún suplemento dietético o un nutriente enteral, además de la dieta hospitalaria corriente. Transcriba en el campo Cuál el tipo de suplemento dietético que consume el paciente. En el campo Fue indicado por el médico, especifique "Sí" si el suplemento dietético fue indicado por el médico de asistencia del paciente.

3.11.5 En el campo Está/Estuvo bajo Nutrición Enteral:

- Especifique "No" si no se ha conducido en el paciente un esquema de Alimentación por Sonda/Nutrición Enteral Completa en algún momento del ingreso
- Especifique "Sí" si se ha conducido. En el campo Fecha de inicio, escriba la fecha en que se inició el esquema de Nutrición Enteral Completa.
- En el campo Fecha de terminación, escriba la fecha de término del esquema de Nutrición Enteral Completa.
- Si el esquema de Nutrición Enteral Completa se encuentra actualmente en curso, especifique "Sí" en el campo Continúa bajo tratamiento.

3.11.6 En el campo Intermitente:

- Especifique "Sí" si el esquema de Alimentación por Sonda/Nutrición Enteral Completa se conduce intermitentemente. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "No" en caso contrario.

3.11.7 En el campo Continua:

- Especifique "Sí" si el esquema de Alimentación por Sonda/Nutrición Enteral Completa se conduce continuamente. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "No" en caso contrario.

3.11.8 En el campo Tipo de Infusión:

- Especifique "Gravedad" si el alimento/nutriente enteral se infunde por gravedad. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "En Bolos" si el alimento/nutriente enteral se infunde en bolos. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "Bomba" si el alimento/nutriente enteral se infunde mediante bombas. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos

3.11.9 En el campo Tipo de Dieta:

- Especifique "Artesanal" si el tipo de dieta que se administra es artesanal. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "Artesanal Modular" si el tipo de dieta que se administra es artesanal modulada. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "Modular" si el tipo de dieta que se administra es modulada. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos
- Especifique "Industrial Polimérica" si el tipo de dieta que se administra es industrial polimérica. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos

- Especifique "Industrial Oligomérica" si el tipo de dieta que se administra es industrial oligomérica. Consulte el Apartado 1. Definiciones y términos de la Sección I. Procedimientos.

3.11.10 En el campo Si recibe dieta industrializada:

- Especifique "Polvo" si la dieta industrializada se presenta en polvo
- Especifique "Líquida" si la dieta industrializada se presenta como líquido

3.11.11 En el campo Posición de la sonda:

- Especifique "Gástrica" si la sonda nasointestinal se coloca en el estómago
- Especifique "Postpilórica" si la sonda nasointestinal se coloca después del esfínter pilórico: duodeno o yeyuno

3.11.12 En el campo Sonda de:

- Especifique "Convencional (PVC)" si la sonda está hecha de cloruro de polivinilo (PVC). Las sondas nasogástricas de Levine son un ejemplo de sondas de PVC
- Especifique "Poliuretano/Silicona" si la sonda está hecha de poliuretano o silicona
- Especifique "Gastrostomía quirúrgica" si el acceso al tubo gastrointestinal se hizo a través de una sonda de gastrostomía que instaló en el transcurso de una laparotomía

- Especifique "Gastrostomía endoscópica" si el acceso al tubo gastrointestinal se hizo a través de una sonda de gastrostomía que se instaló en el transcurso de un proceder laparoscópico o endoscópico
- Especifique "Yeyunostomía" si el acceso al tubo gastrointestinal se hizo a través de una sonda de yeyunostomía.

3.11.13 En el campo Está/Estuvo bajo Nutrición Parenteral:

- Especifique "No" si no se ha conducido en el paciente un esquema de Nutrición Parenteral en algún momento del ingreso
- Especifique "Sí" si se ha conducido. En el campo Fecha de inicio, escriba la fecha en que se inició el esquema de Nutrición Parenteral
- En el campo Fecha de terminación, escriba la fecha de término del esquema de Nutrición Parenteral
- Si el esquema de Nutrición Parenteral se encuentra actualmente en curso, especifique "Sí" en el campo Continúa bajo tratamiento.

Nota: No se considerará la infusión de soluciones parenterales de Dextrosa al 5% como una modalidad de Nutrición Parenteral, aún cuando haya sido el único sostén energético de un paciente con la vía oral cerrada. En tales casos, especifique "No" en el campo Está/Estuvo bajo Nutrición Parenteral, pero haga las observaciones correspondientes en la Sección de Comentarios al final de la encuesta.

3.11.14 En el campo Nutrición Parenteral:

- Especifique "Central" si los nutrientes se infunden por alguna vía central (Yugular/Subclavia)

- Especifique "Periférica" si los nutrientes se infunden por vía periférica (Antecubital/Radial).

3.11.15 En el campo Nutrición Parenteral exclusiva con Glucosa:

- Especifique "Sí" si el esquema de Nutrición Parenteral sólo ha contemplado la infusión de soluciones de Dextrosa mayores del 10% (v/v)
- Especifique "No" si el esquema de Nutrición Parenteral contempla la infusión de otros macronutrientes (Grasas/Proteínas), además de, o en lugar de, Dextrosa.

3.11.16 En el campo Se han empleado lípidos parenterales:

- Especifique "Sí" si el esquema de Nutrición Parenteral contempla la infusión de lípidos parenterales (Lipovenoes de Fresenius AG, Lipofundin de Braun Melsungen). Especifique el campo que corresponda a la proporción de grasas de la solución parenteral
- En el campo Cuántas veces por semana se usan los lípidos, especifique el campo que describa la frecuencia de uso semanal de las soluciones de lípidos parenterales
- Especifique "No" en caso contrario.

3.11.17 En el campo Esquema 3:1 (Todo en Uno):

- Especifique "Sí" si el esquema de Nutrición Parenteral se infunde como una mezcla 3:1 (Todo-en-Uno) de los macronutrientes (Carbohidratos/Grasas/Proteínas)

Nota: La mezcla 3:1 puede prepararse a la orden, en el Servicio de Farmacia de la institución, o ser provista comercialmente (Sistema NutriMix de Braun Melsungen)

- Especifique "No" en caso contrario.

3.11.18 En el campo Vía de acceso:

- Especifique "Subclavia" si la vía de acceso venoso radica en la vena subclavia
- Especifique "Yugular" si la vía de acceso venoso radica en la vena yugular
- Especifique "Diseccción venosa" si fue necesario practicar tal proceder para instalar el acceso venoso
- Especifique "Otras" si la vía actual de acceso venoso no está contemplada en las opciones anteriores. Describa la vía actual en la Sección de Comentarios al final de la encuesta.

3.11.19 En el campo Catéter exclusivo para la Nutrición:

- Especifique "Sí" si la función del catéter que sirva como vía de acceso venoso es única y exclusivamente la infusión de nutrientes parenterales
- Especifique "No" si el catéter cumple otras funciones aparte de vía de nutrición artificial. Ejemplo: provisión de medicamentos.

3.11.20 En el campo Tipo de Acceso:

- Especifique "Teflon" si el catéter empleado está construido con tal material
- Especifique "Poliuretano/Silicona" si el catéter empleado está construido con alguno de estos materiales
- Especifique "Otras" si el material del que está construido el catéter no está contemplado en las opciones anteriores. Haga la mención correspondiente en la Sección de Comentarios al final de la encuesta.

3.11.21 En el campo Bombas de infusión:

- Especifique "Sí" si se emplean bombas de infusión para la administración de las soluciones de nutrientes parenterales
- Especifique "No" en caso contrario.

3.11.22 En el campo Frascos:

- Especifique "Sí" si los nutrientes parenterales se administran directamente de sus frascos de presentación
- Especifique "No" en caso contrario.

3.11.23 En el campo Bolsa:

- Especifique "Sí" si los nutrientes parenterales se administran en bolsas
- Especifique "No" en caso contrario.

4. Cálculos:

4.1 Conteo Total de Linfocitos

$$\begin{array}{l} \text{Conteo Total de} \\ \text{Linfocitos} \\ \text{(cél/mm}^3\text{)} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Conteo Global} \\ \text{de} \\ \text{Leucocitos} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Conteo Diferencial} \\ \text{de} \\ \text{Linfocitos} \end{array} \times 10$$

5. Interpretación de los resultados:

5.1 Distribuya los resultados de la encuesta según las Malas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado. Consulte el Anexo 3. Prácticas indeseables actuales que afectan el estado nutricional de los pacientes ingresados

5.2 Califique la calidad de la atención nutricional que recibe el paciente según los resultados de la estratificación. Siga la escala siguiente:

Número de Malas Prácticas Observadas	Calificación
0	Bien
1 – 3	Aceptable

3 – 4	Regular
≥ 5	Mal

ENCUESTA DE NUTRICION HOSPITALARIA

Fecha de Evaluación _____

Hora de Inicio _____

Parte 1

Entrevistador: _____ Profesión: _____
 Identificación: _____

1. Datos del Hospital

Hospital:		Ciudad:		Provincia:	
Nivel de Atención	<input type="checkbox"/> Secundario	<input type="checkbox"/> Terciario	Categoría	<input type="checkbox"/> Docente	<input type="checkbox"/> No Docente
Funciona en la institución un Grupo/Equipo Terapia Nutricional				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

2. Datos del Paciente

Ciudad/Provincia de Residencia:					
Fecha de ingreso:			HC:		
Servicio/Especialidad Médica:					
Edad		Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Color de la Piel		<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Mestiza	<input type="checkbox"/> Amarilla
Ocupación: _____					
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Preuniversitario	<input type="checkbox"/> Técnico Medio	<input type="checkbox"/> Universitaria

Parte 2

Motivo de Ingreso	
_____	CIE _____
_____	CIE _____
_____	CIE _____
Enfermedades de base	
_____	CIE _____
_____	CIE _____
_____	CIE _____

Tratamiento quirúrgico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Programada
En caso de respuesta afirmativa, qué tipo de operación se realizó (Omita re intervenciones)			
_____		Fecha de la operación _____	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se sospecha
Infección	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se menciona
En caso de respuesta afirmativa	<input type="checkbox"/> Existía al ingreso	<input type="checkbox"/> La contrajo durante el ingreso	
Parte 3			
En la Historia Clínica del Paciente hay alguna referencia al estado nutricional del paciente		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de respuesta afirmativa, qué tipo de anotación se hizo _____ _____		Fecha de la anotación _____ _____	
Existen balanzas de fácil acceso para el paciente		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Talla _____ cm	Peso Habitual _____ Kg	Peso al Ingreso _____ Kg	Peso Actual _____ Kg
Se hicieron determinaciones de Albúmina		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Determinación Inicial _____ g/L	Determinación más cercana a esta encuesta _____ g/L	Fecha de realización _____	
Se hicieron recuentos de Linfocitos		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Conteo Inicial _____ cél/mm ³	Conteo más cercano a esta encuesta _____ cél/mm ³	Fecha de realización _____	

ENCUESTA DE NUTRICION HOSPITALARIA

Parte 4		
Ayuno preoperatorio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ayunó alguna vez durante este ingreso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de respuesta afirmativa, por cuánto tiempo (Sume todas las veces en que haya estado en ayunas)		_____ días
Se alimenta por vía oral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Recibe suplementos dietéticos aparte de la dieta habitual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Cuál		Fue indicado por el médico		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Rellene estos campos si el paciente ha recibido alimentos/nutrientes mediante sondas u ostomías						
Está/Estuvo bajo Nutrición Enteral			Fecha de Inicio			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Continúa bajo tratamiento	Fecha de Terminación			
Intermitente		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Continua	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tipo de Infusión			<input type="checkbox"/> Gravedad	<input type="checkbox"/> Bolos	<input type="checkbox"/> Bomba	
Tipo de Dieta	<input type="checkbox"/> Artesanal	<input type="checkbox"/> Artesanal Modular	<input type="checkbox"/> Modular	<input type="checkbox"/> Industrial Polimérica	<input type="checkbox"/> Industrial Oligomérica	
Si recibe dieta industrializada		<input type="checkbox"/> Polvo		<input type="checkbox"/> Líquida		
Posición de la Sonda			<input type="checkbox"/> Gástrica	<input type="checkbox"/> Postpilórica	<input type="checkbox"/> Desconocida	
Sonda de	<input type="checkbox"/> Convencional (PVC)	<input type="checkbox"/> Poliuretano/Silicona	<input type="checkbox"/> Gastrostomía quirúrgica	<input type="checkbox"/> Gastrostomía endoscópica	<input type="checkbox"/> Yeyunostomía	
Rellene estos campos si el paciente ha recibido infusiones parenterales de nutrientes						
Está/Estuvo bajo Nutrición Parenteral			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Continúa bajo tratamiento	
Nutrición Parenteral			<input type="checkbox"/> Central		<input type="checkbox"/> Periférica	
Fecha de Inicio			Fecha de Término			
_____			_____			
Nutrición Parenteral Exclusiva con Glucosa			<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
Se han empleado lípidos parenterales			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20%	
Cuántas veces por semana se usan los lípidos			<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> 4 o Más	
Esquema 3:1 (Todo en Uno)			<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
Vía de acceso		<input type="checkbox"/> Subclavia	<input type="checkbox"/> Yugular	<input type="checkbox"/> Disección venosa	<input type="checkbox"/> Otras	
Catéter exclusivo para la Nutrición			<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
Tipo de Acceso		<input type="checkbox"/> Teflón	<input type="checkbox"/> Poliuretano/Silicona	<input type="checkbox"/> Otras		

Bomba de Infusión		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Frascos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bolsa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Hora de Término: _____

Observaciones:

TIEMPOS DE AYUNO ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE ALGUNOS PROCEDERES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

PROCEDER	HORAS DE AYUNO
Intervención quirúrgica	24
Colangiopancreatografía retrógrada por endoscopía (CPRE)	36
Endoscopía	12
Drenaje de vías biliares	14
Ultrasonido abdominal (si incluye vías biliares)	12
Colon por enema	12
Colonoscopia	12
Laparoscopia	24
Examen contrastado de Estómago, Esófago y Duodeno	12

PRÁCTICAS INDESEABLES ACTUALES QUE AFECTAN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS

1. Falla en registrar el peso y la talla del paciente.
2. Rotación frecuente de los integrantes del equipo de atención.
3. Dilución de las responsabilidades en el cuidado del paciente.
4. Uso prolongado de soluciones parenterales salinas y glucosadas como única fuente de aporte energético.
5. Falla en registrar los ingresos alimentarios del paciente.
6. Ayunos repetidos debido a la realización de pruebas diagnósticas.
7. Administración de alimentos por sondas enterales en cantidades inadecuadas, con composición incierta, y bajo condiciones higiénicamente inadecuadas.

8. Ignorancia de la composición de las mezclas vitamínicas y otros productos nutricionales.
9. Falla en reconocer las necesidades nutricionales incrementadas debido a la agresión o la enfermedad de base.
10. Conducción de procedimientos quirúrgicos sin antes establecer que el paciente está nutricionalmente óptimo, y falla en aportar el apoyo nutricional necesario en el postoperatorio.
11. Falla en apreciar el papel de la Nutrición en la prevención y el tratamiento de la infección; la confianza desmedida en el uso de antibióticos.
12. Falta de comunicación e interacción entre el médico y la dietista. Como profesionales integrantes de los equipos de salud, las dietistas deben preocuparse del estado nutricional de **cada uno** de los pacientes hospitalizados (Nota del Traductor: Enfatizado en el original).
13. Demora en el inicio del apoyo nutricional hasta que el paciente se encuentra en un estado avanzado de desnutrición, que a veces es irreversible.
14. Disponibilidad limitada de pruebas de laboratorio para la evaluación del estado nutricional del paciente; falla en el uso de aquellos disponibles.

ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA EL USO CORRECTO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION GLOBAL SUBJETIVA FORMULARIO 2

La ESG es autoexplicativa, y no se requiere de un entrenamiento exhaustivo para rellenarla correctamente. No obstante, algunas variables pueden presentarle problemas de interpretación al entrevistador, se sugiere proceder como se explica en este instructivo:

A. Propósito.

Describir las acciones para la realización de la Evaluación Subjetiva Global del Estado Nutricional del paciente hospitalizado, y el relleno de la encuesta con los resultados de la evaluación.

B. Aplicable.

A los equipos básicos de trabajo de los Servicios del Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

C. Responsabilidades.

- El Jefe del Equipo Básico de Trabajo se encargará de la implantación del PNO.
- Responsable de la ejecución: Médico de asistencia del paciente hospitalizado, Enfermera o Dietista del equipo básico de trabajo debidamente entrenado.
- Responsable del control: Expertos del Grupo de Apoyo Nutricional.

D. Condiciones de seguridad.

No procede.

E. Equipos.

- Balanza “doble romana” con tallímetro incorporado y escala decimal
- Tallímetro
- Calculadora con las 4 operaciones matemáticas integradas (suma, resta, multiplicación, división)

F. Materiales y reactivos.

- Bolígrafo de tinta negra o azul.

G. Operaciones preliminares.

- Talle al paciente.
- Registre la talla (centímetro) del paciente.
- Pese al paciente.
- Registre el peso actual (Kilogramo) del paciente, y la hora de la lectura.
- Consulte el PNO 2.013.98: “Mediciones antropométricas”.

H. Necesidades de documentación.

- Encuesta de Evaluación Subjetiva Global del Estado Nutricional del paciente hospitalizado.
- Historia Clínica del Paciente.

I. Procedimientos.

1. Definiciones y términos:

- Ascitis: Colección líquida libre dentro de la cavidad peritoneal. La ascitis se produce ante una caída en la presión oncótica de las proteínas plasmáticas. La ascitis se reconoce por un aumento de la circunferencia del abdomen,

aumento de la matidez abdominal a la percusión, y la constatación del signo de la onda líquida. En casos de ascitis importante, se observa un vientre distendido, péndulo cuando el paciente adopta la estación de pie, y con el ombligo evertido.

-Brazo dominante: Brazo empleado por el paciente para escribir y realizar artes manuales. Generalmente el brazo derecho es el brazo dominante.

-Brazo no dominante: Brazo contrario al dominante.

-Edemas: Infiltración de los tejidos celulares subcutáneos por líquido. Los edemas también pueden deberse a una caída en la presión oncótica de las proteínas plasmáticas. Los edemas se reconocen ante un aumento del volumen de las zonas declives del cuerpo, con borramiento de los accidentes óseos, y la constatación del godet después de la digitopuntura.

-ESG: Encuesta de Evaluación Subjetiva Global del Estado Nutricional del paciente hospitalizado: Herramienta clínica que permite evaluar el estado nutricional del paciente mediante la recogida y el análisis de datos de la Historia Clínica y el Examen Físico.

- Estructura de la ESG: La ESG consta de un Encabezado y de un Cuerpo.

- Encabezado: Parte de la ESG que contiene el identificador.

El identificador comprende los campos siguientes:

- ◆ Nombre(s) y Apellidos del paciente
- ◆ HC: Número de la Historia Clínica del Paciente
- ◆ Sexo

- ◆ Edad
- ◆ Sala (donde se encuentra internado el paciente en el centro de atención médica)
- ◆ Cama (que ocupa el paciente en la sala del centro de atención médica)
- ◆ Fecha: Fecha de realización de la encuesta
- ◆ Talla: Distancia (en centímetro) entre el vértex y el plano de apoyo del individuo. Sinonimia: Sinonimia: Estatura, Altura.
- ◆ Peso Actual: Peso (Kilogramo) del paciente registrado en el momento de la entrevista

- Cuerpo: El Cuerpo de la ESG contiene a la encuesta propiamente dicha.

La encuesta comprende 2 partes: HISTORIA CLINICA y EXAMEN FISICO.

- Historia Clínica: Parte de la ESG que relaciona datos referidos por el paciente durante el interrogatorio.

La Historia Clínica comprende 5 secciones: Peso, Ingesta alimentaria respecto de la habitual, Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días, Capacidad funcional, y Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales.

Sección	Número de variables que comprende
Peso	5

Ingesta alimentaria respecto de la habitual	3
Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días	1
Capacidad funcional	3
Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales	2

- Examen Físico: Parte de la ESG que recoge datos obtenidos durante la observación e inspección del paciente.

El Examen Físico comprende una sección que contiene 5 variables.

-Variable: Signo (objetivo/subjetivo) que, una vez registrado, permite elaborar un diagnóstico del estado nutricional del paciente.

La ESG comprende 19 variables de distinto tipo:

- ◆ **Peso Habitual**: Peso (Kilogramo) del paciente durante los últimos 6 meses anteriores a la entrevista
- ◆ **Perdió Peso en los últimos 6 meses**: Percepción de cambios significativos en el peso corporal en los últimos 6 meses. La pérdida gradual de peso a lo largo de seis meses puede indicar, bien una enfermedad crónica progresiva, o tan solo un cambio de hábitos en la dieta
- ◆ **Cantidad perdida**: Diferencia (Peso Habitual - Peso Actual). Expresa la pérdida absoluta de peso ocurrida en los últimos 6 meses

- ◆ % Pérdida: Pérdida de peso corregida para el peso habitual del paciente. Expresa la pérdida relativa de peso ocurrida en los últimos 6 meses. Se reporta como porcentaje del peso habitual del paciente
- ◆ En las últimas dos semanas: Refleja el patrón de pérdida de peso en los últimos 15 días, cuando se compara con el patrón registrado durante los últimos 6 meses. Pérdidas importantes de peso en las últimas dos semanas suelen indicar un mayor riesgo de desnutrición
- ◆ Ingesta alimenticia respecto de la habitual: Refleja los cambios en la ingesta alimenticia del paciente que hayan ocurrido en los últimos tiempos antes de la entrevista
- ◆ Hace cuánto tiempo: Recoge los días de duración de los cambios que hayan ocurrido en la ingesta alimenticia del paciente
- ◆ Para qué tipo de dieta: Refleja el tipo de dieta que el paciente se ha visto obligado a adoptar en los últimos tiempos como consecuencia del proceso salud-enfermedad
- ◆ Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días: Recoge la presencia de síntomas relacionados con el funcionamiento del tracto gastrointestinal que repercuten negativamente sobre el estado nutricional del paciente: Vómitos, Náuseas, Diarreas, Falta de apetito, Disfagia, Dolor abdominal
- ◆ Capacidad funcional: Refleja los cambios en la capacidad del paciente de enfrentar y resolver la carga de tareas cotidianas que le impone la vida en familia, laboral y social en general

- ◆ Hace cuánto tiempo: Recoge los días de duración de los cambios que hayan ocurrido en la capacidad funcional del paciente en los últimos tiempos antes de la entrevista
- ◆ Para qué tipo de actividad: Refleja el tipo de la actividad física que desarrolla actualmente el paciente como consecuencia del proceso salud-enfermedad
- ◆ Diagnósticos principales: Recoge el(los) motivo(s) actual(es) de ingreso del paciente
- ◆ Demandas metabólicas: Recoge si la enfermedad actual del paciente provoca un incremento significativo en las necesidades del paciente de macro- y micronutrientes
- ◆ Pérdida de Grasa subcutánea en Triceps y Tórax: Recoge el grado de pérdida de los depósitos de grasa subcutánea en triceps y tórax
- ◆ Pérdida de Masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales: Recoge el grado de pérdida de masa muscular de los grupos del cuádriceps, deltoides y temporales
- ◆ Edemas en los tobillos: Recoge la presencia de edemas en los tobillos del paciente
- ◆ Edemas en el sacro: Recoge la presencia de edemas en la región sacra del paciente
- ◆ Ascitis: Recoge la presencia de ascitis en el paciente

2. Fundamento del método:

La Evaluación Subjetiva Global del Estado Nutricional del paciente hospitalizado se concibe como una herramienta del médico de asistencia para evaluar primariamente si el paciente está desnutrido o no, antes de emprender otras acciones más costosas. Mediante un sencillo interrogatorio y la recogida de varios signos clínicos se puede concluir si el estado nutricional del paciente es bueno o no. La Evaluación Subjetiva Global del Estado Nutricional del paciente hospitalizado se aplica en el pesquisaje de la desnutrición energético-nutricional intrahospitalaria.

3. Procedimientos:

3.1 Indique una ESG del estado Nutricional del paciente hospitalizado en los siguientes casos:

- Todo paciente que sea nuevo ingreso
- Todo paciente que permanezca ingresado en salas de Medicina Interna durante más de 15 días
- Todo paciente ingresado en unidades críticas de atención (Terapia Intermedia/Terapia Intensiva)
- Todo paciente ingresado en el que se indique una intervención quirúrgica u ortopédica
- Todo paciente que recibirá tratamiento radiante y/o quimioterápico
- Todo paciente en el que la evolución de la enfermedad actual haga sospechar la presencia de estados de hipercatabolia
- Todo paciente en el que se documenten ingresos nutrimentales inferiores al 60% de las necesidades diarias.

3.2 Rellene los campos del identificador con letra clara y legible. Trate de emplear letra de molde siempre que sea posible

3.3 En caso de equivocación, no borre la entrada incorrecta, ni la oblitere con tinta de bolígrafo o pasta blanca. Trace una raya a lo largo de la entrada incorrecta, y escriba al lado la entrada correcta

3.4 Rellene el campo "HC" con el número del Carnet (Tarjeta) de Identidad del paciente

3.5 Rellene el campo "FECHA" con el formato D/M/AAAA, si el día $D \leq 9$, y/o si el mes $M \leq 9$, y DD/MM/AAAA, en caso contrario. Ej.: 2/2/1998, 20/11/1998.

3.6 Marque con una cruz ("X") en el nivel de respuesta que corresponda a cada una de las variables de la encuesta.

3.7 La ESG es autoexplicativa, y no se requiere de un entrenamiento exhaustivo para rellenarla correctamente. No obstante, algunas variables pueden presentarle problemas de interpretación al entrevistador. Proceda tal como se describe a continuación:

3.7.1 Rellene la variable Cantidad perdida de la sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA con la diferencia (Peso Habitual - Peso Actual). Consulte el Apartado 4. Cálculos de la Sección I. Procedimientos de este documento.

3.7.2 Rellene la variable % Pérdida de la sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA con el porcentaje del peso habitual del paciente. Consulte el Apartado 4. Cálculos de la Sección I. Procedimientos de este documento.

3.7.3 Al registrar la variable Perdió Peso en los últimos 6 meses de la sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

En caso de que el paciente ignore cuál era su peso habitual, o no esté seguro de la cantidad, en libra o kilogramo, que ha perdido, pregúntele:

- ¿Ha tenido que cambiar la talla de su ropa?
- ¿Ha tenido que ajustar su cinturón?
- ¿Le han dicho sus parientes o amigos que se ve muy delgado?

3.7.4 Al registrar la variable En las últimas dos semanas de la sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

Trate de establecer el patrón de pérdida de peso durante las últimas dos semanas. Pregúntele:

- ¿Ha empezado a perder peso en las últimas dos semanas?
- ¿Ha seguido perdiendo peso en las dos últimas semanas?
- ¿Se ha estabilizado su pérdida de peso?

- ¿Ha recuperado algo del peso que había perdido?

3.7.5 Al rellenar la sección 2. Ingesta alimenticia respecto de la habitual, Parte

1. HISTORIA CLINICA:

Trate de establecer la cantidad y calidad de las ingestas alimenticias del paciente, y el patrón dietético que sigue el paciente actualmente. Pregúntele:

- ¿Han cambiado sus hábitos de alimentación?
- ¿Come usted lo mismo que las otras personas en su casa?
- ¿Qué clase de alimentos ha estado comiendo?
- ¿Está comiendo alimentos sólidos o solamente ingiere líquidos?
- ¿Qué cantidad de alimentos está comiendo? ¿Esa cantidad ha cambiado?
- ¿Se queda satisfecho con la cantidad que come?
- ¿Ha tenido que ayunar?
- ¿En algún momento ha estado más de 24 horas sin ingerir alimentos?
- ¿Le han administrado líquidos por vía venosa? ¿Qué tipo de líquidos?
- ¿Por cuánto tiempo han durado estos cambios en su alimentación?

3.7.6 Al rellenar la sección 3. Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

Establezca la presencia de síntomas de disfunción del tracto gastrointestinal que se hayan prolongado en el tiempo. Considere como persistente todo síntoma que se haya presentado (casi) diariamente durante 15 días (o más).

Las diarreas o vómitos de corta duración pueden ser un problema menor, pero si se prolongan se les debe prestar atención. El vómito persistente, con diarrea

o sin ella, si se combina con anorexia y náuseas, puede poner al paciente en riesgo grave de desnutrición.

Pregúntele al paciente:

- ¿Ha tenido usted vómito?
- ¿Vomita cada día? ¿Vomita con frecuencia? ¿Si ello es así, cuánto ha durado esa situación?
- ¿Tiene usted náuseas?
- ¿Cuántas deposiciones hace por día? ¿Cuánto tiempo ha durado esta situación?
- ¿Ha perdido el apetito? ¿Por cuánto tiempo?
- ¿Ha tenido dolor abdominal? ¿Muy intenso? ¿Por cuánto tiempo?

3.7.7 Al rellenar la sección 4. Capacidad funcional, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

Establezca si el paciente se ha visto obligado a cambiar sus hábitos y estilos de vida, y si ha tenido que renunciar a ejecutar actividades que en otros momentos hubiera realizado sin grandes esfuerzos. Las personas enfermas pueden estar débiles, cansarse con facilidad, y/o carecer de la motivación para mantener su actividad física diaria. El profesional debe preguntarle al enfermo sobre las actividades que realiza actualmente cada día, y utilizar esta información para efectuar comparaciones con los niveles ordinarios de actividad antes del momento corriente.

Pregúntele al paciente:

- ¿Está usted trabajando normalmente?

- ¿Ha cambiado la cantidad de trabajo que realiza?
- ¿Ha tenido que recortar la duración de su jornada laboral?
- ¿Ha dejado usted su trabajo?
- ¿Cuántas tareas domésticas está realizando ahora, en comparación con las que hacía antes de enfermar?
- ¿Cuánto tiempo pasa acostado en su cama o sentado en algún sillón o sofá?
- ¿A pesar de estar encamado, puede valerse todavía por sí mismo para bañarse y hacer sus necesidades?

3.7.6. Al rellenar la sección 5. Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

Muchas enfermedades cambian las exigencias metabólicas del organismo. En la mayoría de las situaciones, aumentan los requerimientos de energía y proteínas de la persona enferma.

Sin embargo, algunas enfermedades pueden disminuir la actividad metabólica, y por ello la persona necesitará menos nutrientes.

Clasifique las demandas metabólicas impuestas por la enfermedad actual del paciente como sigue:

- **Estrés bajo:** Como en el paciente con una hernia inguinal y sin ninguna otra enfermedad. Asigne a las enfermedades malignas un estrés bajo
- **Estrés moderado:** Como en el individuo diabético con neumonía.
- **Estrés elevado:** En situaciones tales como: Peritonitis, crisis aguda de colitis ulcerativa, con diarreas sanguinolentas profusas y diarias, heridas abiertas e infectadas, escaras infectadas, fístulas, intervención quirúrgica

mayor de menos de 15 días de efectuada, Quimioterapia, Radioterapia, Fiebre > 38°C > 3 días consecutivos.

3.8 Realice un Examen físico somero y global del paciente

3.8.1 Al rellenar la Sección 1. Pérdida de Grasa subcutánea en Triceps y Tórax, Parte 2. EXAMEN FISICO:

- Inspeccione el tórax del paciente. Fíjese en los pectorales. Fíjese en la apariencia de las escápulas y las apófisis espinosas de la columna dorsal
- En el caso de las mujeres, inspeccione también las mamas
- Pellizque el triceps del paciente, a la mitad de la longitud del brazo no dominante. Establezca el grosor del pellizco

Establezca la ausencia/presencia de pérdida de la grasa subcutánea en triceps y tórax si:

	Pérdida de Grasa subcutánea en Triceps y Tórax		
	Ausente	Leve	Importante
Tórax	Lleno	Ligeramente aplanado	Jaula costal prominente
Pectorales	Llenos, turgentes	Ligeramente aplanados	Emaciados

Escápulas y apófisis espinosas de la columna dorsal	Envueltas en el espesor de la grasa de la espalda	Ligeramente sobresalientes	Sobresalientes ("Aladas") Apófisis espinosas sobresalientes
Mamas (en la mujer)	Llenas, turgentes	Ligeramente disminuídas	Emaciadas ("Secas")
Pellizco del tríceps	Grueso Sensación de atrapar grasa entre los dedos	Disminuído	Ausente Sensación de atrapar sólo piel entre los dedos

3.8.2 Al rellenar la Sección 2. Pérdida de Masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales, Parte 2. EXAMEN FISICO:

- Inspeccione la turgencia y el tono muscular de los músculos cuádriceps (muslos)
- Inspeccione la turgencia y el tono muscular de los músculos deltoides (hombros)
- Inspeccione la turgencia y el tono muscular de los músculos temporales

Establezca la ausencia/presencia de pérdida de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales si:

	Pérdida de masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales		
	Ausente	Leve	Importante
Cuádriceps	Turgentes Tono muscular presente	Turgencia disminuída Tono muscular debilitado	Ausentes Tono muscular ausente
Deltoides	Turgentes Tono muscular presente	Turgencia disminuída Tono muscular debilitado	Ausentes Tono muscular ausente Rectificación de los hombros
Temporales	Turgentes Tono muscular presente	Turgencia disminuída Tono muscular debilitado	Ausentes Tono muscular ausente

3.8.3 Al rellenar la Sección 3. Edemas en los tobillos, de la Parte 2. EXAMEN FISICO:

- Pregúntele al paciente si ha notado que los pies se le hinchan cuando permanece sentado, o de pie, durante un tiempo prudencial. Pregúntele si ha notado que esta hinchazón desaparece cuando se acuesta

- Establezca si el edema es "frío", esto es, si no se constata un incremento de la temperatura local
- Establezca la presencia de godet

Establezca la ausencia/presencia de edemas en los tobillos si:

	Edemas en los tobillos		
	Ausente	Leve	Importante
Apariencia	Relieves óseos destacables	Ligeramente borrados	Completamente borrados
Godet	Ausente	Difícil Desaparece poco tiempo después de la digitopuntura	Fácil Persistente

3.8.4 Al rellenar la Sección 4. Edemas en el sacro, de la Parte 2. EXAMEN FÍSICO:

- Establezca si el edema es "frío", esto es, si no se constata un incremento de la temperatura local
- Establezca la presencia de godet

Establezca la ausencia/presencia de edemas en el sacro si:

	Edemas en el sacro		
	Ausente	Leve	Importante
Apariencia	Relieves óseos destacables	Ligeramente borrados	Completamente borrados
Godet	Ausente	Difícil Desaparece poco tiempo después de la digitopuntura	Fácil Persistente

3.8.5 Al rellenar la Sección 5. Ascitis, de la Parte 2. EXAMEN FISICO:

- Observe la apariencia del vientre del paciente en las estaciones de pie y acostado
- Constata la presencia de ascitis

Establezca la presencia de ascitis si:

	Ascitis		
	Ausente	Leve	Importante

Apariencia	Vientre suave, depresible	Ligeramente distendido	Vientre prominente, globuloso Ombligo evertido
Percusión	Característica	Aumento de la matidez percutoria	Matidez percutoria

3.9 No deje ninguna variable de la ESG sin responder

3.10 Anote al final de la encuesta el diagnóstico nutricional correspondiente.

4. Cálculos:

4.1 Diferencia (Peso Habitual – Peso Actual):

Diferencia (Peso Habitual – Peso Actual) = Peso Habitual – Peso Actual
--

4.2 %Pérdida en relación al Peso Habitual:

$$\% \text{Pérdida en relación al Peso Habitual} = \frac{(\text{Peso Actual} - \text{Peso Habitual})}{\text{Peso Habitual}} \times 100$$

5. Informe de los resultados:

5.1 Establezca el estado nutricional del paciente como A: Bien Nutrido, B: Moderadamente Desnutrido (o Sospechoso de Desnutrición), o C: Gravemente Desnutrido

5.2 Utilice los resultados de las variables % Pérdida en relación al Peso Habitual (sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA), Pérdida de Grasa subcutánea en Triceps y Tórax (Parte 2. EXAMEN FISICO), y Pérdida de Masa Muscular en Cuadriceps, Deltoides y Temporales (Parte 2. EXAMEN FISICO), y de la sección 2. Ingesta alimenticia respecto de la Habitual (Parte 1. HISTORIA CLINICA) para establecer el diagnóstico del estado nutricional

5.3 No utilice la variable % Pérdida en relación al Peso Habitual (sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA) si existen en el paciente edemas, ascitis o masas tumorales de gran tamaño

5.4 La exploración de la integridad de las masas musculares puede afectarse por la presencia de enfermedades neurológicas

5.5. La observación de edemas en sacro y tobillos no depende sólo de desnutrición, sino también de la presencia concomitante de enfermedades cardiovasculares, hepáticas o renales

5.6 Establezca el diagnóstico A: Bien Nutrido si:

- La pérdida de peso ha sido igual o menor del 5% en relación con el habitual, y ha ocurrido de forma gradual en los últimos 6 meses
- No han ocurrido alteraciones en la ingesta alimenticia corriente respecto de la habitual
- No se han presentado síntomas gastrointestinales durante más de 15 días
- La capacidad funcional está conservada
- La enfermedad de base no ha provocado un incremento en las demandas metabólicas del paciente, o si lo hecho, ha sido sólo en una cuantía baja
- No ha ocurrido pérdida de la grasa subcutánea en triceps y tórax. En caso de que haya ocurrido, esta pérdida ha sido leve
- No ha ocurrido pérdida de la masa muscular en cuadriceps, deltoides y temporales. En caso de que haya ocurrido, esta pérdida ha sido leve
- No hay edemas en los tobillos (en ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, o hepática)
- No hay edemas en el sacro (en ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, o hepática)
- No hay ascitis (en ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, o hepática)

5.7 Establezca el diagnóstico B: Moderadamente Desnutrido (o Sospechoso de desnutrición) si:

- La pérdida de peso ha sido (al menos) del 5% en los últimos 15 días antes de la entrevista
- El paciente refiere no sólo que no ha recuperado al menos parte del peso habitual, sino que continúa perdiendo
- Ha ocurrido una reducción significativa en las ingestas alimenticias
- Pérdida moderada de la grasa subcutánea en triceps y tórax
- Pérdida moderada de la masa muscular en cuadriceps, deltoides y temporales

5.8 Establezca el diagnóstico C: Gravemente Desnutrido si:

- La pérdida de peso es mayor del 10% en los últimos 6 meses
- Ha ocurrido una pérdida neta de peso mayor del 5% en los últimos 15 días
- El paciente continúa perdiendo peso en los últimos 5 días
- Ha ocurrido pérdida importante de la grasa subcutánea en triceps y tórax
- Ha ocurrido pérdida importante de la masa muscular en cuadriceps, deltoides y temporales
- Se observan edemas moderados o importantes en los tobillos
- Se observan edemas moderados o importantes en el sacro

5.9 Establezca el diagnóstico C: Gravemente Desnutrido ante evidencias inequívocas de desnutrición grave

5.10 La ESG es una herramienta que refleja el criterio subjetivo del entrevistador. Para establecer un diagnóstico nutricional no se emplea un

esquema de puntaje numérico. En su lugar, el diagnóstico nutricional se establece según la impresión que del paciente tenga el entrevistador

5.11 Pueden existir hallazgos que inclinen al entrevistador a asignarle al paciente un peor diagnóstico nutricional que el que realmente le corresponde. Para evitar esto, se le recomienda al entrevistador que sea moderado en su juicio clínico. Se trata de que el diagnóstico nutricional sea específico, en vez de sensible

5.12 Si los resultados de la ESG que pudieran inclinar al entrevistador a establecer un diagnóstico B son equívocos o dudosos, entonces asigne un diagnóstico A.

Criterio	Evaluación Subjetiva Global		
	A	B	C
Pérdida de peso en los 6 meses previos	< 5%	5 – 10%	> 10%
Pérdida neta de peso en los últimos 15 días	< 1%	1 – 5 %	> 5%
Ingresos dietéticos	> 90% de las necesidades	70 – 90%	> 70%
Síntomas gastrointestinales:	Ninguno	Intermitentes	De presentación

Vómitos/Diarreas/Náuseas			diaria durante > 2 semanas
Capacidad funcional, Autonomía y validismo	Preservada	Reducida	Encamado
Características de la enfermedad	Inactiva En remisión	Latente	Presente Agudizada/En crisis
Grasa subcutánea	Preservada	Disminuida	Gravemente disminuida Ausente
Masa muscular	Preservada	Disminuida	Gravemente disminuida Ausente
Edemas en tobillos y sacro	Ninguno	Ligeros	Marcados
Ascitis	Ninguno	Ligeros	Marcados

6. Interpretación de los resultados:

6.1 Utilice los resultados de la ESG para establecer pronósticos sobre el éxito de la intervención médico-quirúrgica que se propongan en el paciente:

Diagnóstico	Pronóstico
--------------------	-------------------


nutricional	
A	Excelente
B	Reservado
C	Malo

6.2 Utilice los resultados de la ESG para el diseño de las medidas de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica:

Diagnóstico nutricional	Intervención alimentaria
A	Ninguna
B	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir un protocolo de evaluación del estado nutricional más exhaustivo • Reajustar las necesidades de macro- y micronutrientes • Valorar suplementación dietética
C	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir un protocolo de evaluación del estado nutricional más exhaustivo • Iniciar un esquema de apoyo nutricional energético, agresivo e intensivo

6.3 Consulte los PNO 2.012.98: Evaluación nutricional del paciente hospitalizado y 2.017.98: Medidas de intervención alimentaria y nutricional.

Encuesta/Formulario de EGS del Estado Nutricional del Paciente

	ESPOCH-ESCUELA DE POSTGRADO FACULTAD DE SALUD PUBLICA MAESTRIA EN NUTRICIÓN CLINICA DESNUTRICION INTRAHOSPITALARIA ELAN-ECUADOR
FORMULARIO 2	Evaluación Global Subjetiva del Estado Nutricional del Paciente

Hoja 1 de 2

EVALUACION GLOBAL SUBJETIVA

1. IDENTIFICADOR

Nombre(s) y Apellidos:			HC:
Edad:	Sexo:	Sala:	Cama:
Fecha:	Talla _____ cm	Peso Actual _____ Kg	

2. HISTORIA CLINICA

2.1 Peso

PESO HABITUAL _____ Kg (Coloque 00.00 si desconoce el peso habitual)	Perdió Peso en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	Cantidad Perdida _____ Kg
% Pérdida en relación al Peso Habitual _____ %	En las últimas dos semanas: <input type="checkbox"/> Continúa Perdiendo <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Desconoce	


2.2 Ingesta alimentaria respecto de la habitual

Ingesta Alimenticia respecto de la Habitual	<input type="checkbox"/> Sin Alteraciones <input type="checkbox"/> Hubo alteraciones
En caso de alteraciones de la ingesta alimenticia:	
Hace cuanto tiempo _____ Días	Para qué tipo de dieta <input type="checkbox"/> Dieta habitual, pero en menor cantidad <input type="checkbox"/> Dieta líquida <input type="checkbox"/> Líquidos parenterales hipocalóricos <input type="checkbox"/> Ayuno

1. Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días

Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Náuseas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diarreas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Falta de apetito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Disfagia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

2. Capacidad funcional

Capacidad Funcional <input type="checkbox"/> Conservada <input type="checkbox"/> Disminuida	
En caso de disminución de la capacidad funcional:	
Hace cuanto tiempo _____ Días	Para qué tipo de actividad <input type="checkbox"/> Limitación de la capacidad laboral <input type="checkbox"/> Recibe Tratamiento Ambulatorio <input type="checkbox"/> Encamado
	ESPOCH-ESCUELA DE POSTGRADO FACULTAD DE SALUD PUBLICA MAESTRIA EN NUTRICIÓN CLINICA DESNUTRICION INTRAHOSPITALARIA ELAN-ECUADOR
FORMULARIO 2	Evaluación Global Subjetiva del Estado Nutricional del Paciente

Hoja 2 de 2

3. Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales

Diagnósticos principales	Demandas metabólicas <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Estrés Bajo <input type="checkbox"/> Estrés Moderado <input type="checkbox"/> Estrés Elevado
--------------------------	---

3. EXAMEN FISICO

Pérdida de Grasa subcutánea en Triceps y Tórax			
<input type="checkbox"/> Sin Pérdida	<input type="checkbox"/> Pérdida Leve	<input type="checkbox"/> Pérdida Moderada	<input type="checkbox"/> Pérdida Importante

Pérdida de Masa Muscular en Cuádriceps, Deltoides y Temporales			
<input type="checkbox"/> Sin Pérdida	<input type="checkbox"/> Pérdida Leve	<input type="checkbox"/> Pérdida Moderada	<input type="checkbox"/> Pérdida Importante

Edemas en los Tobillos			
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Importante

Edemas en el Sacro			
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Importante

Ascitis

Ausente Leve Moderada Importante

EVALUACION SUBJETIVA GLOBAL

<input type="checkbox"/> A	Bien Nutrido
<input type="checkbox"/> B	Moderadamente Desnutrido o Sospechoso de Desnutrición
<input type="checkbox"/> C	Gravemente Desnutrido

CONSENTIMIENTO INFORMADO

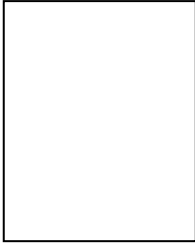
YO....., CON
C.I.....CERIFICO QUE HE SIDO INFORMADO
SOBRE EL OBJEIVO Y PROPOSITO DEL ESTUDIO ELAN ECUADOR Y DOY
MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE LOS DATOS RESPECTO A
MI CONDICION GENERAL Y ESTADO DE SALUD SEAN UTILIZADOS CON
FINES DE INVESIGACION CIENTIFICA Y SE MANTENGA LA DEBIDA
CONFIDENCIALIDAD SOBRE LOS MISMOS.

PACIENTE.....INVESTIGADOR.....
.....

Testigo..... Fecha.
.....

ANEXO 3

NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (NIS)

Actividad	Puntaje asignado	P. correspondiente
Empleados públicos, propietarios de gran extensión de tierra, comerciantes, profesionales i	1	
Artesanos, panaderos, sastre, chofer, profesional, empleado público de menor gradación, técnico o profesor de nivel medio y primario.	2	
Obreros, fábrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar tropa., jubilado	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros.	4	

CLASIFICACION

NIVEL SOCIO ECONOMICO	PUNTAJE ASIGNADO
- Estrato medio alto	1
- Estrato medio	2
- Estrato popular alto	3
- Estrato popular bajo	4

Clasificación de la Familia de acuerdo a puntuación

NSE -----