



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

Riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta “Nutrition Day” en adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, 2022.

AUTORA:

Menéndez Tarira, Danny Valeria

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TUTORA:

Yaguachi Alarcón, Ruth Adriana

Guayaquil, Ecuador

5 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Menéndez Tarira, Danny Valeria**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética**

TUTORA

f. _____

Yaguachi Alarcón, Ruth Adriana

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 5 del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Menéndez Tarira, Danny Valeria**

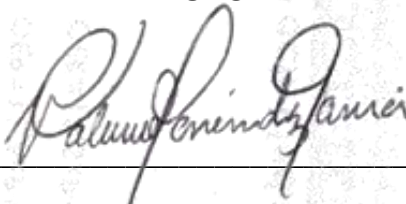
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta “Nutrition Day” en adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 5 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. 

Menéndez Tarira, Danny Valeria



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

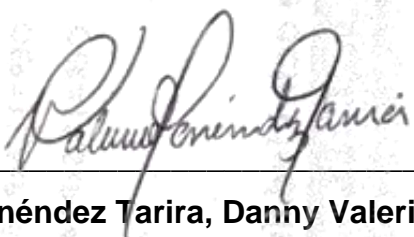
AUTORIZACIÓN

Yo, **Menéndez Tarira, Danny Valeria**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta “Nutrition Day” en adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 del mes de mayo del año 2023

LA AUTORA

f. 
Menéndez Tarira, Danny Valeria

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	tesisfinal_final.docx (D164246947)
Submitted	4/17/2023 7:34:00 PM
Submitted by	
Submitter email	danny.menendez@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	3%
Analysis address	ruth.yaguachi.ucsg@analysis.orkund.com

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida llena de éxitos, cada lección brindada fue una oportunidad para adquirir conocimientos que me ayudaron en mi crecimiento personal.

A mis padres Lester y Graciela, por todo el amor y apoyo incondicional durante mi formación académica y personal, agradezco los valores que me inculcaron porque sin duda su educación me ayudó mucho en mi etapa universitaria.

A mi hermana Nicole, estoy tan agradecida con Dios que me haya dado una hermana como tú, inteligente, amorosa, leal y visionaria, gracias por las risas, paciencia, cuidados cuando los he necesitado, tú impulso y compañía fueron esenciales para mí durante toda esta etapa.

A mis docentes, mi eterna gratitud con ustedes por la confianza brindada al liderar múltiples proyectos, agradezco el apoyo y consejos de vida que me dieron, los tengo muy presente, gracias por hacer de la universidad mi segundo hogar y celebrar cada uno de mis logros.

A mí, el camino ha estado lleno de dificultades, pero la perseverancia y la lealtad a mis metas y principios inculcados siempre será lo que me lleve al éxito.

DEDICATORIA

A mis padres, Lester y Graciela,

A mi hermana Nicole

Por ser motivación y pilar fundamental en mi vida.

Sin ustedes nada de esto hubiera sido posible, los amo.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

CELI MERO, MARTHA VICTORIA

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

POVEDA LOOR, CARLOS LUÍS

COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

POVEDA LOOR, CARLOS LUÍS

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
1 Planteamiento del problema	4
1.1 Formulación del problema	5
2 Objetivos	6
2.1 Objetivo General	6
2.2 Objetivos Específicos	6
3 Justificación	7
4 Marco Teórico	8
4.1 Marco Referencial	8
4.2 Marco Teórico	9
4.2.1 Desnutrición	9
4.2.1.1 Definición	9
4.2.1.1.1 Epidemiología	9
4.2.1.2 Clasificación	10
4.2.1.3 Fisiopatología	12
4.2.1.4 Diagnóstico	12
4.2.1.5 Pacientes con factores de riesgo	13
4.2.1.6 Manifestaciones clínicas	14
4.2.1.7 Complicaciones	15
4.2.1.8 Prevención	15
4.2.1.8.1 Determinación del Riesgo nutricional	16
4.2.1.8.2 Cribado o screening nutricional	16
4.2.1.8.3 1. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	17
4.2.1.8.4 2. Nutritional Risk Screening (NRS 2002)	17
4.2.1.8.5 3. Mininutritional assessment (MNA)	18
4.2.1.8.6 Valoración Subjetiva Global (VSG)	18

4.2.1.8.7	Métodos de screening informáticos: Control Nutricional (CONUT)	19
4.2.1.8.8	Encuesta Nutrition Day	19
4.2.1.9	Dietas hospitalarias	21
5	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	40
6	METODOLOGÍA.....	49
6.1	Justificación de la elección del diseño.....	49
6.2	Población y muestra.....	49
6.2.1	Criterios de inclusión	49
6.2.2	Criterios de exclusión	50
6.3	Técnicas e instrumentos de recolección de información	50
7	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	51
8	CONCLUSIONES.....	80
9	RECOMENDACIONES.....	81
	BIBLIOGRAFÍA	82
	ANEXO 1	89
	90
	ANEXO 2	91
	ANEXO 3	97
	97
	ANEXO 4	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Parámetros diagnósticos en desnutrición hospitalaria.....	11
Tabla 2. Alimentos permitidos y prohibidos en la dieta líquida amplia	26
Tabla 3. Alimentos permitidos y prohibidos de la dieta blanda mecánica....	29
Tabla 4. Alimentos permitidos y prohibidos de la dieta blanda gástrica	32
Tabla 5. Alimentos permitidos y prohibidos de la dieta blanda hipograsa ...	35
Tabla 6. Alimentos permitidos y prohibidos de dieta blanda intestinal	38
Tabla 7. Operacionalización de variables	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de la población investigada según sexo.	51
Gráfico 2. Distribución porcentual de la población investigada según días de estancia hospitalaria.	52
Gráfico 3. Distribución porcentual de la población investigada según Índice de Masa Corporal.	53
Gráfico 4. Distribución porcentual de la población investigada según nivel de actividad física de los pacientes hospitalizados.....	54
Gráfico 5. Distribución porcentual de la población investigada según ingreso del paciente.	55
Gráfico 6. Distribución porcentual de la población investigada según antecedentes patológicos personales.....	56
Gráfico 7. Distribución porcentual de la población investigada según motivo de ingreso.....	57
Gráfico 8. Distribución porcentual de la población investigada según comorbilidades presentadas.....	58
Gráfico 9. Distribución porcentual de la población investigada según los signos de hidratación valorada por examen físico.	59
Gráfico 10. Distribución porcentual de la población investigada según identificación previa del paciente como desnutrido o si está en riesgo de desnutrición.	60
Gráfico 11. Distribución porcentual de la población investigada según el tipo de alimentación.....	61
Gráfico 12. Distribución porcentual de la población investigada según ingesta de alimentos registrada en la historia clínica del paciente.	62

Gráfico 13. Distribución porcentual de la población investigada según plan de tratamiento nutricional.....	63
Gráfico 14. Distribución porcentual de la población investigada según realización de consulta al experto en nutrición.	64
Gráfico 15. Distribución porcentual de la población investigada según registro del estado de desnutrición en la historia clínica del paciente.	65
Gráfico 16. Distribución porcentual de la población investigada según objetivo calórico del paciente.....	66
Gráfico 17. Distribución porcentual de la población investigada según ingesta calórica del paciente.	67
Gráfico 18. Distribución porcentual de la población investigada según el estado de salud del paciente desde su ingreso hasta el día de la valoración.	68
Gráfico 19. Distribución porcentual de la población investigada según el estado de salud que considera el paciente.....	69
Gráfico 20. Distribución porcentual de la población investigada según la pérdida de peso referida por el paciente en los últimos 3 meses.	70
Gráfico 21. Distribución porcentual de la población investigada del peso tomado al ingreso de hospitalización.....	71
Gráfico 22. Distribución porcentual de la población investigada según si se les brindó información sobre su estado nutricional.	72
Gráfico 23. Distribución porcentual de la población investigada según la satisfacción que presenta en la comida del hospital.....	73
Gráfico 24. Distribución porcentual de la población investigada según el cambio de su ingesta de alimentos desde su ingreso al hospital.	74
Gráfico 25. Distribución porcentual de la población investigada según la porción servida por el servicio de alimentación del hospital.	75

Gráfico 26. Distribución porcentual de la población investigada, según si el paciente ha ingerido otros alimentos fuera de los ofrecidos por el servicio de alimentación.....	76
Gráfico 27. Distribución porcentual de la población investigada, según la ingesta de alimentos extras de los pacientes.	77
Gráfico 28. Distribución porcentual de la población investigada, según el Cambio de ingesta de alimentos desde que fue ingresado en el hospital.	78
Gráfico 29. Distribución porcentual de la población investigada según el estado anímico del paciente el día de la valoración.	79

RESUMEN

La desnutrición es un factor de riesgo que afecta los resultados clínicos, la calidad de vida, función física y autonomía del paciente y aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. Por medio del presente estudio se ha determinado el riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta Nutrition Day en adultos internados en el Hospital Guasmo Sur de Guayaquil. Este proyecto se llevó a cabo con un diseño no experimental, de tipo prospectivo y de enfoque cuantitativo, se trabajó con una muestra de 114 adultos internados que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se trabajó con la encuesta Nutrition Day reajustada para establecer el riesgo de nutricional en los pacientes hospitalizados. Entre las características generales de los investigados se identificaron que el mayor porcentaje fueron del sexo masculino (51,3%), con una estancia hospitalaria superior a 30 días, el ingreso fue de urgencia (80,7%), el motivo de ingreso más frecuente fue de patologías asociadas al sistema digestivo (35,1%). Conclusión: La prevalencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados fue del 36%. Esto se evidencia ya que durante la estancia hospitalaria la ingesta de alimentos disminuyó, ya sea por factores propios de la enfermedad o por el estrés de estar hospitalizado.

Palabras Claves: *Paciente; Desnutrición; Hospitalización; Ingesta alimentaria; Adulto; Tiempo de internación*

ABSTRACT

Desnutrition is a risk factor that affects clinical outcomes, quality of life, physical function and patient autonomy and increases the risk of morbid mortality. Through the present study, the nutritional risk has been determined by the application of the Nutrition Day survey in adults hospitalized at Guasmo Sur Hospital in Guayaquil. This project was carried out with a non-experimental design, prospective and quantitative approach, working with a sample of 114 hospitalized adults who met the inclusion and exclusion criteria. We worked with the readjusted Nutrition Day survey to establish nutritional risk in hospitalized patients. Among the general characteristics of those investigated, it was identified that the highest percentage were male (51,3%), with a hospital stay of more than 30 days, admission was emergency (80,7%), the most frequent reason for admission was pathologies associated with the digestive system (35,1%). Conclusion: The prevalence of desnutrition in hospitalized patients was 36%. This is evidenced by the fact that during the hospital stay food intake decreased, either due to factors of the disease or the stress of being hospitalized.

Key Words: *Patient; Desnutrition; Hospitalization; Food intake; Adult; Length of stay*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades relacionadas con la nutrición constituyen un problema de salud pública y están vinculadas a patologías como sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo II, problemas cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. Entre las enfermedades por déficit alimentario se encuentra la anemia y desnutrición (2,3).

La desnutrición adquiere especial importancia debido a sus repercusiones en los ámbitos: económico, social, sistema de salud y político, el cual conlleva a la persona a sufrir mayor riesgo de mortalidad, elevadas tasas de infecciones, prolongadas estancias hospitalarias y deterioro en la calidad de vida (4). De acuerdo con UNICEF la desnutrición es uno de los mayores problemas de salud en Ecuador, luego de Guatemala, el país es la segunda región de América Latina y el Caribe con uno de los mayores índices de desnutrición (5).

Para prevenir la desnutrición se recomienda la educación alimentaria, que va desde la prevención primaria como proyecto de estilo de vida saludable, hasta los recursos terapéuticos como prevención secundaria en el proceso epidémico y por último en prevención terciaria para combatir las enfermedades crónicas que conducen a la desnutrición y la discapacidad (6). Por consiguiente, se pretende que la intervención nutricional logre mejorar el pronóstico evolutivo de los pacientes en diversas patologías, debido a esto se considera de total relevancia los métodos de cribado nutricional, el cual permitirá una valoración nutricional característica para de esta manera poder implementar en los pacientes un plan nutricional (7)

Establecer el diagnóstico de la nutrición en el paciente es de gran relevancia, ya que por medio de este se puede ver la evolución durante su estancia hospitalaria; este diagnóstico nutricional debe ir seguido de la prescripción de la dieta el cual comprende a un menú de alimentos que cumplan con los requerimientos del paciente.

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación tiene como objetivo determinar el riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta Nutrition Day en adultos internados en el Hospital Guasmo Sur de Guayaquil que permite

la identificación de aquellos pacientes que están en riesgo de desnutrición y poder implementar estrategias que promuevan la prevención de la aparición de esta patología y a su vez tratarla en pacientes que la presenten.

1 Planteamiento del problema

La desnutrición es un factor de riesgo autónomo que afecta los resultados clínicos, la calidad de vida, función física y autonomía del paciente, hace referencia a la falta de energía, proteínas y nutrientes que llegan a afectar al organismo, provocando diversos cambios en la operatividad y el aumento de la morbilidad y mortalidad humana (8).

Recientemente se ha puesto de manifiesto la importancia de la nutrición en el ámbito hospitalario como herramienta para mejorar el proceso de recuperación de los pacientes que se encuentran hospitalizados, considerándose como un factor importante para el control de las comorbilidades y la reducción de la estancia hospitalaria (9) Es fundamental la detección temprana de pacientes que se encuentren en riesgo de desnutrición para iniciar un soporte nutricional oportuno y adecuado.

Nutrition Day es una intervención basada en auditoria que utiliza indicadores de calidad y económicos, puntos de referencia y estrategias de acción para analizar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados y residentes de hogares de ancianos. En la estrategia desarrollada en el 2006 en la Universidad de Viena, Austria, se utilizan cuestionarios estandarizados para evaluar los indicadores antes mencionados (10)

La introducción del Nutrition Day permite actualizar anualmente el perfil de riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados; percibe las bases para la implementación de intervenciones nutricionales específicas para así mejorar la calidad de la atención nutricional a nivel hospitalario cambiando el comportamiento y la práctica (11), y facilita el acceso a la información sobre el impacto de la desnutrición y la relevancia de la calidad de atención nutrición hospitalaria (12).

1.1 Formulación del problema

¿Los adultos internados del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, presentan riesgo nutricional?

2 Objetivos

2.1 Objetivo General

Determinar el riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta “Nutrition Day” en adultos internados en el Hospital Guasmo Sur de Guayaquil.

2.2 Objetivos Específicos

- Definir las características generales de los investigados mediante el uso de la encuesta “Nutrition Day”
- Identificar la ingesta alimentaria en los en adultos hospitalizados de 20 a 64 del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.
- Evaluar el estado nutricional mediante la toma de medidas antropométricas.
- Establecer la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados en el Hospital Guasmo Sur.

3 Justificación

La nutrición es una necesidad fundamental de la vida y, por lo tanto, desempeña un papel importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La ingesta de alimentos y sus mecanismos de control (por ejemplo, apetito, saciedad) son procesos fisiológicos muy complejos. Estos procesos tienen un fuerte impacto en el estado de nutrición, que a su vez depende de la ingesta de alimentos, la ingesta equilibrada de macro y micronutrientes y la ingesta de líquidos (13). Por diversas razones, las personas enfermas pueden tener dificultades para satisfacer sus necesidades de nutrientes y líquidos, por lo que el 20-50% de los pacientes están desnutridos o en alto riesgo de desnutrición cuando están hospitalizados (14).

En la actualidad la desnutrición se considera como uno de los principales riesgos médicos. La insuficiencia y el desequilibrio de calorías, proteínas y otros nutrientes dan origen a consecuencias perjudiciales en la nutrición de las personas por medio de efectos negativos en su composición, forma y función corporal y por consiguiente llega a afectar el estado de salud.

La prolongación de la hospitalización del paciente a nivel hospitalario se da en la mayoría de los casos a causa de la desnutrición, ya que esta logra modificar su evolución clínica durante la estancia, incrementando el riesgo morbimortalidad, pudiendo llegar a alterar la función del sistema inmune exponiendo al paciente al riesgo de padecer infecciones, relenteciendo la cicatrización y compostura de tisulares.

Entre las principales estrategias para prevenir la desnutrición hospitalaria se encuentra la planificación de una dieta equilibrada que aporte la suficiente cantidad de energía a través de una apropiada distribución de macronutrientes. Para una correspondida estimación dietética se requiere el debido conocimiento de los requisitos energéticos generales de los pacientes hospitalizados (15) y además del monitoreo y vigilancia continua del personal médico.

4 Marco Teórico

4.1 Marco Referencial

Vesga A y Gamboa E, en Bucaramanga- Colombia en el año 2015 (15) con el objetivo de determinar el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en una institución de cuarto nivel de atención y sus factores asociados aplicaron los cuestionarios de la iniciativa Nutrition Day a 70 pacientes adultos de una institución de salud de alto nivel de complejidad, en Bucaramanga, Colombia.

Los parámetros del estudio incluyeron datos antropométricos y demográficos, historia clínica, factores relacionados a la dieta y percepción del estado de salud. Se aplicó el Malnutrition Screening Tool (MST, por sus siglas en inglés) para medir el riesgo de desnutrición. Para establecer las razones de prevalencia (RP) se utilizaron modelos de regresión binomial (15).

Como resultado se obtuvo que la edad y los días de estancia hospitalaria, en el momento de la medición basal fueron, en promedio, $61,89 \pm 15,17$ años y $7,96 \pm 9,79$ días. La prevalencia de riesgo de desnutrición fue 52,86% (IC 95%: 40,55% - 64,91%); 40,91% en mujeres y 58,33% en hombres ($p = 0,175$). Un 18,57% de los pacientes no consumió alimento alguno en el almuerzo. Un 40,00% de los participantes manifestó haber tenido una ingesta de alimentos menor a la normal, durante la última semana.

Las variables asociadas a riesgo de desnutrición, ajustadas por edad y sexo, fueron: ingesta de alimentos al corte del estudio, reingreso y días de estancia hospitalaria al seguimiento. Como conclusión se evidencia la importancia del diagnóstico temprano y el manejo nutricional adecuado de la desnutrición hospitalaria indican la necesidad de implementar intervenciones nutricionales efectivas.

4.2 Marco Teórico

4.2.1 Desnutrición

4.2.1.1 Definición

Cuando se hace referencia sobre la malnutrición se hace relación a cualquier desviación del óptimo estado de nutrición, esto puede ser por exceso o deficiencia. No obstante, el término “malnutrición” a menudo se asocia a las desviaciones por defecto (desnutrición), esto incluye los trastornos por exceso, como son el sobrepeso y la obesidad (16).

Por otra parte, Hecht et al.(17), citado por Ortega (18), mencionan que la desnutrición se define como un desequilibrio entre los requerimientos de nutrientes y la ingesta, lo que ocasiona déficits acumulativos de energía, proteínas y/o micronutrientes que pueden afectar negativamente al crecimiento y desarrollo e inducir cambios fisiológicos y metabólicos que pueden lograr alterar la capacidad de respuesta ante los procesos patológicos o involucrar el deterioro de la respuesta inmunitaria.

4.2.1.1.1 Epidemiología

La desnutrición es un problema frecuente esto se puede deber a una ingesta de alimentos de forma inadecuada, desequilibrada o excesiva de macro y micronutrientes (6). La coincidente desnutrición en pacientes hospitalizados aumenta el riesgo de complicaciones, especialmente infecciosas. La bronconeumonía nosocomial adquiridas en el hospital es más común en pacientes desnutridos (19).

Asimismo, se han referido fallas en la implementación de los regímenes nutricionales hospitalarios, lo que resulta en diarrea, alteración de la utilización de carbohidratos periféricos, azotemia y desequilibrios hidroelectrolíticos y ácidos-básicos (20). La distribución de accesos de infusión de soluciones de nutrientes puede ser convertirse en una fuente de infecciones intrahospitalarias si no se siguen protocolos de asepsia y desinfección durante la administración de estos (21). El agotamiento del tejido magro conduce a peores resultados quirúrgicos y nuevas complicaciones, incluido el aflojamiento de suturas y

anastomosis y neumonía adquirida en el hospital, sin embargo, algunas veces los pacientes son operados en contra de su estado nutricional actual (22).

4.2.1.2 Clasificación

En la Tabla 1 se mencionan los parámetros del diagnóstico más frecuente con los indicadores del tipo de desnutrición al que pertenecen de manera más específica (23).

Tabla 1. Parámetros diagnósticos en desnutrición hospitalaria

	Valor normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
IMC	18,5-25	17-18,4	16-16,9	<16
Porcentaje de peso habitual	>95%	94,9-85	84,9-75%	<75%
% Pérdida de Peso/Tiempo				
1 semana	<1%	1-2%	2%	>2%
1 mes	<2%	<5%	5%	>5%
2 meses	<3%	5%	5-10%	>10%
3 meses	<7,5%	<10%	10-15%	>15%
Pliegues y otras medidas antropométricas	>p15	<p15	<p10	<p5
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-150	<100
Prealbúmina (mg/dl)	18-28	15-18	10-15	<10
RBP (mg/dl)	2,6-7	2-2,6	1,5-2	<1,5
Linfocitos (células/mm ³)	>2.000	1.200-2.000	800-1.200	<800
Colesterol (mg/dl)	≥180	140-179	100-139	<100
Valoración subjetiva global	A	B	C	C
	Sin riesgo	Posible riesgo	Riesgo nutricional	
NRS	0	1-2	≥3	
MUST	0	1	≥2	

Fuente: Tomado del artículo científico de SENPE- SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria (23).

NOTA: los sistemas de NRS y MUST, aunque suponen aproximaciones diagnósticas no poseen una validación de las puntuaciones de desnutrición leve-moderado o grave, por lo cual se deben complementar con otros datos. Por otra parte, cuando un paciente presente dos criterios con grados de severidad distintas se tomará en cuenta el mayor entre ellos (23).

4.2.1.3 Fisiopatología

La respuesta a la desnutrición inicial es una reducción de la tasa metabólica, ya que, para proporcionar energía, el cuerpo primero descompone la grasa parda. No obstante, cuando estos tejidos pierden sus reservas, el cuerpo puede utilizar las proteínas para conseguir energía, lo que da como resultado un balance de nitrógeno negativo. Se genera la degradación de las vísceras y los músculos, además de la pérdida de peso. La pérdida de peso de los órganos es más pronunciada en el hígado y los intestinos, el corazón y los riñones, y en menor proporción en el sistema nervioso (24).

4.2.1.4 Diagnóstico

La determinación de pacientes que presentan una mala nutrición o de alto riesgo es el primer paso en el manejo de la desnutrición y debe realizarse siempre al ingreso y periódicamente durante la hospitalización (25).

Por lo general, la desnutrición se puede diagnosticar realizando preguntas sobre la dieta que posee y la pérdida de peso que presenta el paciente, y realizando un examen físico. La desnutrición grave a largo plazo a menudo se puede diagnosticar en función de la apariencia y el historial médico de una persona. Los médicos también pueden preguntar sobre la elección de alimentos y la preparación de estos, la presencia de otras afecciones médicas, el uso de medicamento y el funcionamiento emocional y mental. Así mismo pueden usar cuestionarios estandarizados para ayudarlos a obtener esta información, por consiguiente, estas respuestas pueden ayudarlos a confirmar el diagnóstico pronosticado, especialmente en los casos en el que la desnutrición no es notoria y ayudar a determinar las causas (26).

Morley (26), menciona que los médicos para realizar una exploración clínica deben realizar los siguientes puntos:

- a. Medición de altura y peso
- b. Determinar el índice de masa corporal (IMC)
- c. Evaluar la masa muscular y grasa en el brazo medio (parte superior del brazo, entre el hombro y el codo) midiendo la circunferencia del brazo y el grosor

del pliegue cutáneo en la parte posterior del brazo izquierdo (pliegue cutáneo del tríceps)

d. Verificar otros síntomas los cuales pueden ser indicios de desnutrición, tales como:

- Cambios en la piel
- Cambios en el cabello
- Acumulación de líquidos en las extremidades o en el abdomen

Por medio de estos resultados se puede lograr confirmar o descartar el diagnóstico previsto y determinar la gravedad de la desnutrición.

4.2.1.5 Pacientes con factores de riesgo

A continuación, se enlistan los factores de riesgo que Núñez (27), considera que son relevantes para desarrollar desnutrición:

Disminución del aporte/ ingesta

- Alteraciones en la masticación, salivación, deglución, disgeusia, disfagia.
- Náuseas, vómitos, intolerancias gástricas
- Dolor abdominal o diarrea tras la ingesta
- Anorexia nerviosa, otras enfermedades psiquiátricas
- Alcoholismo, drogadicción
- Edad avanzada, bajos recursos económicos

Disminución del aprovechamiento de los nutrientes

- Mal digestión (disminución enzimática y atrofia de la mucosa intestinal)
- Déficits absorbivos selectivos (vitamina B12 en atrofia gástrica, calcio en uremia)
- Interacciones medicamentosas (anticomiales)
- Enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, uremia)

Aumento de las necesidades nutritivas

- Pérdidas aumentadas (enteropatía pierde proteínas, paracentesis masiva o de repetición, fistula de alto débito, quemaduras, síndrome nefrótico)
- Aumento del consumo (hipertiroidismo, estrés agudo)
- Estrés grave (sepsis, politraumatismo, quemaduras extensas)

4.2.1.6 Manifestaciones clínicas

Algunos de los síntomas de desnutrición que menciona la ACNUR (28) son:

- Falta de energía para realizar la rutina diaria
- Delgadez
- Aspecto demacrado
- Aspecto pálido
- Mareos
- Debilidad ante cualquier esfuerzo
- Acumulación de agua en las piernas y en el abdomen
- Fractura de huesos
- Caída del cabello

Por otra parte, Sánchez (29), menciona que la desnutrición se puede llegar a una manera eficaz y para esto se debe tener un debido control para así lograr mejorar el pronóstico del paciente, indica que se debe prestar atención a las siguientes señales:

- Disminución de la ingesta en los últimos meses
- Pérdida de fuerza en los músculos
- Mayor cansancio al realizar las actividades cotidianas

- Tendencia a toser o atragantarse al comer o beber

4.2.1.7 Complicaciones

Rocabruna (30) indica que las complicaciones debido a la desnutrición de un paciente hospitalizado pueden ser:

- Pérdida de peso y masa grasa, flacidez y pliegues cutáneos.
- Edema, hepatomegalia, diarrea.
- Alteración de la respuesta inmune, mayor incidencia de infecciones.
- Sarcopenia y pérdida de fuerza muscular: caídas y fracturas, riesgo de neumonía.
- Astenia, depresión y mayor anorexia.
- Riesgo de intoxicación farmacológica por reducción de fracción libre de fármacos con alta afinidad por albúmina y menor eficacia del metabolismo hepático.
- Síntomas específicos de cada déficit.

4.2.1.8 Prevención

La medida más evidente para prevenir la desnutrición es llevar una dieta lo más variada, sana, equilibrada y saludable posible. A continuación, se detalla una lista de medidas a tomar en cuenta para prevenir la desnutrición (31):

- Uso de agua potable
- Consumir proteínas de alto valor biológico tales como: lácteos, pescado y huevos a diario.
- Mezclas de cereales con leguminosas y frutos secos
- Implementar el consumo de cereales, grasas, hortalizas como fuentes de calorías, de tal manera que las mínimas cantidades de alimentos proteicos cumplan su finalidad de producir y recuperar tejidos.
- Acompañar las comidas con queso, leche, huevo, mantequilla, aceite de oliva, frutos secos los cuales son considerados productos calóricos y proteicos.
- Añadir proteínas o calorías por medio de suplementos artificiales.

4.2.1.8.1 Determinación del Riesgo nutricional

Los hospitales deben identificar sistemáticamente la desnutrición. El desconocimiento del estado nutricional de los pacientes al ingreso, y por tanto impedir la posibilidad de prevenir la desnutrición en los centros de salud, esta es la razón del elevado número de pacientes desnutridos hospitalizados lo que puede revertirse si se brinda atención especializada a los pacientes. Existe la necesidad de aumentar la conciencia de los profesionales de la salud para que puedan realizar evaluaciones nutricionales en todos los pacientes hospitalizados (32).

El propósito de la evaluación nutricional es identificar y cuantificar las causas y consecuencias de la desnutrición en un individuo, para evaluar la morbilidad y mortalidad que causa y si el paciente se beneficiaría del soporte nutricional. Por consiguiente, el cribado nutricional debe formar parte de la evaluación clínico-operatoria, preoperatoria de todo paciente sometido a una cirugía mayor. Existen varios métodos y herramientas de detección para identificar los riesgos nutricionales. En América Latina la Evaluación de Riesgo Nutricional (NRS) de 2022 y la Evaluación Global Subjetiva (SGA) son las más utilizadas (33).

4.2.1.8.2 Cribado o screening nutricional

El cribado nutricional es un procedimiento estandarizado que identifica a las personas desnutridas o con riesgo de padecer desnutrición que pueden beneficiarse de una atención nutricional adecuada. La detección es el primer paso en el método DRE. Las herramientas o métodos de detección deben ser simples, efectivos, confiables, repetibles y prácticos. Asimismo, debe estar relacionado con un curso de acción específico y tener “precisión diagnóstica” expresada como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo (34).

4.2.1.8.3 1. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

MUST fue desarrollado en 2003 por la Asociación Británica de Nutrición Parenteral y Enteral (BAPEN). Se considera que el personal de enfermería debe realizar MUST tanto al ingreso como regularmente durante la estadía de un paciente para lograr identificar cualquier pérdida de peso de los pacientes (35).

La 'Herramienta de detección universal de la malnutrición' ('MUST') ha sido implementada en salas de hospitales, clínicas ambulatorias, medicina general y en residencias. El uso del "MUST" sirve para categorizar a los pacientes debido a que con este método se puede determinar el riesgo de desnutrición de manera fácil, rápido, reproducible, e internamente consistente. 'MUST' puede utilizarse en pacientes en los que la estatura y el peso no se pueden obtener, ya que se puede conseguir una gama de medidas alternativas y se proporcionan criterios subjetivos (36).

4.2.1.8.4 2. Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

La evaluación del riesgo nutricional (NRS 2002) es un método cribado nutricional recomendado por la Sociedad ESPEN (Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismos) para determinar la presencia o riesgo de desnutrición para pacientes hospitalizados. Se conforma de cuatro preguntas introductorias y un examen final más completo. El valor esperado es un análisis retrospectivo de 128 ensayos clínicos aleatorizados y un estudio prospectivo de 212 pacientes, documentaron el beneficio del soporte nutricional en pacientes clasificados como de alto riesgo, logrando reducir días de hospitalización en el grupo de intervención (37).

4.2.1.8.5 3. Mininutritional assessment (MNA)

El Mininutritional assessment (MNA) es una herramienta desarrollada en Francia en 1994. Está diseñado para evaluar el riesgo de desnutrición en adultos mayores que se encuentran hospitalizados, en hogares de ancianos y personas sanas de 65 años o más viviendo en comunidad (38).

El método consta de dieciocho variables fragmentadas entre las subsiguientes categorías: historia dietética, auto percepción de salud y evaluación nutricional. Dependiendo de la puntuación alcanzada los pacientes son ordenados en: estado nutricional habitual (24 a 30 puntos), riesgo de malnutrición (17 a 23,5 puntos) y malnutrición (inferior a 7 puntos). Aquellas puntuaciones menores a diecisiete se agrupan con una mayor estancia hospitalaria y costos sanitarios (39).

4.2.1.8.6 Valoración Subjetiva Global (VSG)

La valoración global subjetiva (VGS) es una herramienta que incluye información sobre: cambio de peso, dieta actual en comparación con la ingesta habitual, indicios digestivos en las últimas dos semanas, capacidad funcional y necesidades metabólicas, se identifica temprano la nutrición inadecuada o insuficiente, asimismo pacientes en el grupo de riesgo que tengan la intención de beneficiarse de un apoyo nutricional intensivo (40).

La herramienta VGS tiene una sensibilidad de 96 - 98% y una particularidad de 82 - 83% en pacientes con cáncer y existe una relación inversa entre los cambios en VSG y la calidad de vida de los pacientes, su utilidad es su facilidad de uso para detectar pacientes que tengan el riesgo de padecer complicaciones debido a una mala nutrición y también para tomar decisiones sobre el seguimiento y tratamiento del estado nutricional (41).

4.2.1.8.7 Métodos de screening informáticos: Control Nutricional (CONUT)

En España en el año 1985 el CONUT fue desarrollado por Ulibarri et al., considerada como una herramienta informática creada para la prevención, detección precoz y seguimiento de la desnutrición clínica por medio de alertas de riesgo nutricional. El sistema recoge automáticamente los datos de laboratorio de los pacientes (albumina, colesterol y linfocitos totales), también determina su estado nutricional clasificándolos en: desnutrición normal, leve, moderada y grave (42).

Actualmente el cribado nutricional CONUT permite evaluar a diario de manera automática el estado nutricional de todos los pacientes hospitalizados que se someten a análisis diarios de rutina. Estudios recientes han demostrado que CONUT es una herramienta eficaz para la detección temprana y el control a largo plazo de la desnutrición en hospitales con un adecuado desempeño del cribado (43).

La alineación de los protocolos clínicos entre las aplicaciones de registro electrónico y los niveles asistenciales permite utilizar CONUT como herramienta de cribado, servicio que brindan los laboratorios hospitalarios a sus centros de salud de referencia. Los pacientes deben seguir siendo tratados en atención primaria, especialmente tras el alta hospitalaria, una vez identificados y evaluados los riesgos (44).

4.2.1.8.8 Encuesta Nutrition Day

El Nutrition Day es una iniciativa de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPN) y la Universidad de Viena para luchar contra la desnutrición en los hospitales desde el 2006 (45), es un estudio observacional longitudinal, multicéntrico, auditado, de un día de duración en el que se logra recopilar información sobre el estado del paciente en los 30 días, este proceso se lleva a cabo en los servicios médicos y quirúrgicos de los hospitales participantes (46).

La jornada de sensibilización también tiene como objetivo mejorar la atención nutricional de los pacientes hospitalizados y concientizar sobre la importancia de la desnutrición relacionada con la enfermedad (47).

Es importante participar en este estudio todos los años para poder observar el desarrollo y compararlo con los referentes internacionales de tal manera desarrollar estrategias para mejorar el proceso de atención nutricional (46).

Pérez et al., (47) mencionan que las características sobre el Nutrition Day son:

- Iniciativa mundial para luchar contra la desnutrición en las instituciones de salud.
- Programa científico: el banco de datos se encuentra disponible para los investigadores, científicos y educadores.
- Un escrutinio transversal de un día con evaluación de los desenlaces.
- Ciclo continuo de mejora: registrarse en Nutrition Day, recolectar la información, obtener el reporte y beneficiarse.
- Se puede encontrar cuatro opciones tales como: los servicios de hospitales, servicios oncológicos, UCI y hogares geriátricos.

En febrero de 2017 se realizó por primera vez el Nutrition Day en Ecuador, en el hospital de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA). Desde entonces SOLCA ha seguido participando en las jornadas de nutrición con el apoyo de la Asociación Ecuatoriana de Nutrición Parental y Enteral (ASENPE), ha fomentado la participación de varias instituciones de las provincias del país. Para ello se realizan capacitaciones de manera virtual y presencial con centros hospitalarios individuales. Como resultado hasta el momento han participado 15 instituciones entre hospitales, universidades y residencias de ancianos. Por medio de esta participación se ha logrado incrementar constantemente en la inclusión de pacientes, a principios de octubre de 2021 logro inscribir a más de 600 pacientes, lo que logro beneficiar a los centros participantes al recibir un informe completo de la Jornada de Nutrición sobre los puntos clave que cada departamento necesitaba mejorar para reducir la desnutrición hospitalaria identificada (47).

4.2.1.9 Dietas hospitalarias

Según indican Navarro, Longo y González (48) los principios de una dieta hospitalaria específica están basados principalmente en las modificaciones de los componentes nutricionales de una dieta normal:

- a. **Los Nutrientes:** De uno o más de los nutrientes básicos (proteína, grasa, hidratos de carbono, vitaminas y minerales).
- b. **Aporte de energía:** Modificación de los valores calóricos
- c. **Caracteres físicos y químicos:** consistencia, modificación en la textura, el sabor, la cantidad de fibra, temperatura, volumen, purinas, lactosa, grasas.
- d. **De su frecuencia, distribución y horario:** Proporción calórica, tipo de fraccionamiento y hora de servicio
- e. **De la vía de administración:** Oral, enteral (sonda) y parenteral.

Por lo tanto, de acuerdo con la naturaleza de la enfermedad y las necesidades del paciente, se pueden prescribir diferentes regímenes dieto-terapéuticos a administrarse por vía oral (48):

- NPO- ayuno
- **Dieta normal:** aquella que cumple con las cuatro leyes de alimentación (Completa, Equilibrada, Suficiente, Adecuada)
- **Dieta con aporte energético modificado:** Hipocalórico e hipocalórico
- **Dieta carente o incompleta:** hipoproteica e hiposódica
- **Dietas con modificaciones en los caracteres físicos:** según la consistencia puede tratarse de dietas líquidas, semilíquidas, blandas, de consistencia firme. Según el contenido de fibra (residuos) sin fibra, con poca fibra, con fibra modificada (por procedimientos físicos, químicos y térmicos), con mucha fibra. Según su volumen: normal, aumentado, reducido. Según su temperatura: heladas, frías, templadas o calientes.

Según el fraccionamiento (cuanto menor sea el volumen mayor será el número de comidas).

- **Dietas con modificaciones en los caracteres químicos:** Según el sabor y el aroma: suave, moderada, intensa, excitante. Según el contenido de purinas: apurínicas, normopurínicas o hiperpurínicas. Según el contenido de lactosa: con lactosa, sin lactosa (con o sin leche de vaca).

Dietas cualitativas y dietas cuantitativas

En la prescripción dietética para ciertas enfermedades es necesario cuantificar los principios nutritivos y la energía; así como considerar ciertas características organolépticas de acuerdo con las características clínico-nutricionales cada paciente. Las dietas cualitativas, además de considerar la composición de nutrientes y calorías identifica caracteres físicos y químicos de la alimentación, por ejemplo, en la úlcera gástrica o duodenal y en la hipocolesterolemia, se instauran dietas de este tipo. En otros casos en cambio, es necesario cuantificar las calorías y, por tanto, los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Se llaman dietas cuantitativas (48).

Dietas terapéuticas completas o incompletas

La enfermedad determina cambios de ciertos aspectos nutricionales, lo que hace necesario que la dieta terapéutica no cumpla con los requerimientos nutricionales, obligando a menudo a desequilibrarla y, provocando carencias en el paciente. Precisamente el cambio efectuado es beneficioso para el control de determinadas patologías. Por ejemplo, en la reducción de sodio en la dieta para la hipertensión arterial, o en la limitación de lípidos las enfermedades biliares. Las dietas completas proporcionan al paciente la cantidad precisa de energía y nutrientes para cubrir las necesidades nutricionales. Por otra parte, las dietas llamadas incompletas poseen déficit de energía o de ciertos nutrientes (48).

Dietas progresivas

Se define como la dieta específica indicada en las distintas etapas evolutivas de una enfermedad desde el inicio de la alimentación oral hasta llegar al grado posible de normalidad, un ejemplo típico de la dieta progresiva es un post

operatorio de cirugía mayor abdominal, a pesar que el paciente puede haberse curado completamente de su dolencia no puede alimentarse con una dieta completa, la alimentación deberá restablecerse poco a poco, en pequeñas cantidades, con texturas fluidas y a base de alimentos de fácil digestión (48).

El Manual de Salud Hospitalaria del Ecuador (49) indica los diversos tipos de dietas que se describen a continuación:

Dieta líquida estricta o líquidos claros

Definición: Es un tipo de dieta que minimiza al máximo el trabajo digestivo y mantenerlo en reposo absoluto

Prescripción: Se utiliza para la transición de nutrición parenteral a nutrición enteral o vía oral en pacientes previo a intervenciones quirúrgicas intestinales, y pre y post operatorio, exploración colonoscópica, gastroenteritis aguda, recuperación de cirugía abdominal o presencia de un ilieoparcial.

Objetivos:

- Mantener la nutrición oral del paciente hasta que recupere funciones normales de digestión y absorción.
- Controlar la tolerancia digestiva, reducir al mínimo la estimulación gastrointestinal.

Características nutricionales:

- **Valor energético total:** aproximadamente 500 kcal o 2100 kj. (125 g de azúcar)
- **Volumen:** 1500–2000 cc
- **Horario:** fraccionado 5 a 6 tomas; cada toma de 200 a 300 cc
- **Alimentos permitidos:** infusiones, aguas aromáticas, líquidos claros
- **Alimentos prohibidos:** todos

Características físico - químicas

Físicas:

- **Temperatura:** templada
- **Volumen:** aumentado (2 a 3 litros/8 a 12 vasos día)
- **Químicas:** no grasas, no purinas, no residuos

No debe prolongarse por más de 48 horas por su escaso valor nutritivo.

Dieta líquida completa ó líquida amplia

Definición: Es una dieta normal de fácil digestión. Se caracteriza por llevar los alimentos permitidos en la dieta normal preparados en consistencia líquida. Se utiliza como bases líquidos: leche, jugos, caldos, infusiones, a los que se agregan alimentos sólidos llevados a una consistencia líquida mediante procedimientos mecánicos de licuado y tamizado.

Prescripción: Se utiliza en la etapa de transición para pacientes con problemas de masticación y disfagia o cuando está reducido el funcionamiento gastrointestinal, cirugía, quemadura de boca, cara, estenosis esofágica, en algunos problemas neurológicos que cursan con alteración en la masticación y deglución, guillen barre.

Objetivos:

- Mantener la nutrición oral del paciente hasta que recupere funciones normales de digestión y absorción.
- Favorecer progresión con seguimiento de respuesta gastrointestinal a introducción de nuevos alimentos.

Características nutricionales:

- **Valor energético total:** 1500 kcal (1800 – 2200 kcal/día)
- **Carbohidratos:** 55-65%
- **Proteínas:** 10-15%
- **Grasas:** 25-30%
- **Vitaminas y minerales:** normales
- **Horario:** fraccionado 5 a 6 tomas; cada toma de 200 a 300 cc

Características físico - químicas

Físicas:

- **Consistencia:** líquida, semilíquida
- **Temperatura:** de acuerdo con cada preparación
- **Volumen:** aumentado
- **Fraccionamiento:** 5 comidas (3 comidas principales y 2 colaciones)
- **Sabor:** agradable (condimentar con condimentos naturales)
- **Olor:** agradable

Químicas:

- **Grasas:** normales
- **Purinas:** normales
- **Residuos:** disminuidos
- **Lactosa:** aumentada

Alimentos permitidos y prohibidos

Permitidos: gelatina, infusiones, caldos claros (consomé), jugos, coladas, batidos. Lo menos posible carnes rojas

Prohibidos: alimentos flatulentos, café, bebidas carbonatadas, enlatados y energizantes, condimentos artificiales, alimentos irritantes.

Tabla 2. Alimentos permitidos y prohibidos en la dieta líquida amplia.

Grupo de alimentos	Permitidos	Prohibidos
Leches	Semidescremadas o descremadas	Enteras
Vegetales	Cocidos No flatulentos	Cebolla colorada cruda Pimiento crudo Brócoli Rábano Col blanca Vegetales crudos en general
Frutas	Durazno Guayaba Papaya Babaco Uva, etc.	Flatulentas Melón Manzana con cascara Cítricas
Panes y cereales	Cereales refinados Tubérculos cocidos Cereales cocidos	Cereales integrales Cereales crudos Granos secos
Carnes	Blancas (pollo, pescado) Roja (res y chancho) Queso bajo en grasa (ricota, requesón y mozzarella) Clara de huevo	Mariscos Embutidos Quesos alto en grasa
Grasas	Aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, canola)	Saturadas Frutos secos Aguacate Aceitunas
Azúcares	Todo tipo de preferencia blancos	Ninguno

Azúcar blanca, miel de abeja,
leche condensada, etc.

Fuente: Obtenido del Manual de Dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49).

Dieta blanda mecánica o blanda en consistencia o licuada

Definición: Es una dieta de fácil digestión y absorción. Corrige las perturbaciones orgánicas y funcionales del aparato digestivo.

Prescripción: Es una dieta intermedia entre la líquida y la normal, compuesta por alimentos semisólidos, de poca consistencia, de fácil digestión y poco residuo, suaves y bien tolerados.

Se prescribe en pacientes post-operados de esófago, sin dentadura, radiados en orofaringe, ulceraciones de boca y esófago, o con trastornos gástricos leves (49).

Objetivos:

- Mantener un reposo relativo del aparato digestivo y se excluye la masticación

Características nutricionales:

- **Valor energético total:** 1800 – 2200 kcal/día
- **Carbohidratos:** 55-65%
- **Proteínas:** 10-15%
- **Grasas:** 25-30%
- **Vitaminas y minerales:** normales

Características físico - químicas

Físicas:

- **Consistencia:** licuada
- **Temperatura:** de acuerdo con cada preparación
- **Volumen:** aumentado
- **Fraccionamiento:** 5 comidas (3 comidas principales y 2 colaciones)
- **Sabor:** agradable (condimentar con condimentos naturales)
- **Olor:** agradable

Químicas:

- **Grasas:** normales
- **Purinas:** normales
- **Residuos:** disminuidos
- **Lactosa:** normal

Alimentos permitidos y prohibidos

En cuanto a los alimentos permitidos y prohibidos el Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49) menciona lo siguiente:

Permitidos: los alimentos que lo integran serán de fácil digestión y serán sometidos a medios físicos como licuados, majados y triturado. Se permiten cremas, consomés, jugos, coladas, batidos, purés, papillas, frutas raspadas, compotas

Prohibidos: alimentos ricos en fibra insoluble, integrales alimentos, alimentos que exijan masticación.

Tabla 2. Alimentos permitidos y prohibidos de la dieta blanda mecánica

Grupo de alimentos	Permitidos	Prohibidos
Leches	Todas	Ninguna
Vegetales	De preferencia con fibra modificada Vegetales cocidos (consistencia quebradiza) Granos tiernos cocidos (consistencia quebradiza)	Vegetales crudos Ensaladas
Frutas	De preferencia frutas con fibra modificada Frutas peladas, cocidas Compota, frutas ralladas, mermelada, colada, jugos, batidos	Frutas con cáscara Frutas con un alto contenido de fibra insoluble
Panes y cereales	Cereales refinados, cocidos Tubérculos cocidos Panes y cereales remojados y de textura suaves Granos secos cocidos (consistencia quebradiza)	Cereales integrales Cereales crudos Granos secos
Carnes	Se permite todo tipo de carnes de preferencia blanca (pollo y pescado), queso frescos y huevo Se permitirán las carnes deshilachadas, en preparaciones como bistec, estofado, guisado, salteados, etc.	Carne que exijan masticación (cueros, venas, pellejos)
Grasas	Se recomiendan todo tipo de grasa de preferencia aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, canola)	Frutos secos enteros Aceituna Coco (entero)

Azúcares	Todo tipo de preferencia blancos Azúcar blanca, miel de abeja, leche condensada, etc.	Ninguno
Otros	Se condimentarán las preparaciones con especias y alimentos naturales	Condimentos artificiales

Fuente: Obtenido del Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49).

Dieta blanda gástrica

Definición: Es una dieta de fácil digestibilidad que permite un trabajo gástrico adecuado favoreciendo la elaboración de un quimo fácil de evacuar

Prescripción: Permite la formación de un quimo bien elaborado, de fácil evacuación y capaz de favorecer el trabajo intestinal; de fácil digestión, disgregación, con pobre contenido de celulosa, subdividido o modificado por la cocción, no excitante gastrointestinal, sin ácidos orgánicos, escasas purinas. Se llama blanda no por su consistencia si no por la digestibilidad.

Este tipo de dietas se utiliza en pacientes con afecciones gástricas como gastritis, úlcera; y en período de recuperación quirúrgica de estómago, luego de haber pasado dos días en dieta líquida (49).

Objetivos:

- Aliviar, corregir o evitar los síntomas digestivos

Características nutricionales:

- **Valor energético total:** 1800 – 2200 kcal/día
- **Carbohidratos:** 55-65%
- **Proteínas:** 10-15%
- **Grasas:** 25-30%
- **Vitaminas y minerales:** normales

Características físico - químicas

Físicas:

- **Consistencia:** semiblanda
- **Temperatura:** de acuerdo con cada preparación
- **Volumen:** aumentado

- **Fraccionamiento:** 5 comidas (3 comidas principales y 2 colaciones)
- **Sabor:** agradable (condimentar con condimentos naturales)
- **Olor:** agradable

Químicas:

- **Grasas:** normales
- **Purinas:** disminuidas
- **Residuos:** disminuidos
- **Lactosa:** normal

Alimentos permitidos y prohibidos

El manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49) menciona los siguientes alimentos que se consideran permitidos y prohibidos en la dieta blanda gástrica:

Permitidos: se permiten alimentos de fácil digestión; carbohidratos simples, fibra modificada,

Prohibidos: alimentos flatulentos, café, frutas cítricas, bebidas carbonatadas, enlatados y energizantes, condimentos artificiales, alimentos irritantes.

Tabla 3. Alimentos permitidos y prohibidos de la dieta blanda gástrica

Grupo de alimentos	Permitidos	Prohibidos
Leches	Semidescremadas o descremadas	Enteras
Vegetales	Cocidos No flatulentos	Cebolla colorada cruda Pimiento crudo Brócoli Rábano Col blanca Vegetales crudos en general
Frutas	Durazno Guayaba Papaya Babaco Uva, Etc	Flatulentas Melón Manzana Con Cascara Cítricas
Panes Y Cereales	Cereales refinados Tubérculos cocidos Cereales cocidos	Cereales integrales Cereales crudos Granos secos
Carnes	Blancas (pollo, pescado) Roja (res y chanco) Queso bajo en grasa (ricotta, requesón y mozzarella) Clara de huevo	Mariscos Embutidos Quesos alto en grasa
Grasas	Aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, canola)	Saturadas Frutos secos Aguacate Aceitunas
Azúcares	Todo tipo de preferencia blancos	Ninguno

	Azúcar blanca, miel de abeja, leche condensada, etc	
Otros	Se condimentarán las preparaciones con especias y alimentos naturales	Condimentos artificiales

Fuente: Obtenido del Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49).

Dieta blanda hipograsa

A continuación, se detallaran las características que comprenden la dieta blanda hipograsa según indica el Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49):

Definición: Es una dieta de fácil digestibilidad, requiere integrar alimentos que no sobrecarguen en especial el trabajo de la absorción de nutrientes.

Prescripción: Tiene un contenido de grasa inferior en relación con la dieta normal, con bajo contenido en celulosa y reducidos alimentos meteorizantes. Se recomienda grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas. Se llama blanda no por su consistencia si no por la digestibilidad.

Esta dieta está indicada para pacientes con problemas de hígado, páncreas, vesícula biliar, hepatitis, cirrosis, colecistitis, pancreatitis.

Objetivos:

- Favorecer la digestión y absorción de nutrientes
- Mejorar o mantener el estado nutricional

Características nutricionales:

- **Valor energético total:** 1800 – 2200 kcal/día
- **Carbohidratos:** 55-65%
- **Proteínas:** 10-15%
- **Grasas:** 25-30%
- **Vitaminas y minerales:** normales

Características físico - químicas

Físicas:

- **Consistencia:** semiblanda, sólida

- **Temperatura:** de acuerdo con cada preparación
- **Volumen:** aumentado
- **Fraccionamiento:** 5 comidas (3 comidas principales y 2 colaciones)
- **Sabor:** agradable (condimentar con condimentos naturales)
- **Olor:** agradable

Químicas:

- **Grasas:** normales
- **Purinas:** disminuidas
- **Residuos:** disminuidos
- **Lactosa:** normal

Alimentos permitidos y prohibidos

Permitidos: se permiten alimentos de fácil digestión; carbohidratos simples, fibra modificada,

Prohibidos: alimentos flatulentos, café, frutas cítricas, bebidas carbonatadas, enlatados y energizantes, condimentos artificiales, alimentos irritantes.

Tabla 4. Alimentos permitidos y prohibidos de la dieta blanda hipograsa

Grupo de alimentos	Permitidos	Prohibidos
Leches	Semidescremadas descremadas	o Enteras
Vegetales	Cocidos No flatulentos	Cebolla colorada cruda Pimiento crudo Brócoli Rábano Col blanca Vegetales crudos en general
Frutas	Durazno Guayaba Papaya Babaco Uva, Etc	Flatulentas Melón Manzana Con Cascara Cítricas
Panes y Cereales	Cereales refinados, cocidos Tubérculos cocidos	Cereales integrales, crudos Granos secos
Carnes	Blancas (pollo, pescado) Roja (res y chanco) Queso bajo en grasa (ricota, requesón y mozzarella) Clara de huevo	Mariscos Embutidos Quesos alto en grasa
Grasas	Aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, canola)	Saturadas Frutos secos Aguacate Aceitunas
Azúcares	Todo tipo de preferencia blancos	Ninguno

	Azúcar blanca, miel de abeja, leche condensada, etc.
Otros	Se condimentarán las preparaciones con especias y alimentos naturales

Fuente: Obtenido del Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49).

Dieta blanda intestinal

Definición:

La dieta blanda es valiosa opción nutricional para pacientes con enfermedades gastrointestinales, en etapa de recuperación de una cirugía o para quienes tienen dificultad para masticar y deglutir, ya que evita condimentos, grasas y alimentos de difícil digestión (49).

Prescripción: Se indica este tipo de dieta para pacientes con afecciones intestinales como alteraciones intestinales diarreas, resecciones intestinales, colitis, enteritis, gastroenteritis no excita el tracto gastrointestinal, protege la mucosa garantizando la absorción y digestión de los nutrientes, modifica la consistencia y volumen de heces. Se llama blanda no por su consistencia si no por la digestibilidad (49).

Objetivos:

- Bajar la digestibilidad

Características nutricionales:

- **Valor energético total:** 1800 – 2200 kcal/día
- **Carbohidratos:** 55-65%
- **Proteínas:** 10-15%
- **Grasas:** 25-30%
- **Vitaminas y minerales:** normales

Características físico - químicas

Físicas:

- **Consistencia:** semiblanda, sólida
- **Temperatura:** de acuerdo con cada preparación

- **Volumen:** aumentado
- **Fraccionamiento:** 5 comidas (3 comidas principales y 2 colaciones)
- **Sabor:** agradable (condimentar con condimentos naturales)
- **Olor:** agradable

Químicas:

- **Grasas:** disminuidos
- **Purinas:** disminuidas
- **Residuos:** disminuidos
- **Lactosa:** disminuidas

Alimentos permitidos y prohibidos

En cuanto a los alimentos que son permitidos y prohibidos en este tipo de dieta el Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49) indica que son los siguientes:

Permitidos: se prioriza los alimentos que contengan fibra soluble (pectina), la cual será modificada por la cocción (cocida), carnes blancas.

Prohibidos: alimentos flatulentos, café, frutas cítricas, bebidas carbonatadas, enlatados y energizantes, condimentos artificiales, alimentos irritantes, alimentos ricos en fibra insoluble, alimentos que contengan azúcares.

Tabla 5. Alimentos permitidos y prohibidos de dieta blanda intestinal

Grupo de alimentos	Permitidos	Prohibidos
Leches	Ninguna Solo se podrá consumir yogurt en fase de recuperación	Todas
Vegetales	Cocidas	Vegetales crudos en general Flatulentos Alto contenido de fibra insoluble
Frutas	Con un alto contenido de fibra soluble (pectina) Cocida Pelada sin cascara	Flatulentas Cítricas Con un alto contenido de fibra insoluble Crudas
Panes Y Cereales	Cereales refinados Tubérculos cocidos Cereales cocidos	Cereales integrales Cereales crudos Granos secos
Carnes	Blancas (pollo, pescado) Queso bajo en grasa (ricotta, requesón y mozzarella) Clara de huevo	Carnes rojas (se prohíben al inicio de la enfermedad) Mariscos Embutidos Quesos alto en grasa
Grasas	Aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, canola)	Saturadas Frutos secos Aguacate Aceitunas
Azúcares	Se prohíben los azúcares blancos y sus derivados. Solo se podrá 2 cucharaditas al día.	Ninguno

otros	Se condimentarán las preparaciones	Condimentos artificiales
	con especias y alimentos naturales	

Fuente: Obtenido del Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria (49).

5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

¿Los adultos internados del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil presentan riesgo nutricional?

IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

5.1 Variables

Riesgo nutricional

5.2 Operacionalización

Tabla 6. Operacionalización de variables

VARIABLE	CATEGORÍA / ESCALA	INDICADOR
Datos generales	Sexo <ul style="list-style-type: none">▪ Masculino▪ Femenino	Porcentaje de investigados según el sexo.
	Edad <ul style="list-style-type: none">▪ 18- 29▪ 30-49▪ 50-64▪ >65 años	Porcentaje de investigados según la edad
Riesgo nutricional	Días de estancia hospitalaria <ul style="list-style-type: none">▪ 1 a 6▪ 7 a 14▪ 15 a 20▪ 21 a 20▪ >30	Porcentaje de investigados según días de estancia hospitalaria
	IMC <ul style="list-style-type: none">• <18.5 kg/m² “Bajo peso”• 18.5-24.9 kg/m²: Peso normal• 25-29.9 kg/m²: Sobrepeso	Porcentaje de investigados según el índice de masa corporal.

-
- 30-34.9 kg/m²: Obesidad grado I o leve
 - 35-39.9 kg/m²: Obesidad grado 2 o moderada
 - ≥ 40 kg/m²: Obesidad grado 3 o severa
-

Nivel de Actividad física de los pacientes hospitalizados	Porcentaje de investigados según el nivel de Actividad física de los pacientes hospitalizados
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulatorio ▪ Encamada 	

Ingreso del paciente	Porcentaje de investigados según el ingreso del paciente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia ▪ Programada 	

Antecedentes personales patológicos	Porcentaje de investigados según los antecedentes patológicos personales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ▪ Sistema digestivo ▪ Sistema circulatorio ▪ Trastornos mentales y del comportamiento ▪ Sistema genitourinario ▪ Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo respiratorio ▪ Tumores (neoplasias) ▪ Sistema nervioso malformaciones congénitas, deformidades 	

y anomalías
cromosómicas

- Afecciones originadas en el periodo perinatal
- La piel y el tejido subcutáneo
- Lesiones, envenenamiento

Motivo de ingreso

Porcentaje de investigados

- Enfermedades endocrinas y nutricionales y metabólicas según el motivo de ingreso
- Sistema digestivo
- Sistema circulatorio
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Sistema genitourinario
- Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo respiratorio
- Tumores (neoplasias)
- Sistema nervioso malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Afecciones originadas en el periodo perinatal
- La piel y el tejido subcutáneo
- Lesiones, envenenamiento

Presencia de Comorbilidades	Porcentaje de investigados según la presencia de comorbilidades
<ul style="list-style-type: none">▪ Si▪ No	

Estado de hidratación	Porcentaje de investigados según el estado de hidratación
<ul style="list-style-type: none">▪ Normal▪ Deshidratado	

Riesgo de desnutrición	Porcentaje de investigados según el riesgo nutricional
<ul style="list-style-type: none">▪ No▪ Es riesgo de desnutrición▪ Desnutrido	

Tipo de alimentación	Porcentaje de investigados según el tipo de alimentación
<ul style="list-style-type: none">▪ Oral▪ Enteral▪ Parenteral	

Registro de la ingesta alimentaria	Porcentaje de investigados según el registro de la ingesta alimentaria.
<ul style="list-style-type: none">▪ No▪ Sí	

Registro del tratamiento nutricional	Porcentaje de investigados según el registro del tratamiento nutricional
<ul style="list-style-type: none">▪ No▪ Si▪ No sabe	

Consulta al experto de nutrición	Porcentaje de investigados según la consultoría a un experto de nutrición
<ul style="list-style-type: none">▪ No▪ Si▪ No sabe	

Registro del estado de desnutrición	Porcentaje de investigados según el estado de desnutrición registrado por los médicos
<ul style="list-style-type: none">▪ No▪ Si▪ No sabe	

Objetivo calórico del paciente	Porcentaje de investigados según el objetivo calórico del paciente
<ul style="list-style-type: none">▪ ≥ 2000▪ 1500-1999▪ 1000-1499▪ 500-999▪ < 500	

Estado de salud paciente desde su ingreso hasta el día de la valoración	Porcentaje de investigados según estado de salud del paciente desde su ingreso hasta el día de la valoración
<ul style="list-style-type: none">▪ Mejorado▪ No ha cambiado▪ El paciente ha sido admitido recientemente	

Estado de salud que considera el paciente	Porcentaje de investigados según el estado de salud que considera el paciente.
<ul style="list-style-type: none">▪ Muy buena▪ Buena▪ Regular▪ Mala	

-
- Muy pobre

Pérdida de peso

Porcentaje de investigados según la pérdida de peso.

- Si intencionalmente
- Si, sin querer
- No, mi peso se mantuvo igual
- No, subí de peso
- No lo sé

Se tomó el peso al ingreso de la hospitalización

Porcentaje de investigados según la toma de peso al ingreso de la hospitalización.

- Si
- No
- No lo sé

Se brindó información sobre el estado nutricional al paciente

Porcentaje de investigados según la información brindada sobre el estado nutricional

- Si
- No
- No lo sé

Satisfacción del paciente con la alimentación hospitalaria

Porcentaje de investigados según la satisfacción del paciente con la alimentación hospitalaria.

- Muy satisfecho
 - Algo satisfecho
 - Neutral
 - Muy poco satisfecho
 - No satisfecho
 - No lo sé
-

Cambio de su ingesta de alimentos desde su ingreso al hospital Porcentaje de investigados según el cambio de ingesta desde su ingreso al hospital.

- Aumento
- Disminuyo
- Esta igual
- No lo sé

Percepción del paciente sobre la porción de alimentos servida Porcentaje de investigados según la percepción del paciente sobre la porción de alimento servida.

- Normal
- Menor
- No lo sé

Ingesta extra del paciente Porcentaje de investigados según la ingesta extra del paciente

- No
- Si

Ingesta extra de los pacientes Porcentaje de investigados según la ingesta extra del paciente especificando los alimentos

- Nada
- Frutas
- Alimentos dulces
- Bocado
- Comida casera
- Comida casera
- Alimentos dulces
- Alimentos salados
- Leche y derivados

Estado anímico del paciente el día de la valoración Porcentaje de investigados según el estado anímico del paciente el día de la valoración "Nutrition Day"

- Más fuerte que el día de ingreso

-
- Igual que el día de ingreso
 - Más débil que el día de ingreso
-

Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

6 METODOLOGÍA

6.1 Justificación de la elección del diseño

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo porque contrasta hipótesis a través de mediciones numéricas y estadísticas de variables; también brinda un alcance descriptivo porque trata de precisar las características que puede presentar riesgo de desnutrición, el estudio también se desarrolló con un diseño no experimental trasversal descriptivo debido a que las variables no se manipularon, la recolección de datos se realizó en una única fecha debido al esquema global del programa de la encuesta “Nutrition Day”.

6.2 Población y muestra

La población total la constituyeron internados del Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil en el 2022, que fueron aproximadamente 300.

Muestra

La muestra participantes en el estudio fueron 114 adultos internados en el hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil en el 2022 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo de Muestreo

Se trabajó con un muestreo intencional o por conveniencia

6.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación y autorización de la administración del hospital.
- Pacientes con edades mayores o igual a 18 y menores o igual a 64 años con estancia hospitalaria mayor a 24 horas con historia clínica abierta y diagnóstico definido.

6.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no dieron su consentimiento informado para participar en la investigación.
- Pacientes internados en las áreas de terapia intensiva, ginecología, pediatría.
- Pacientes cuya condición no permitió la ejecución de la encuesta y toma de medidas antropométricas.

6.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnicas

La técnica empleada en la investigación fue la encuesta directa a los adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur en el 2022

Instrumentos

El instrumento utilizado fue la encuesta “Nutrition Day” reajustada. El cuestionario original consta de 70 preguntas validadas sobre: ingesta de alimentos, estado nutricional, estancia hospitalaria, requerimiento energético, etc. Para la ejecución de la presente investigación se seleccionó solo 29 ítems descritos en la operacionalización de variables

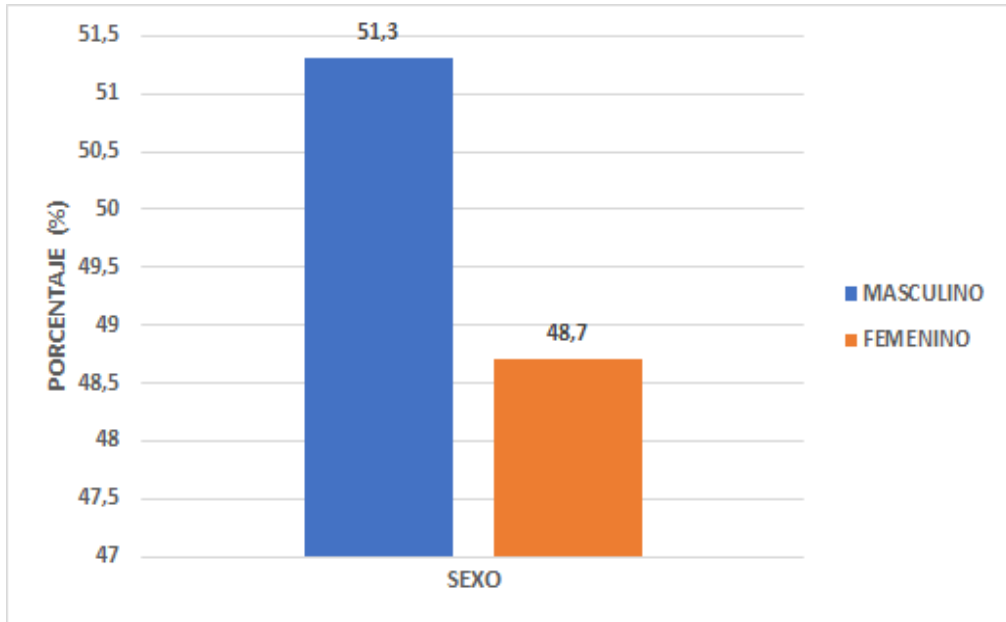
Recolección, procesamiento y análisis de la información

Para la recolección de la información se eligieron a los adultos que se encontraban internados con una estancia hospitalaria mayor a 48 horas en el Hospital General Guasmo Sur. Los datos recolectados de la encuesta aplicada se sistematizaron de acuerdo a la operacionalización de variables.

Los resultados se sistematizaron con el programa estadístico SPSS versión 27.0, donde se llevó a un análisis descriptivo de la información. Se calcularon las frecuencias y porcentajes de cada variable de la encuesta trabajada.

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de la población investigada según sexo.

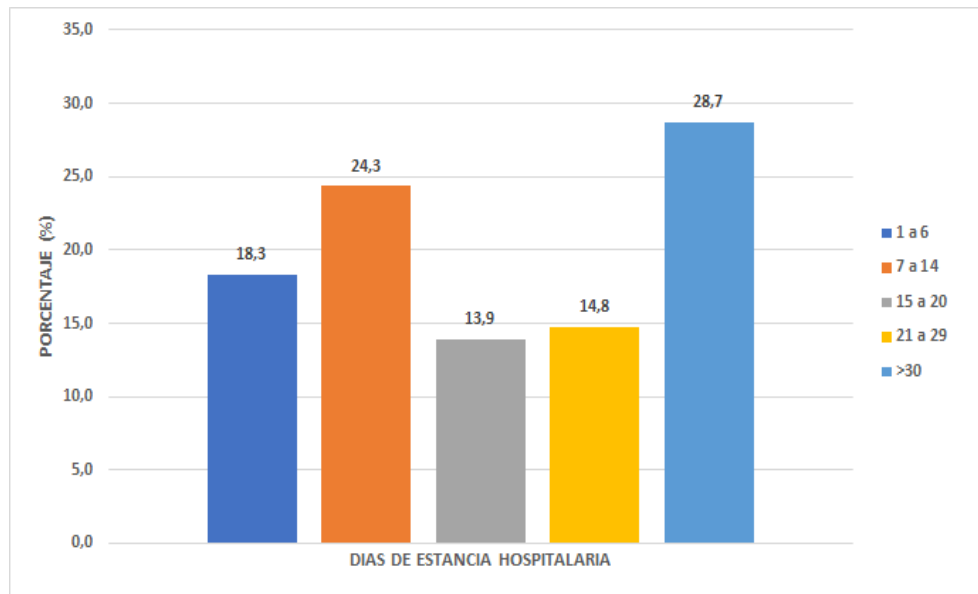


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 1

Se determinó que el mayor porcentaje de la muestra de estudio pertenece al sexo masculino con el 51,3 % (n=59) y el 48,7 % corresponde al género femenino (n=55).

Gráfico 2. Distribución porcentual de la población investigada según días de estancia hospitalaria.

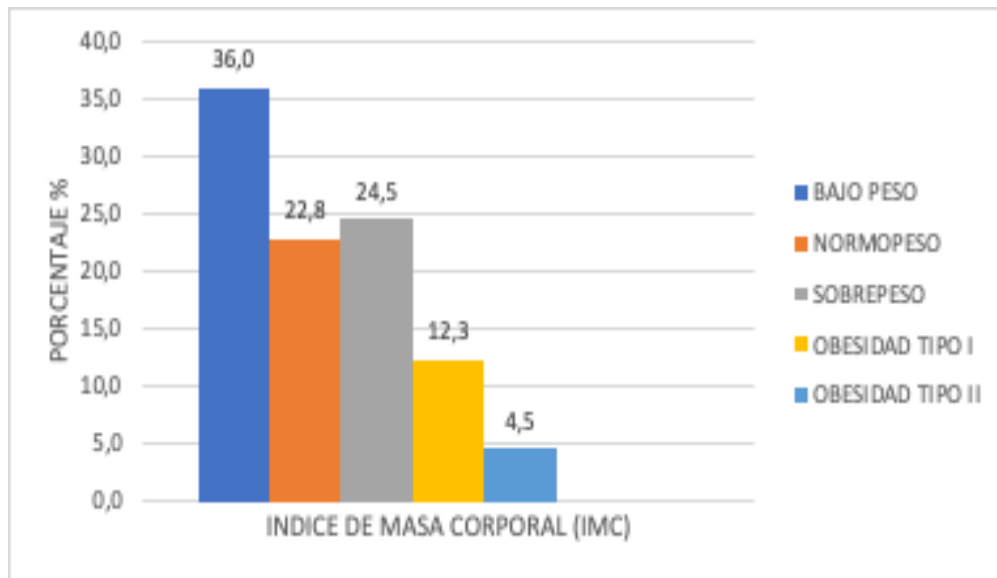


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 2

Los pacientes del grupo de estudio al que se realizó la encuesta se seleccionaron fundamentalmente por la estancia hospitalaria acorde a las áreas de Cirugía General y Medicina Interna I y II; de 1 a 6 días de estancia hospitalaria corresponden al 18,3 % (n=20), de 7 a 14 días corresponde al 24,3 %, (n=28), continuando de 15 a 20 días corresponde al 13,9 % (n=16), seguido de 21 a 29 días corresponde al 14,8 % , la estancia hospitalaria más larga es superior a 30 días corresponde al 28,7 % (n=33).

Gráfico 3. Distribución porcentual de la población investigada según Índice de Masa Corporal.

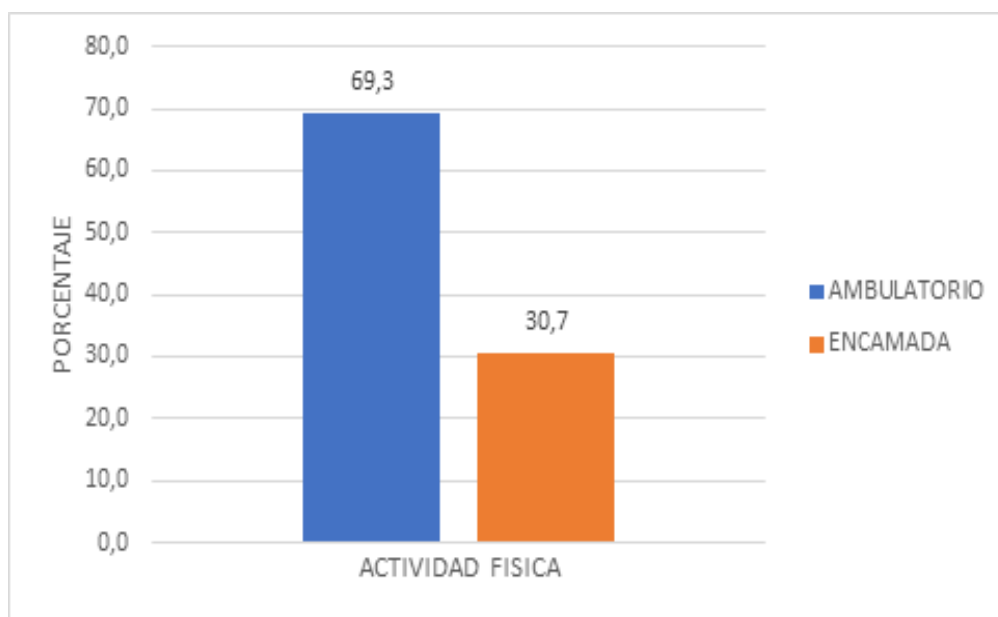


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 3

El gráfico 3 muestra que el 36 % (n=41), de los adultos hospitalizados presentan bajo peso, mientras que el 22,8 % (n=26), presentan normopeso; el 24,5 % (n=28), con sobrepeso, con obesidad grado I 12,3 % (n=14), mientras que el 4,5 % (n=5), obesidad grado II.

Gráfico 4. Distribución porcentual de la población investigada según nivel de actividad física de los pacientes hospitalizados

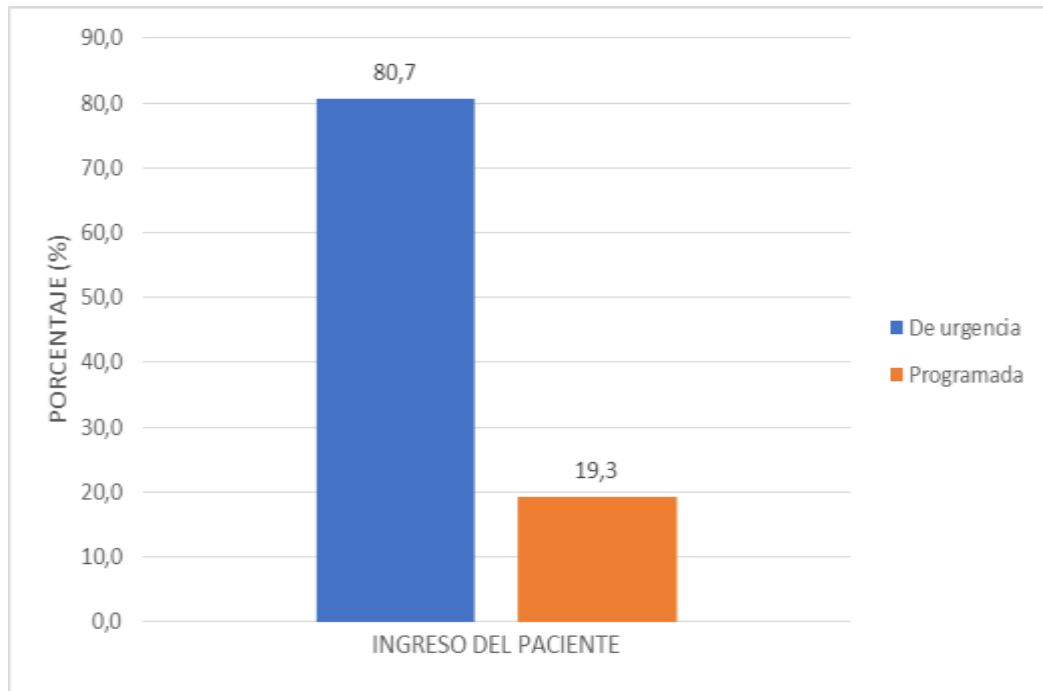


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 4

Al determinar la distribución porcentual de la actividad física vemos que el 69,3% (n=79) de la muestra podían realizar actividades mínimas dentro de la hospitalización y el 30,7 % (n=35) se encontraban encamados.

Gráfico 5. Distribución porcentual de la población investigada según ingreso del paciente.

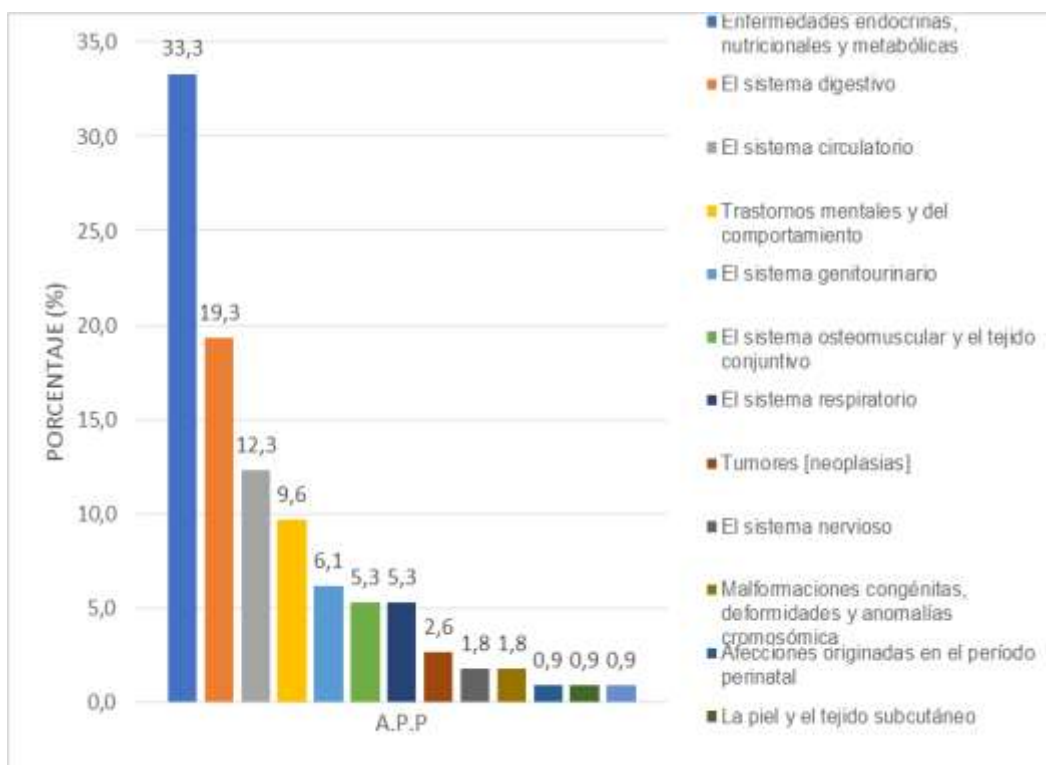


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 5

Los resultados acordes al ingreso del paciente dieron como resultado que el 80,7 % (n=92) de la muestra ingreso al hospital por urgencias mientras que el 19,7 % (n=22) fue programado su ingreso.

Gráfico 6. Distribución porcentual de la población investigada según antecedentes patológicos personales.



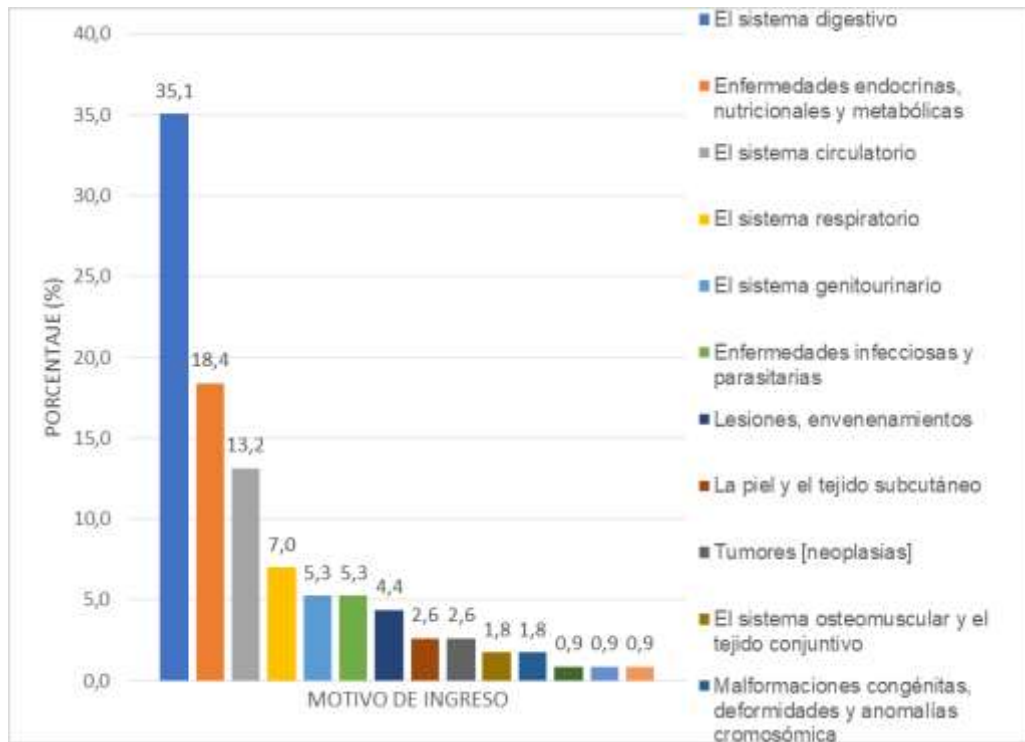
Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 6

El gráfico 6 muestra los antecedentes patológicos personales de los adultos hospitalizados en las áreas de cirugía y medicina interna, las patologías que se presentaron con más frecuencia son las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas 33 % (n=38), y de sistema digestivo 19,3 % (n=22), sistema circulatorio 12,3 % (n=14).

Las enfermedades menos frecuentes registradas fueron los trastornos mentales y del comportamiento 9,6 % (n=11), sistema genitourinario 6,1 % (n=7) sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 5,3 % (n=6), sistema respiratorio 5,3 % (n=6), tumores (neoplasias) 2,6 % (n=3), sistema nervioso 1,8 % (n=2), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 1,8 % (n=2), afecciones originadas en el periodo perinatal 0,9% (n=1), la piel y el tejido subcutáneo 0,9 % (n=1), lesiones, envenenamiento 0,9 % (n=1).

Gráfico 7. Distribución porcentual de la población investigada según motivo de ingreso.



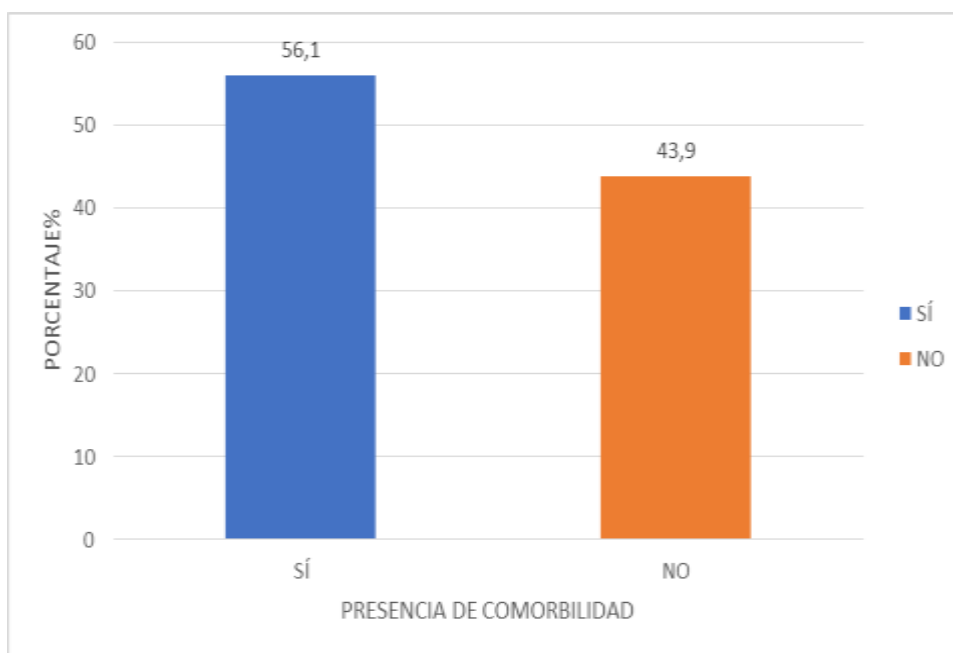
Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 7

El gráfico 7 presenta la frecuencia de los diagnósticos según los motivos de ingreso registrados en la anamnesis de los pacientes.

Sistema digestivo 35,1 % (n=40), seguido de las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas 18,4 % (n=21), y el sistema circulatorio 13,2 % (n=15).

Gráfico 8. Distribución porcentual de la población investigada según comorbilidades presentadas.



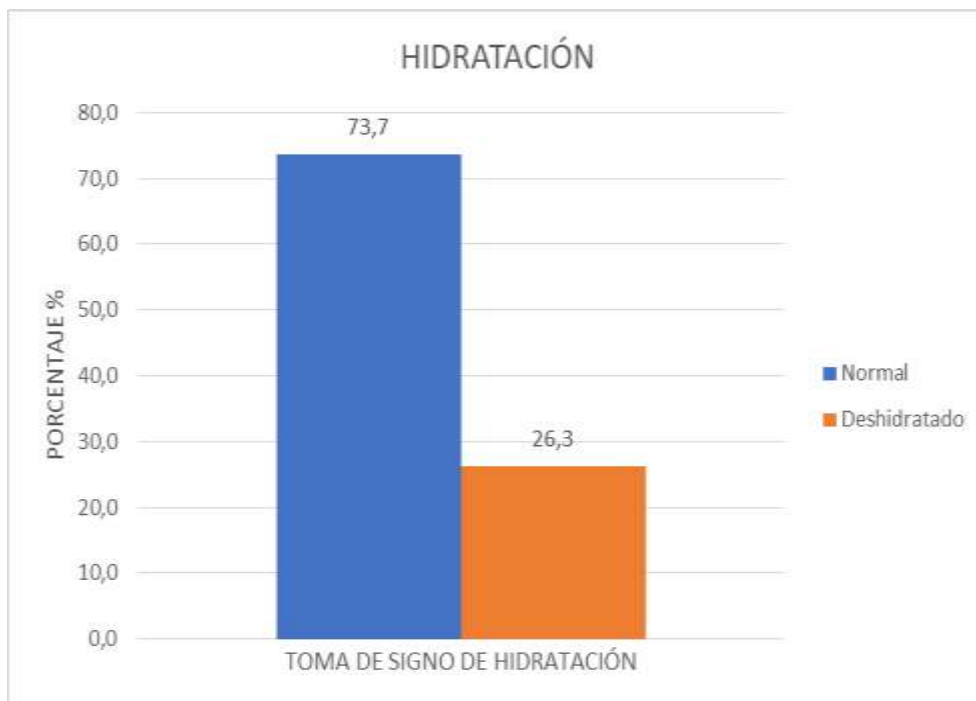
Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 8

De la población estudiada el 56,1 % (n=64) si presentaron comorbilidades, y el 43,9 % (n=50) indicaron no tenerlas.

En la encuesta realizada a los pacientes existían varias comorbilidades tales como insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, enfermedad hepática crónica, enfermedad renal crónica, diabetes, cáncer, infección, demencia, trastorno depresivo mayor, otro trastorno mental crónico, otra enfermedad crónica.

Gráfico 9. Distribución porcentual de la población investigada según los signos de hidratación valorada por examen físico.



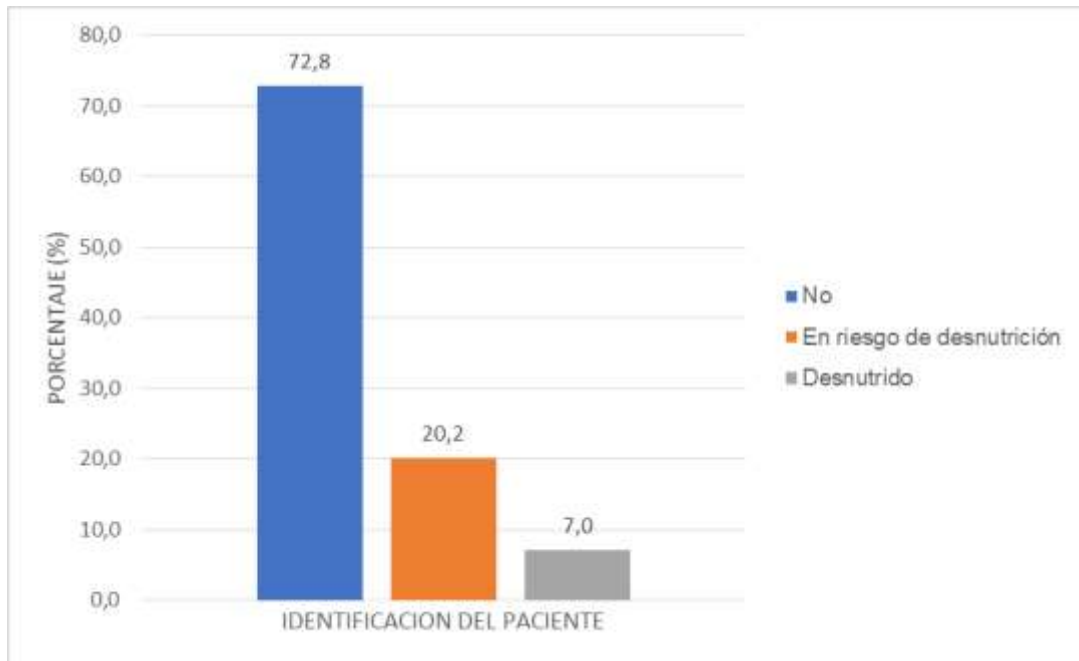
Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 9

Al analizar la hidratación por medio del examen físico se evidenció que el 73,7 % (n=84) de la muestra estaban normohidratados, seguido del 26,3 % (n=30) con deshidratación.

El examen físico realizado para determinar la deshidratación física fue la turgencia cutánea realizada a nivel palmar en la piel turgente, si el paciente presentaba normohidratación la piel regresaba a su posición rápidamente, por otro lado, en los pacientes con deshidratación al realizar la prueba la piel retornaba lentamente a su posición normal.

Gráfico 10. Distribución porcentual de la población investigada según identificación previa del paciente como desnutrido o si está en riesgo de desnutrición.

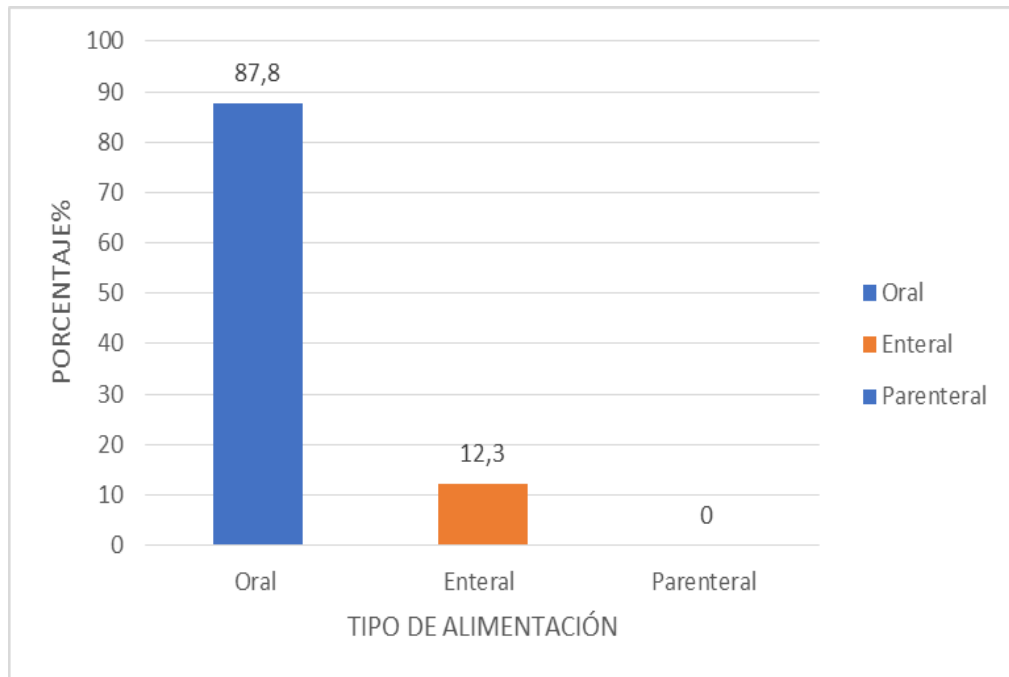


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 10

De acuerdo con el análisis de detección temprana de riesgo de desnutrición el 72,8 % (n=83) pacientes refirieron que no tuvieron ningún tipo de análisis o evaluación sobre su estado nutricional, el 20,2 % (n=23) bajo su percepción creen estar en riesgo y el 7 % (n=8) creen estar desnutridos.

Gráfico 11. Distribución porcentual de la población investigada según el tipo de alimentación.

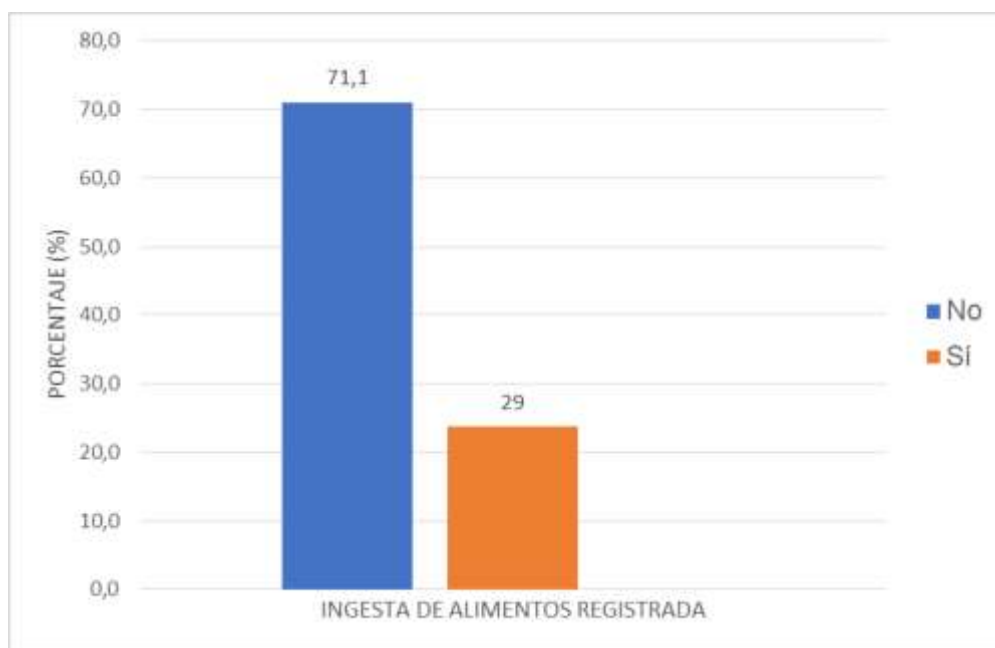


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 11

Al conocer el tipo de alimentación de la muestra, se pudo observar que el 87,8 % (n=100) presentan alimentación vía oral, seguido de alimentación enteral con el 12,3 % (n= 14) y no existía alimentación parenteral en las áreas estudiadas.

Gráfico 12. Distribución porcentual de la población investigada según ingesta de alimentos registrada en la historia clínica del paciente.

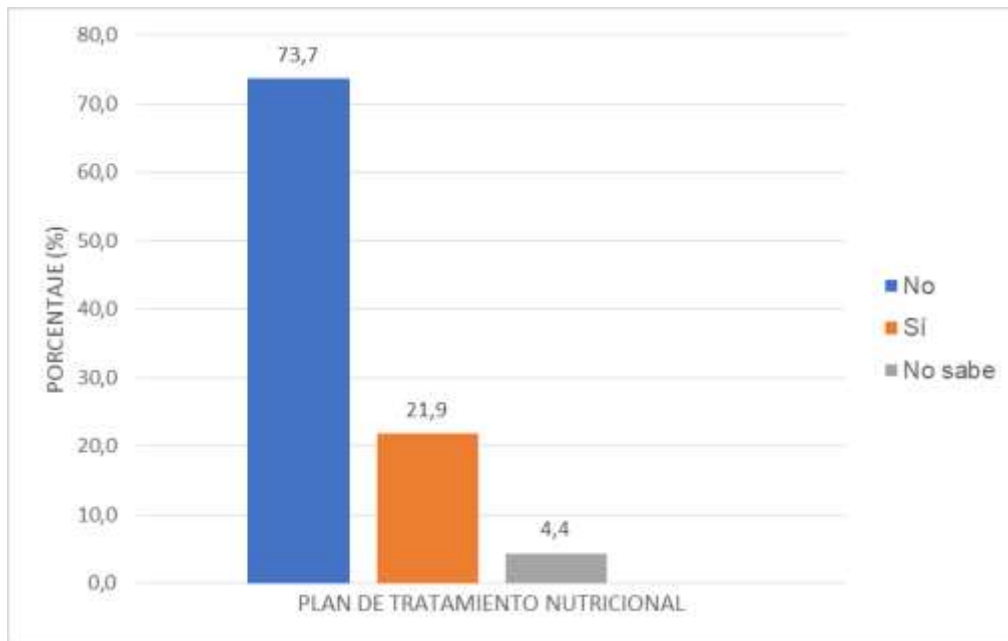


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 12

Según los datos obtenidos el 71,1 % (n=80) no presentan registro de la ingesta alimentaria en el parte médico, seguido del 29 % (n=33) que si presentaban un registro sobre la alimentación.

Gráfico 13. Distribución porcentual de la población investigada según plan de tratamiento nutricional.

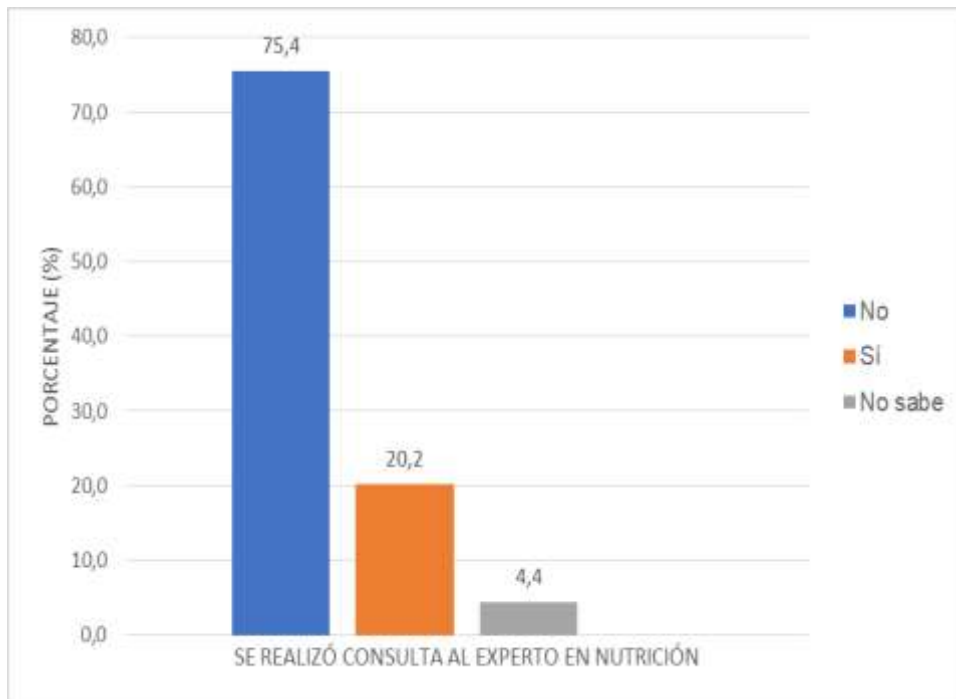


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 13

Según los datos obtenidos el 71,1 % (n=80) no presentan registro de la ingesta alimentaria en el parte médico, seguido del 29 % (n=33) que si presentaban un registro sobre la alimentación del paciente en el parte médico.

Gráfico 14. Distribución porcentual de la población investigada según realización de consulta al experto en nutrición.

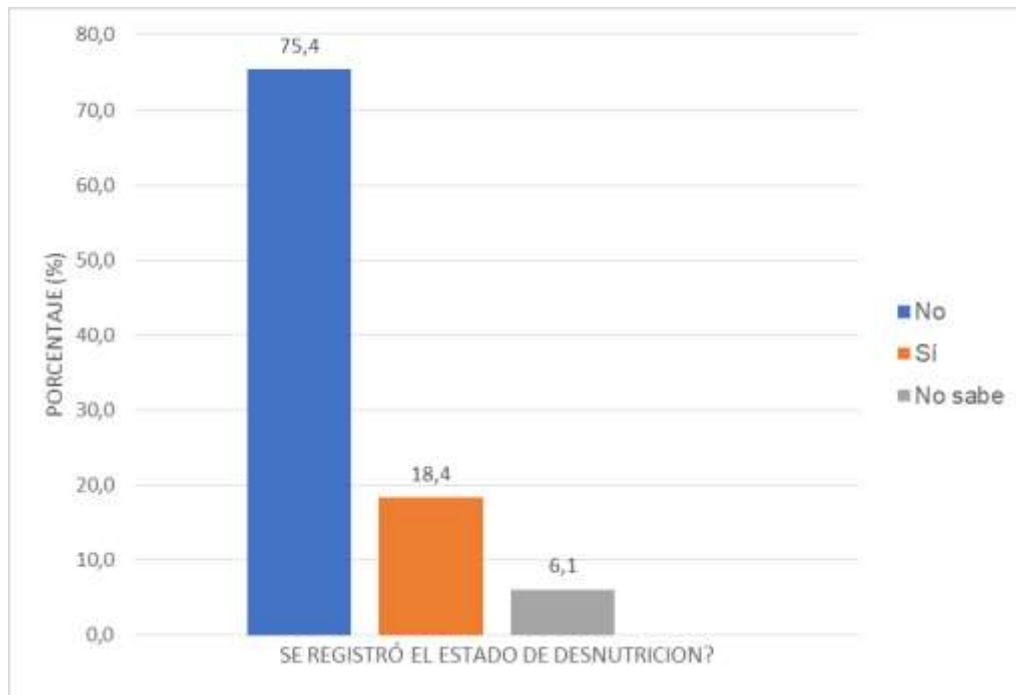


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 14

De la población estudiada el 75,4 % (n=80) no presentan registro de la ingesta alimentaria en el parte médico, seguido del 29 % (n=33) que si presentaban un registro sobre la alimentación del paciente en el parte médico.

Gráfico 15. Distribución porcentual de la población investigada según registro del estado de desnutrición en la historia clínica del paciente.

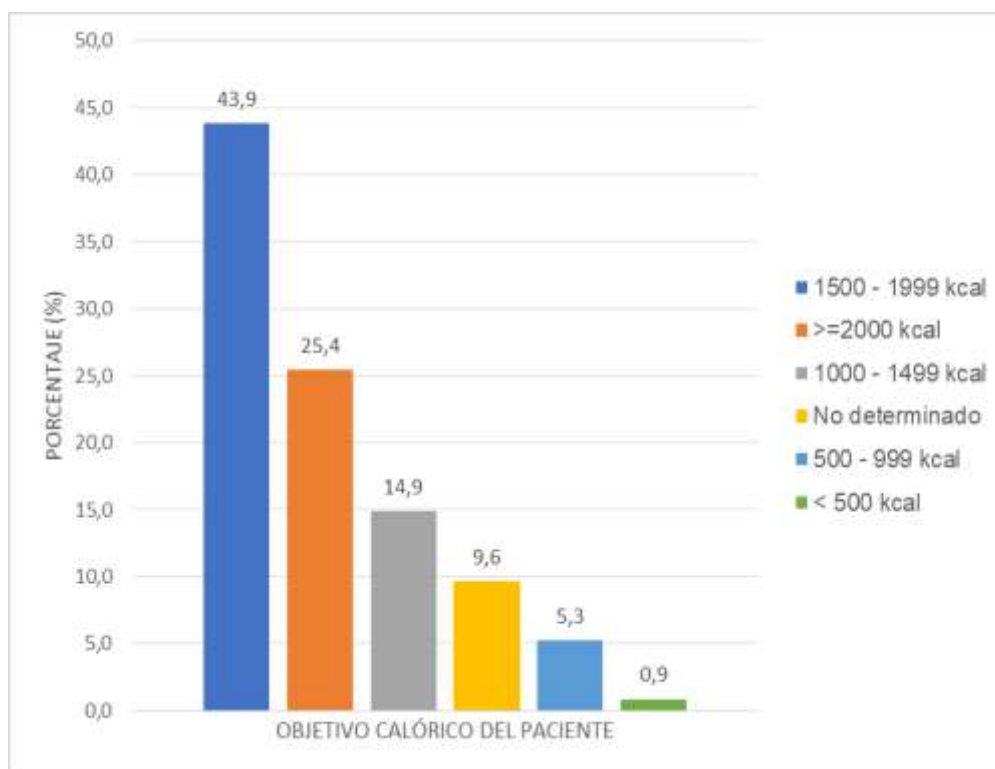


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 15

Mediante la observación de los datos, sobre el registro del estado de desnutrición, se determinó que el 75,4 % (n=86) no se había registrado el riesgo de desnutrición, seguido del 18,4 % (n= 22) que si encontró el registro en el parte médico y en menor cantidad 6,1 % (n=6) el médico tratante desconocía sobre el riesgo nutricional del paciente.

Gráfico 16. Distribución porcentual de la población investigada según objetivo calórico del paciente.

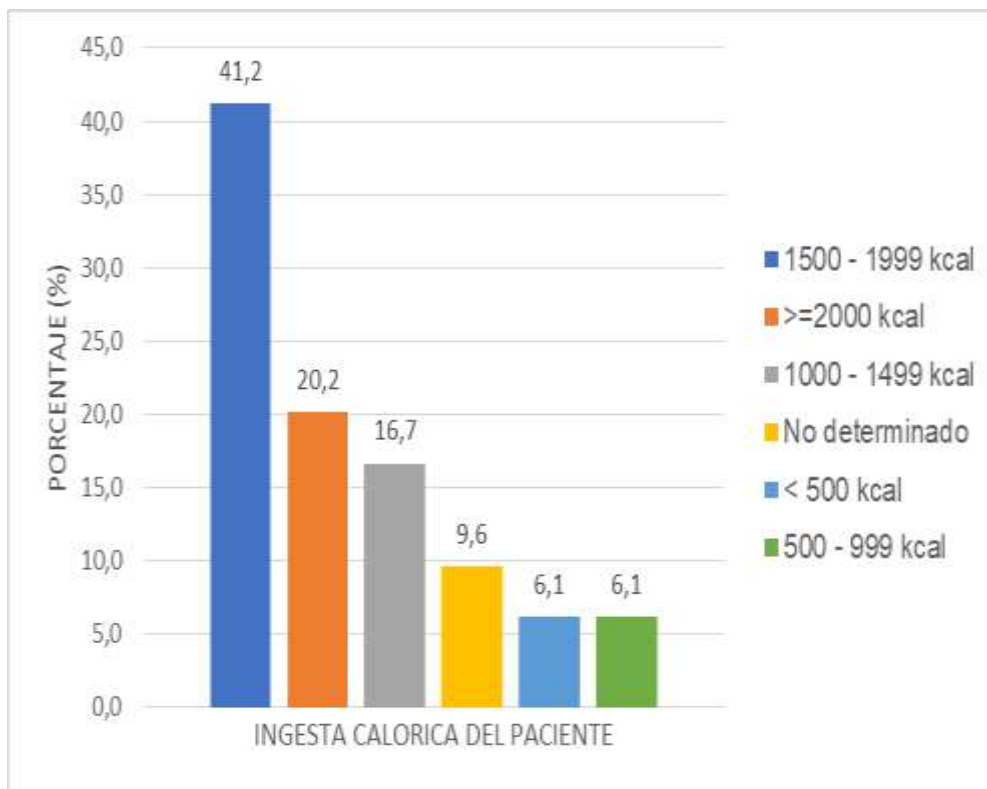


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 16

Mediante la investigación se estableció que la mayoría de la población tenía como objetivo calórico entre 1500-1999 kcal 43,9 % (n=50) seguido de >=2000 kcal con el 25,4 % (n=29), continuando con el 14,9 % (n=17) que su objetivo fue 1000-1499 kcal, contrastando la muestra el 9,6 % (n=11) no se había determinado el objetivo calórico. Y en menor cantidad con el 5,3 % (n=6) y 0,9 % (n=1) respondían a 500-999 kcal y <= 500 kcal respectivamente.

Gráfico 17. Distribución porcentual de la población investigada según ingesta calórica del paciente.

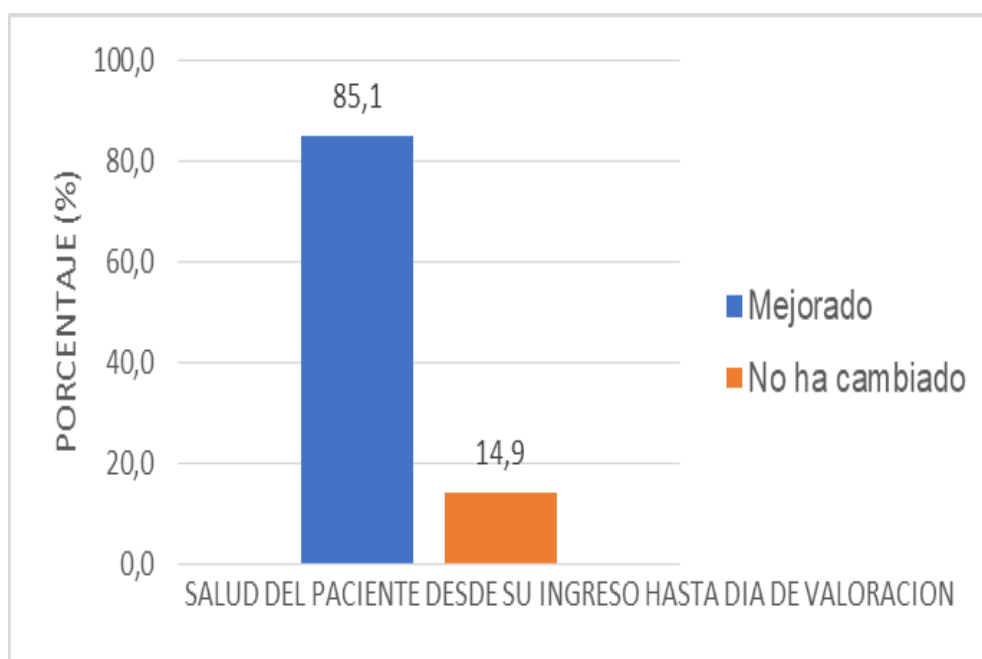


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 17

Conforme a la ingesta dietética del paciente obtuvimos que el 41,2 % (n=47) consume 1500-1999 kcal, seguido del 20,2 % (n=23) tienen una ingesta ≥ 2000 kcal, continuo a ello el 16,7 % (n=19) ingiere 1000-1499 kcal, por otro lado el 9,6 % (n=11) de la muestra no se determinó la ingesta calórica de los adultos hospitalizados, en cambio el 6,1 % (n=7) de los pacientes ingirió < 500 kcal ,el mismo porcentaje 6,1 % (n=7) reflejo la ingesta calórica de 500-999 kcal.

Gráfico 18. Distribución porcentual de la población investigada según el estado de salud del paciente desde su ingreso hasta el día de la valoración.

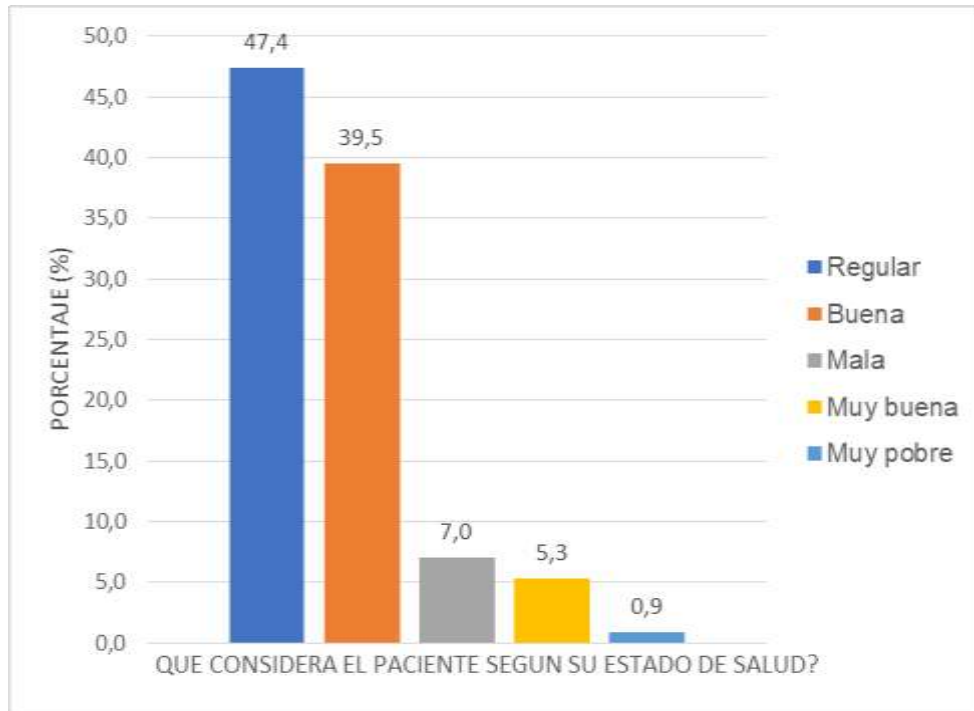


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 18

A través de la investigación se determinó que el 85,1 % (n=97) presentó una mejora de salud desde su ingreso hasta el día de su valoración, por otra parte, el 14,9 % (n=17) de pacientes no mostraron cambio alguno hasta el día que se realizó la valoración.

Gráfico 19. Distribución porcentual de la población investigada según el estado de salud que considera el paciente.

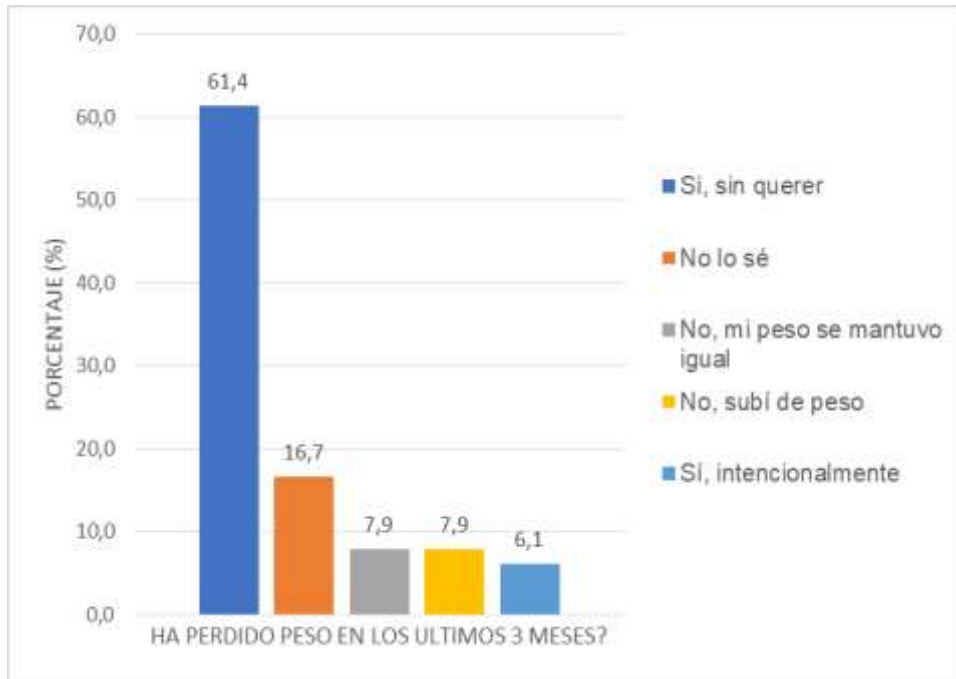


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 19

Por medio del estudio se logró identificar que el 47,4 % (n=54) de la población consideraron que su estado de salud es regular, seguido del 39,5 % (n=45) que determinó su estado como buena, contrastando que el 7,0 % (n=8) calificó su salud actual como mala, continuando con el 5,3 % (n=6) que indicó que poseen muy buena salud, en cambio el 0,9 % (n=1) de pacientes notificaron que su estado de salud es muy pobre.

Gráfico 20. Distribución porcentual de la población investigada según la pérdida de peso referida por el paciente en los últimos 3 meses.

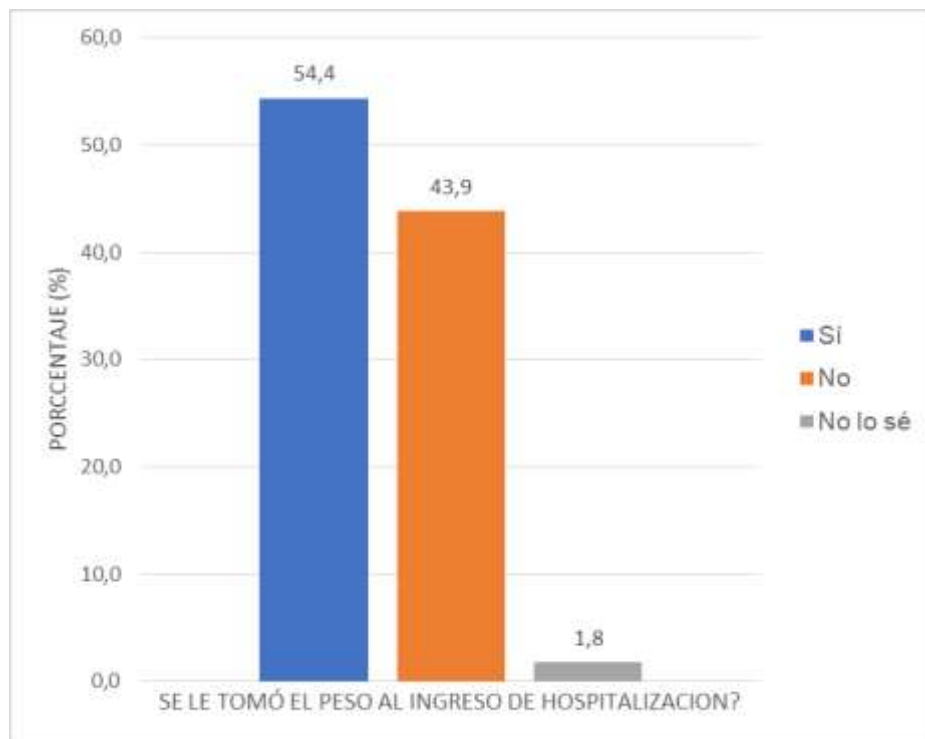


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 20

En base a la investigación se obtuvo como resultado que la mayoría de la población perdió peso sin querer en los últimos 3 meses dando un valor de 61,4 % (n=70), seguido del 16,7 % (n=19) que indicaron no saberlo, el 7,9 % (n=9) afirmó que su peso se mantuvo igual los 3 meses posteriores a su hospitalización, así mismo 7,9 % (n=9) mencionaron que subieron de peso, mientras que 6,1 % (n=7) subió de peso de manera intencional.

Gráfico 21. Distribución porcentual de la población investigada del peso tomado al ingreso de hospitalización.

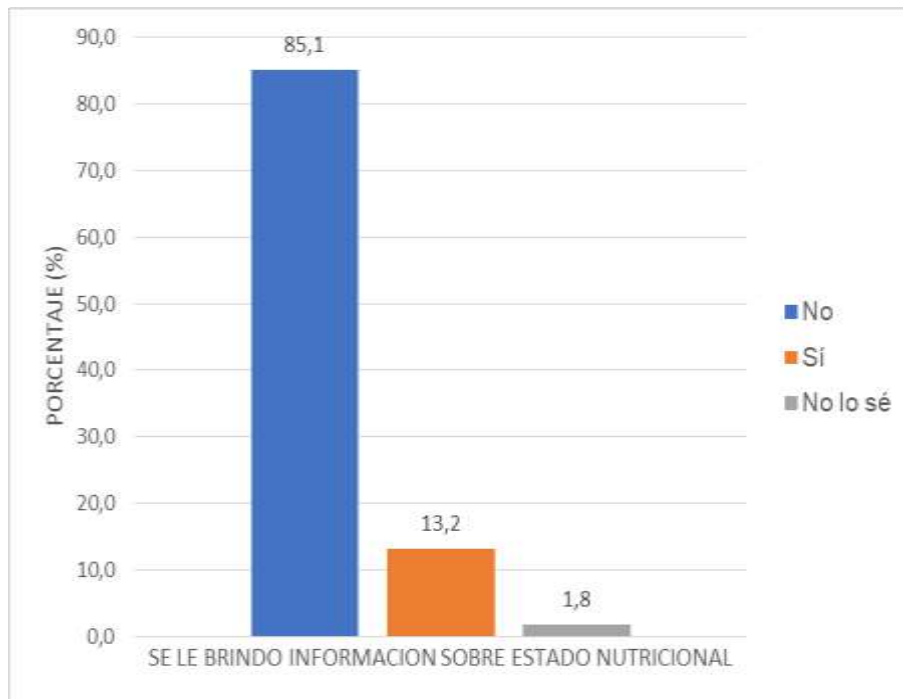


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 21

En virtud del análisis realizado se presentó como resultado que al 54,4 % (n=62) se le tomó debidamente el peso al ingresar a la hospitalización, mientras que el 43,9 % (n=50) afirman que no le realizaron la toma de peso, a diferencia del 1,8 % (n=2) que indicaron no saberlo.

Gráfico 22. Distribución porcentual de la población investigada según si se les brindó información sobre su estado nutricional.

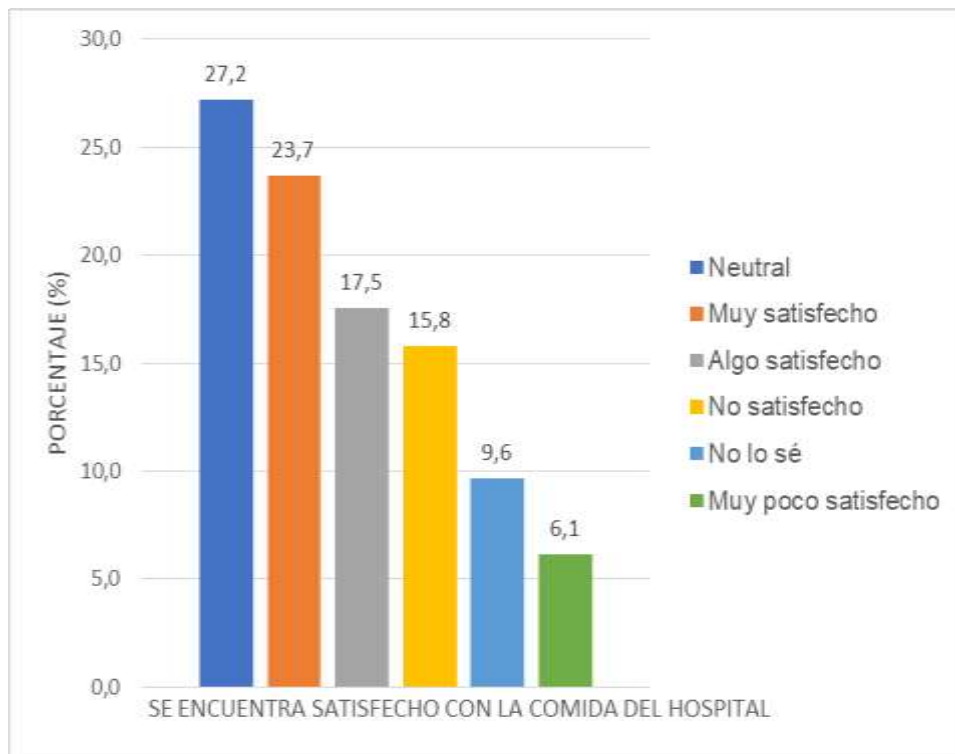


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 22

Mediante la participación de la población se logró establecer que al 85,1 % (n=97) de los hospitalizados no le brindaron información sobre su estado nutricional, seguido del 13,2 % (n=15) los cuales fueron notificados sobre su estado nutricional, y en menor cantidad el 1,8 % (n=2) que no lo recordaban.

Gráfico 23. Distribución porcentual de la población investigada según la satisfacción que presenta en la comida del hospital.

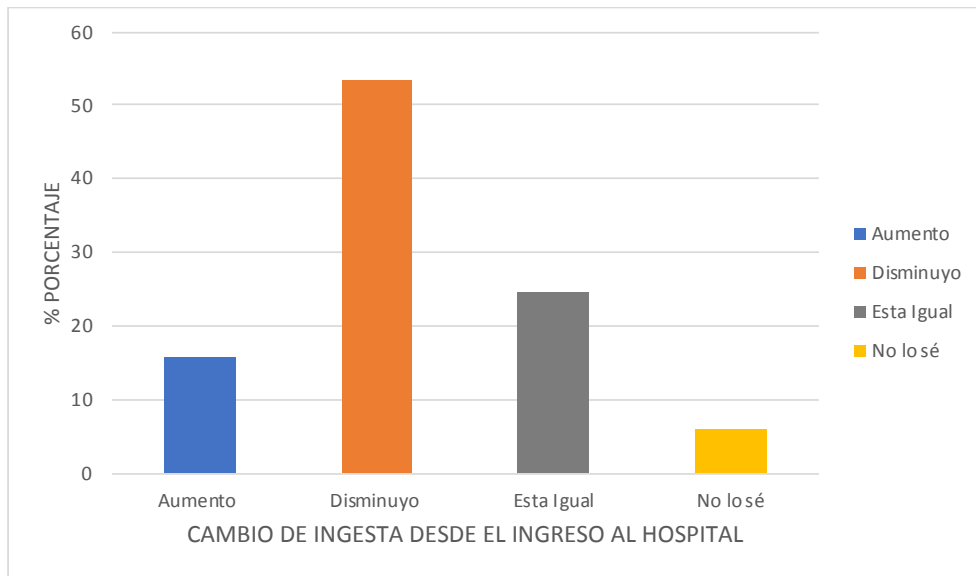


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 23

A través de la investigación se obtuvo como resultado que el 27,2 % (n=31) indicaron que se encontraban de forma neutral en cuanto a la satisfacción de la comida del hospital, seguido del 23,7 % (n=27) que mencionaron que se sintieron muy satisfechos, continuamente el 17,5 % (n=20) afirmaron encontrarse algo satisfechos, mientras que el 15,8 % (n=18) señalaron no saberlo, sin embargo, el 6,1 % (n=7) denotaron encontrarse muy poco satisfechos.

Gráfico 24. Distribución porcentual de la población investigada según el cambio de su ingesta de alimentos desde su ingreso al hospital.

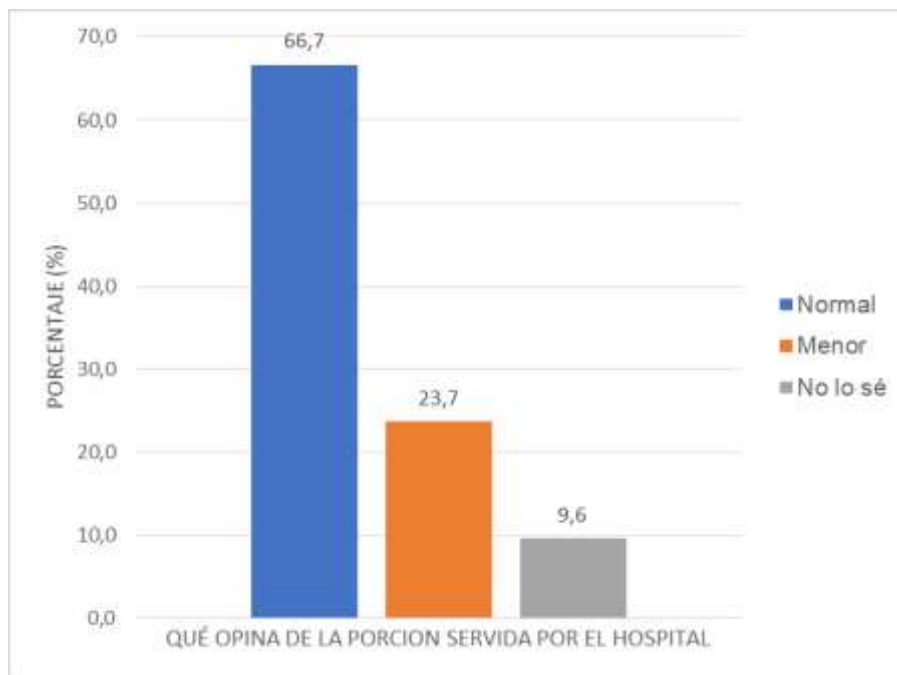


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG

Análisis gráfico 24

Los resultados del estudio indicaron que el 15,8 % (n=18) presentaron un aumento en el cambio de su ingesta de alimentos una vez que ingresaron al hospital, por otra parte el 53,5% (n=61) mencionaron que su ingesta disminuyó, mientras que el 24,6% (n=28) indicaron que su ingesta de alimentos se mantuvo de igual manera, en menor proporción el 6,1% (n=7) indicaron no saberlo.

Gráfico 25. Distribución porcentual de la población investigada según la porción servida por el servicio de alimentación del hospital.

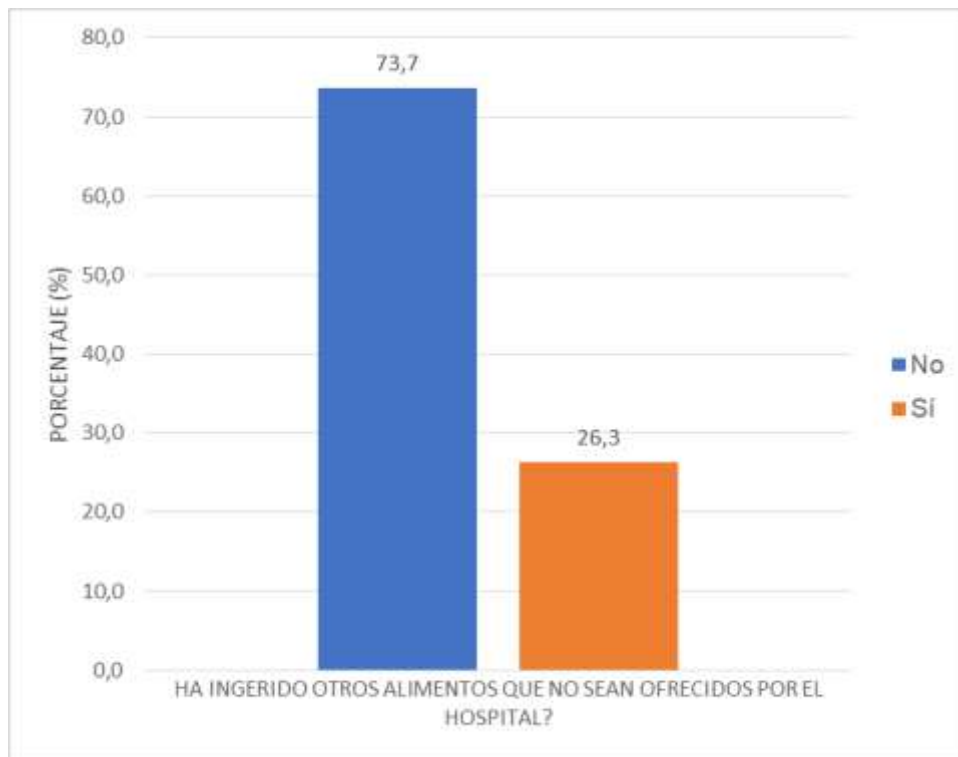


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 25

Según el análisis realizado se determinó que el 66,7 % (n=76) de la población consideraron que la porción servida por el servicio de alimentación de hospital era normal, en cambio el 23,7 % (n=27) señaló que la porción era menor, mientras que el 9,6 % (n=11) indicaron no saberlo.

Gráfico 26. Distribución porcentual de la población investigada, según si el paciente ha ingerido otros alimentos fuera de los ofrecidos por el servicio de alimentación.

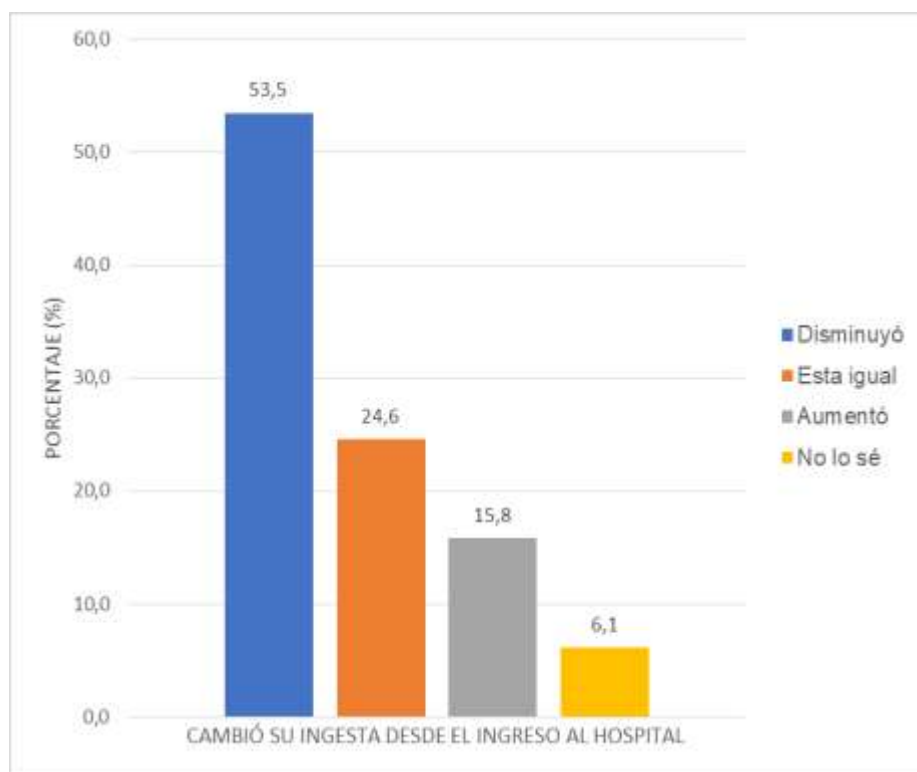


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 26

En base a la investigación el 73,7 % (n=84) de la población indicó que no habían ingerido otros alimentos que no hayan sido ofrecidos por el hospital, y en menor medida el 26,3 % (n=30) mencionaron que si habían ingeridos otros alimentos.

Gráfico 27. Distribución porcentual de la población investigada, según la ingesta de alimentos extras de los pacientes.



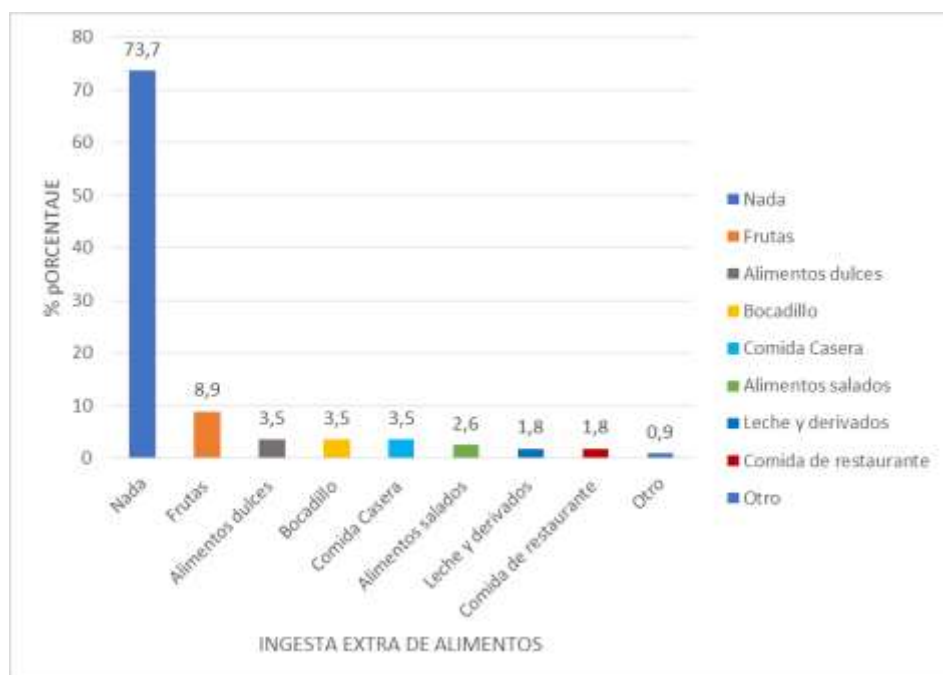
Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 27

El gráfico 26 muestra la ingesta de alimentos extras de los adultos hospitalizados, el 73,7 % (n=84) no consume nada extra, el 7 % (n=8) consume frutas, seguido del 3,5% (n=4) alimentos dulces, 3,5 % (n=4) bocadillo, 3,5 % (n=4) comida casera.

Los alimentos menos frecuentes fueron los alimentos dulces y salados con el 1,8 % en ambos y un porcentaje menor en leches y derivados con el 0,9 %.

Gráfico 28. Distribución porcentual de la población investigada, según el Cambio de ingesta de alimentos desde que fue ingresado en el hospital.

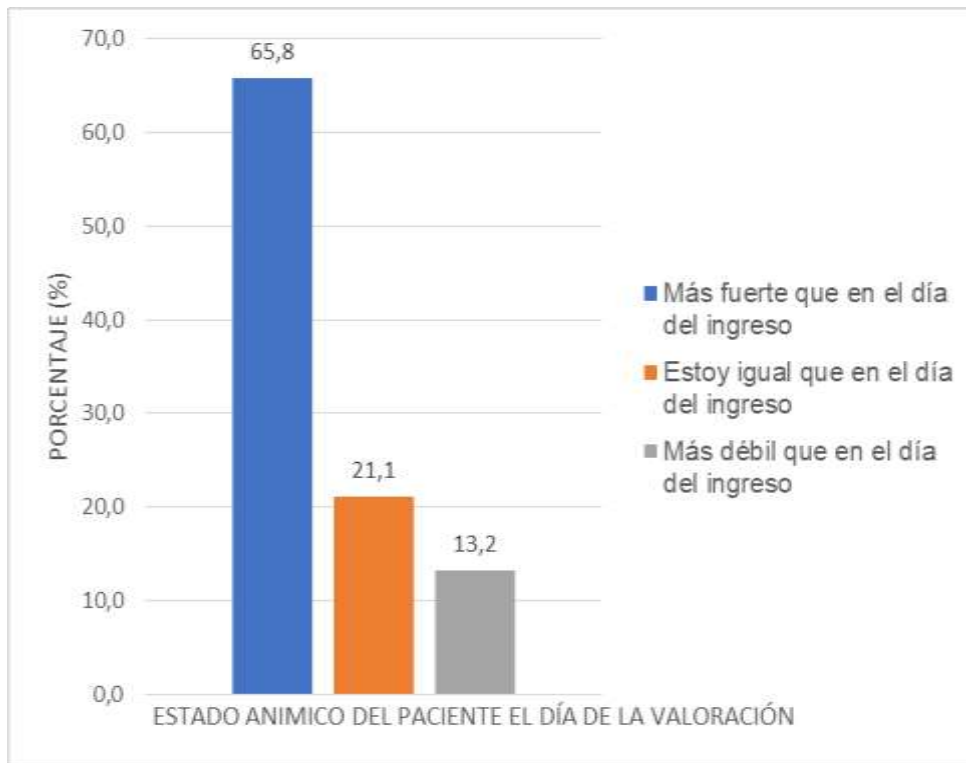


Fuente: Encuesta Nutrition Day. Elaborado por: Menéndez. D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 28

Por medio del grafico podemos analizar que el 53,5 % (n=61) disminuyó la ingesta de alimentos desde su ingreso en el hospital, mientras que el 24,6 % (n=28) dijo que su ingesta permanecía sin cambios durante su estadía, seguido del 15,8 % (n=18) que refiere haber aumentado su alimentación y el 6,1 % (n=7) refiere no saber si existe alguna diferencia de la alimentación en las áreas hospitalarias.

Gráfico 29. Distribución porcentual de la población investigada según el estado anímico del paciente el día de la valoración.



Fuente: Encuesta Nutrition ay. Elaborado por: Menéndez, D., 2023 – Estudiante UCSG.

Análisis gráfico 29

Mediante la participación de los adultos internados en las áreas de medicina interna y cirugía se logró establecer que al 65,8 % (n=75) de los hospitalizados refirieron sentirse más fuerte que en el día de ingreso, seguido del 21,11 % (n=24) los cuales refirieron estar igual al día de ingreso y en menor cantidad el 13,2 % (n=15) más débil que en el día de ingreso.

CONCLUSIONES

- Entre las características generales de los investigados se identificaron que el mayor porcentaje fueron del sexo masculino, con una estancia hospitalaria superior a 30 días, el ingreso fue de urgencia, el motivo de ingreso más frecuentes fue de patologías asociadas al sistema digestivo con un 35,1%, los antecedentes patológicos personales con mayor frecuencia fueron las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas con un porcentaje del 33%,y el 56,1% de la muestra presentaron comorbilidades.
- La ingesta calórica de los pacientes se caracterizó por un consumo promedio entre 1500 a 1900 Kcal por día. Sin embargo, hubo pacientes que ingerían calorías por debajo de las 1000 Kcal, cantidad que no permite cubrir con el gasto energético basal.
- El mayor porcentaje de investigados presentó un índice de masa corporal de bajo peso. No obstante, el exceso de peso alcanzó un porcentaje 41,3% sumando sobrepeso y obesidad en sus diferentes grados.
- Acorde a la ingesta dietética se evidencio que el 61 % disminuyeron su ingesta, por factores propios de la enfermedad o por el estrés de estar hospitalizado. En base a la investigación se obtuvo como resultado que la mayoría de la población perdió peso sin querer en los últimos 3 meses dando un valor de 61,4 % y su ingesta dietética dentro del hospital era normal
- Se concluye con la hipótesis que: Existe riesgo nutricional en los adultos hospitalizados en el Guasmo Sur de Guayaquil, mostrando una prevalencia del 36%.

7 RECOMENDACIONES

- Se sugiere establecer un protocolo de atención integral donde exista la atención nutricional y precise la prevención y monitorio de las herramientas estandarizadas como son los cribados nutricionales.
- Se aconseja realizar la medición rutinaria del peso, resaltando en pacientes con estancias hospitalarias más largas.
- Se recomienda realizar capacitaciones sobre riesgo nutricional y desnutrición al personal del área de salud para concientizar y sensibilizar, como medida preventiva sobre las complicaciones que deriva la desnutrición hospitalaria.
- Evaluar periódicamente al servicio de alimentación y verificar que se cumplan normas, requerimientos nutricionales y dietéticos acorde a la patología del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heron M. National Vital Statistics Reports Volume 68, Number 6, June 24, 2019, Deaths: Leading Causes for 2017 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>.
2. Bush CL, Blumberg JB, El-Sohemy A, Minich DM, Ordovás JM, Reed DG, et al. Toward the Definition of Personalized Nutrition: A Proposal by The American Nutrition Association. Vol. 39, Journal of the American College of Nutrition. Routledge; 2020. p. 5–15.
3. Hermel EE, Abril-Ulloa V, Lorena ET. Prevalence of malnutrition and associated factors among the elderly of ualaceo, ecuador. Revista Chilena de Nutricion. el 1 de diciembre de 2019;46(6):675–82.
4. Desnutrición [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n>
5. García Izquierdo I, Rodríguez Yera E. Detección de personas mayores en riesgo de desnutrición. Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria. 2017;37(4):177–82.
6. Nutrición y dietética clínica - Google Libros [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=agSWDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA41&dq=clasificacion+de+la+desnutricion+&ots=B1Y6jUG5qR&sig=SQU4dq4lXl7m45-JTAFH8lXtPhM#v=onepage&q&f=false>
7. Pacurucu Ávila NJ, Rodríguez Sánchez DA, Puente Arroyo A del C, Quito Peralta JN, Armijos Robles DM, Carrasco Torres EP. Factores asociados a la desnutrición en grupo. AVFT [Internet]. el 25 de marzo de 2019;38(6):700–5. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-8183-8179>,
8. Stratton RJ, King CL, Stroud MA, Jackson AA, Elia M. 'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. British Journal of Nutrition. febrero de 2006;95(2):325–30.

9. Schindler K, Pichard C, Sulz I, Volkert D, Streicher M, Singer P, et al. nutritionDay: 10 years of growth. Vol. 36, Clinical Nutrition. Churchill Livingstone; 2017. p. 1207–14.
10. Tarantino S, Sulz I, Schuh C, Hiesmayr M. Prevalencia de factores de riesgo de desnutrición en pacientes latinoamericanos hospitalizados: un análisis de nutritionDay 2016-2020. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet]. el 15 de mayo de 2022;5(2):8–11. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/389>
11. Moick S, Hiesmayr M, Mouhieddine M, Kiss N, Bauer P, Sulz I, et al. Reducing the knowledge to action gap in hospital nutrition care – Developing and implementing nutritionDay 2.0. Clinical Nutrition. el 1 de marzo de 2021;40(3):936–45.
12. Reber E, Gomes F, Vasiloglou MF, Schuetz P, Stanga Z. Nutritional risk screening and assessment. Vol. 8, Journal of Clinical Medicine. MDPI; 2019.
13. Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, et al. EuroOOPS: An international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clinical Nutrition. el 9 de junio de 2008;27(3):340–9.
14. Calleja Fernández A, Casariego Vidal A, Rodríguez Cano I, Ballesteros Pomar MD. Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. ARAN . 2016;33(1):80–5.
15. Varela ALV, Delgado EMG. Risk of malnutrition associated with poor food intake, prolonged hospital stay and readmission in a high complexity hospital in Colombia. Nutr Hosp. el 28 de agosto de 2015;32(3):1308–14.
16. Isabel Jiménez Ortega A, Belén Martínez Zazo A, Dolores Salas-González M, María Martínez García R, Guadalupe González-Rodríguez L, Ortega JA, et al. Nutrición Hospitalaria Evaluating malnutrition in pediatrics, a

- current challenge Correspondencia. 2021; Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
17. Hecht C, Weber M, Grote V, Daskalou E, Dell'Era L, Flynn D, et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. *Clinical Nutrition*. el 1 de febrero de 2015;34(1):53–9.
 18. Isabel Jiménez Ortega A, Belén Martínez Zazo A, Dolores Salas-González M, María Martínez García R, Guadalupe González-Rodríguez L, Ortega JA, et al. Nutrición Hospitalaria Evaluating malnutrition in pediatrics, a current challenge Correspondencia. 2021; Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
 19. Sopena N, Heras E, Casas I, Bechini J, Guasch I, Pedro-Botet ML, et al. Risk factors for hospital-acquired pneumonia outside the intensive care unit: A case-control study. *Am J Infect Control*. enero de 2014;42(1):38–42.
 20. Smith T, Marinos E. CME Gastroenterology. *Clin Med*. octubre de 2006;6(5):457–60.
 21. Yilmaz G, Koksall I, Aydin K, Caylan R, Sucu N, Aksoy F. Risk factors of catheter-related bloodstream infections in parenteral nutrition catheterization. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. julio de 2007;31(4):284–7.
 22. Mignini E, Scarpellini E, Rinninella E, Lattanzi E, Valeri M, Clementi N, et al. Impact of patients nutritional status on major surgery outcome. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* . junio de 2018;22(11):3524–33.
 23. Álvarez J, Río J Del, Planas M, Peris PG, García De Lorenzo A, Calvo V, et al. Artículo especial Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutrición hospitalaria*. el 12 de septiembre de 2008;23(6):536–40.
 24. Morley J. Desnutrición calórico-proteica - Trastornos nutricionales - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD. 2021 [citado el 28

- de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-nutricionales/desnutricion/desnutricion-calorico-proteica-dcp>
25. Estévez JR. Desnutrición Intrahospitalaria Elan -Ecuador: Hospital Carlos Andrade Marin. Quito. Provincia de Pichincha. 2011 [Tesis de Post Grado]. [Riobamba]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2012.
 26. Morley JE. Desnutrición - Trastornos nutricionales - Manual MSD [Internet]. Desnutrición. 2021 [citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n>
 27. Arias Núñez M del C. GUIAS CLÍNICAS DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDICINA INTERNA Principios básicos de aplicación de la nutrición artificial. Calde; 2019 jul.
 28. ACNUR. Desnutrición: tipos, síntomas y diagnóstico [Internet]. ¿Conoces los síntomas de la desnutrición? 2018 [citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: https://eacnur.org/blog/conoces-los-sintomas-la-desnutricion-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
 29. Sánchez Monge M. Señales de alerta de la desnutrición en personas mayores [Internet]. Cuidate plus. 2019 [citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/mayores/2019/02/10/senales-alerta-desnutricion-personas-mayores-169608.html>
 30. Rocabruna Pedroso R. Nutrición en cirugía. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. febrero de 2009 [citado el 4 de abril de 2023];48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100016
 31. Ruis de las Heras A. Consejos nutricionales para evitar y tratar la desnutrición. Alimentación en la desnutrición [Internet]. el 24 de marzo de 2023 [citado el 26 de marzo de 2023]; Disponible en:

<https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/nutricion-y-enfermedad/recomendaciones-nutricionales-para-prevenir-y-tratar-la>

32. Rocabruna Pedroso R. Determinación de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. el 5 de abril de 2009 [citado el 4 de abril de 2023];12(22):121–43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100016
33. Bordón C. Evaluación del estado nutricional y del riesgo nutricional en pacientes quirúrgicos: ¿Por qué, cuándo y cómo realizarlas? *Arch Latinoam Nutr* [Internet]. el 8 de noviembre de 2015 [citado el 5 de abril de 2023];65(1). Disponible en: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/suplemento-1/art-228/#>
34. Álvarez Hernández J. Nutrition screening in health care, an unavoidable necessity. Our unresolved matter. *Endocrinol Diabetes Nutr*. el 1 de agosto de 2018;65(7):377–9.
35. What Is MUST? | Complete Guide | Marsden Weighing [Internet]. [citado el 3 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.marsdenweighing.co.uk/blog/what-is-must>
36. The “MUST” Explanatory Booklet.
37. Alpízar EJ, Torres MGZ, García AM, Barretero DYR, Castillo ABC. Prevalencia de riesgo nutricional en un hospital de segundo nivel en el Estado de México. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*. el 3 de agosto de 2016;36(4):111–6.
38. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto M, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA-Its history and challenges. *J Nutr Health Aging* [Internet]. noviembre de 2006;10(6):456–62. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/6617786>
39. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). *Journal of Gerontology: MEDICAL*

- SCIENCES In the Public Domain [Internet]. junio de 2001;56(6):366–72. Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/6/M366/526432>
40. Moya García LN, Gallegos Espinoza S. Exactitud de la valoración subjetiva global versus la determinación objetiva para la evaluación del estado nutricional en pacientes oncológicos: Un estudio observacional de centro único. *Oncología (Ecuador)*. el 2 de diciembre de 2022;32(3):291–9.
 41. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr*. agosto de 2002;56(8):779–85.
 42. Di Sibio M, Jastreblansky Z, Magnifico LP, Fischberg M, Ramírez SE, Jereb S, et al. Revisión de diferentes herramientas de tamizaje nutricional para pacientes hospitalizados. *Diaeta [Internet]*. 2018 [citado el 7 de abril de 2023];36(164):30–8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372018000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 43. Ulibarri I, González A, GP de Villar N, González P, González B, Mancha A, et al. CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population. *Nutr Hosp*. el 20 de octubre de 2005;20(1):38–45.
 44. Piñera M, De Llama B, Jubete MT, Arrieta Blanco F. Detección de pacientes en riesgo de malnutrición en atención primaria. ¿podemos mejorar? *Aten Primaria*. diciembre de 2015;47(10):675–6.
 45. Hiesmayr M, Tarantino S, Moick S, Laviano A, Sulz I, Mouhieddine M, et al. Hospital malnutrition, a call for political action: A public health and nutritionday perspective. *J Clin Med*. el 22 de noviembre de 2019;8(12):1–17.
 46. Montano AF, Vargas EA, Mesa PA, Taborda JS, Cárdenas D. Situación Nutricional en el Hospital Fundación Salud Bosque: Participación en el Nutrition Day 2010 [Internet]. *Cuidado Nutricional en Paciente Hospitalizado*. 2012 [citado el 8 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/nutricion-clinica/mnc32/situacion-nutricional-hospital/>

47. Pérez Cano AM, Frias Toral E, Gonzalez MC, Paiva Orlandi S, Maza Moscoso CP, Cucalón G. El nutritionDay en Latinoamérica. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. el 5 de diciembre de 2021;4(4):120–6.
48. Navarro E, Longo E, González A. Técnica Dietoterápica 3ª Edición. Dieta [Internet]. marzo de 2019 [citado el 10 de abril de 2023];37(166):19–21. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372019000100007&lng=es.
49. MSP. Manual de dietas de los servicios de alimentación hospitalaria. 2006.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

nutritionDay worldwide 2022
Hoja de información y consentimiento del paciente



Hoja de información y consentimiento del paciente

Estimado Paciente,

"Día de la Nutrición Mundial": 10 de Noviembre del 2022

Nos gustaría invitarte a participar en esta importante auditoria de un día que se va a llevar a cabo mundialmente en el mismo día en diferentes hospitales y unidades. Esperamos que colaboren varios miles de pacientes.

Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin ningún cambio en su tratamiento médico actual. Por favor, rellene el cuestionario cuando haya leído esta hoja de información y esté seguro de que comprende sus derechos al participar.

Esta auditoria ha sido revisada por el comité de ética de su hospital.

El objetivo de esta auditoria es evaluar, en un solo día, cómo se organiza la nutrición en los hospitales en toda Europa. La información que reunamos ayudará, en último término, a los hospitales a mejorar el tratamiento nutricional de sus paciente y constituirá la base de proyectos independientes de control de calidad.

Esta auditoria se basa en tres cuestionario. El cuestionario del paciente consiste en 1 hoja que nos gustaría que completara durante el día de la auditoria. Esto le llevará aproximadamente 20 minutos.

La hoja del paciente que le estamos pidiendo que complete consiste en 3 páginas:

La **primera hoja** describe si su peso ha cambiado durante los últimos 3-6 meses. También nos gustaría saber lo que comió durante la última semana antes de su ingreso en el hospital.

La **segunda hoja** nos indica cuanto come y bebe durante el "Día de la Nutrición" así como cualquier razón para comer menos de lo que se le ha ofrecido.

En caso de que usted tenga un diagnóstico de cáncer se le proporcionará una segunda hoja. La **tercera hoja** pregunta sobre su manera de comer, su peso , apetito y nivel de actividad general.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar los cuestionarios , por favor no dude en preguntar a cualquier miembros del personal.

Además, el personal de planta le dará información básica sobre su diagnóstico y tratamiento. Ellos realizarán esto usando otro cuestionario más.

1/2





Quisiéramos atraer su atención al hecho de que este cuestionario está disponible en 30 idiomas. Si Ud. prefiere completar este cuestionario en otro idioma, por favor pida al personal de Enfermería de la planta que se lo proporcione.

Toda esta información se recogerá **sin** cualquier dato identificativo como su nombre o fecha de nacimiento. Es muy importante asegurar que sus respuestas son anónimas a lo largo de toda la realización de esta auditoría y que sólo el personal sanitario que le atiende tenga acceso a información donde conste su nombre.

La transmisión de su información al Centro Coordinador del "Día de la Nutrición" en Austria se realizará únicamente para análisis estadístico. No habrá ninguna referencia a su nombre durante este análisis, ni tampoco aparecerá su nombre en la publicación de resultados.

La persona indicada a continuación contestará cualquier pregunta que Ud. tenga en relación con este proyecto. Si no están en ese momento en la planta, pueden ser localizados por el personal sanitario de la planta y venir a verle:

Persona de contacto 1:

Teléfono/busca:

Persona de contacto 2:

Teléfono/busca:

Si no desea participar en esta auditoría, nos gustaría que tachara con una raya este cuestionario, firmelo y entréguelo a cualquiera de las personas que atienden la planta. Esto no tendrá ninguna influencia en el tratamiento que Ud. recibe.


He leído este documento y estoy conforme/no estoy conforme en participar en este proyecto

Nombre del Paciente:

Firma:

ANEXO 2

ENCUESTA NUTRITION DAY

Por favor marque las casillas correctas que correspondan a este paciente					
	RELACIONADO CON SU PACIENTE HOJA 2a	Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código del Centro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Código de la Unidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Paciente Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Iniciales del Paciente ██████████	Año de Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Fecha de ingreso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Consentimiento Informado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Peso (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="radio"/> estimado <input type="radio"/> cuantificado	estatura (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="radio"/> estimado <input type="radio"/> cuantificado				
POR FAVOR CONTINUE SOLAMENTE SI EL PACIENTE TIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO					
1. Esta hospitalización fué: <input type="radio"/> programada <input type="radio"/> de urgencia <input type="radio"/> No lo se					
2a. Diagnóstico al ingreso (marque todas las que correspondan)					
<input type="checkbox"/> 0100 Enfermedades infecciosas y parasitarias	<input type="checkbox"/> 1200 La piel y el tejido subcutáneo				
<input type="checkbox"/> 0200 Tumores [neoplasias]	<input type="checkbox"/> 1300 El sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo				
<input type="checkbox"/> 0300 Sangre, órganos hematopoyéticos, mecanismos inmunológicos	<input type="checkbox"/> 1400 El sistema genitourinario				
<input type="checkbox"/> 0400 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	<input type="checkbox"/> 1500 Embarazo, parto y puerperio				
<input type="checkbox"/> 0500 Trastornos mentales y del comportamiento	<input type="checkbox"/> 1600 Afecciones originadas en el período perinatal				
<input type="checkbox"/> 0600 El sistema nervioso	<input type="checkbox"/> 1700 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómica				
<input type="checkbox"/> 0700 El ojo y sus anexos	<input type="checkbox"/> 1800 Síntomas, hallazgos anormales clínicos/de laboratorio				
<input type="checkbox"/> 0800 El oído y la apófisis mastoides	<input type="checkbox"/> 1900 Lesiones, envenenamientos				
<input type="checkbox"/> 0900 El sistema circulatorio	<input type="checkbox"/> 2000 Causas externas de morbilidad y de mortalidad (e.g transporte, accidentes, asalto)				
<input type="checkbox"/> 1000 El sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> 2100 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud				
<input type="checkbox"/> 1100 El sistema digestivo					
2b. Diagnósticos principales (solamente un código de los arriba mencionados)					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuales son las condiciones / comorbilidades del paciente? (marque una respuesta)					
Insuficiencia cardíaca <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
infarto de miocardio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
Enfermedad pulmonar crónica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Infección <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
Enfermedad cerebrovascular <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Demencia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
Enfermedad vascular periférica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastorno depresivo mayor <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
Enfermedad hepática crónica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Otro trastorno mental crónico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
Enfermedad renal crónica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Otra enfermedad crónica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No				
4a. Cirugía previa a la hospitalización actual <input type="radio"/> Si, programada <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si, evento agudo			4b. Cirugía programada durante la estancia hospitalaria actual <input type="radio"/> Si, hoy o mañana <input type="radio"/> No, después <input type="radio"/> No		
Días desde la cirugía <input type="text"/> Días					
5. Ingreso previo a la UCI durante la estancia hospitalaria actual <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No					
6. Tiene este paciente una enfermedad terminal? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No lo se					
7. Estado de hidratación (HDY) <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sobrehidratado <input type="radio"/> Deshidratado <input type="radio"/> No lo se					
8. Número de diferentes medicamentos pautados (HOY) oral <input type="text"/> <input type="text"/> otro <input type="text"/> <input type="text"/>					
9. Había sido identificado este paciente como desnutrido o en riesgo de desnutrición? <input type="radio"/> Desnutrido <input type="radio"/> En riesgo de desnutrición <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No lo se					
Por favor sigue en la siguiente Página 2b					

Por favor marque las casillas que correspondan al paciente



RELACIONADO CON SU PACIENTE

HOJA 2b

Fecha

Código del Centro

Código de la Unidad

Paciente Número

Iniciales del Paciente

10. Líquidos (HOY) Solución electrolítica? (NaCl, Lactato de Ringer, etc) Solución de Dextrosa al 5%

11. Número de suplementos nutricionales orales (SNO) pautados para el día ? (HOY)

12. Ingesta Nutricional (HOY) (marque una respuesta)

Menú normal del hospital	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Menú del hospital fortificado /enriquecido	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Suplemento proteico/energético (SNO) suplementos nutricionales orales	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Nutrición enteral	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Nutrición parenteral	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Dieta especial	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se

13a. Todas las catéteres EV y sondas (HOY) (marque una respuesta)

Acceso Venoso Central	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Nasoduodenal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Acceso Venoso Periférico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Enterostomía	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nasogástrica	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Gastrostomía endoscópica percutánea o quirúrgica	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nasoyeyunal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Yeyunostomía endoscópica percutánea o quirúrgica	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

13b. Se presentaron complicaciones en los catéteres endovenosos y/o sondas relacionados con la nutrición? (infecciones/obstrucciones)

Sí, previamente Sí, actualmente No No lo se

14. Por favor indique si cualquiera de las siguientes medidas ha sido tomada para este paciente desde su ingreso (marque una respuesta)

Se determinaron los requerimientos calóricos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Se determinaron los requerimientos proteicos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
La ingesta de alimentos ha sido registrada en la historia clínica del paciente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Se desarrolló un plan de tratamiento nutricional	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
Se consultó un experto en nutrición	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se
El estado de desnutrición se registró en la historia clínica del paciente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo se

15a Objetivo Calórico (AYER)

< 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 No determinado
 No lo se

15b. Ingesta calórica (AYER)

< 500 kcal
 500 - 999 kcal
 1000 - 1499 kcal
 1500 - 1999 kcal
 >= 2000 kcal
 No determinado
 No lo se

16. Desde su ingreso el estado de salud del paciente ha...

Mejorado El paciente ha sido admitido recientemente
 Empeorado No lo se
 No ha cambiado

GRACIAS!!!

Por favor marque las casillas que correspondan



nutritionDay
worldwide

HOJA DEL PACIENTE
HOJA 3a

Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código del Centro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código de la Unidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número del paciente

Iniciales del paciente

1. ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios habituales? (marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo hábitos dietéticos especiales | <input type="checkbox"/> Evito los carbohidratos |
| <input type="checkbox"/> Soy vegetariano | <input type="checkbox"/> Como una dieta baja en grasa |
| <input type="checkbox"/> Sigo una dieta vegana | <input type="checkbox"/> Soy intolerante a la lactosa |
| <input type="checkbox"/> Sigo una dieta libre de gluten | <input type="checkbox"/> Otra dieta especial debido a alergias / intolerancias |
| <input type="checkbox"/> Evito añadir azúcar | <input type="checkbox"/> Otro |

2. Dónde residía antes de su actual ingreso en el hospital?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> En casa | <input type="radio"/> He sido trasladado desde otro hospital |
| <input type="radio"/> En una residencia, hogar de ancianos o de cuidados intermedios | <input type="radio"/> Otro |

3. En general, es usted capaz de caminar?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No, tengo una silla de ruedas |
| <input type="radio"/> Sí, con la ayuda de alguien | <input type="radio"/> No, estoy en la cama |
| <input type="radio"/> Sí, con bastón, silla de ruedas, o muletas | |

4. En general, ¿Ud diría que su salud es ?

- Muy buena Buena Regular Mala Muy pobre

5. Durante los últimos 12 meses anteriores a su ingreso en el hospital actual, aproximadamente ...

- | | | |
|--|----------------------|----------------|
| ... ¿Cuántas veces ha visitado al médico? | <input type="text"/> | Cuántas veces |
| ... ¿Cuántas veces ha sido ingresado en un hospital (urgencias, cualquier servicio)? | <input type="text"/> | Cuántas veces |
| ... ¿Cuántas noches en total ha pasado en el hospital? | <input type="text"/> | Cuántas noches |

6. Cuántos medicamentos diferentes toma durante el día? (Antes de la hospitalización)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-2 | <input type="radio"/> Ninguna |
| <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> No lo se |
| <input type="radio"/> Más de 5 | |

7. Tiene seguro médico?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sí, seguro privado solamente | <input type="radio"/> No |
| <input type="radio"/> Sí, seguro social solamente | <input type="radio"/> Prefiero no contestar |
| <input type="radio"/> Sí, ambos | |

8. Su peso hace 5 años kg No lo se

9a. Ha perdido peso durante los últimos tres meses?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Sí, intencionalmente | <input type="radio"/> No. He ganado peso |
| <input type="radio"/> Sí, sin intención | <input type="radio"/> No lo se |
| <input type="radio"/> No, mi peso sigue siendo el mismo | |

9b. En caso afirmativo, cuántos kilos perdió? kg No lo se

10. ¿Sabía que sería hospitalizado dos días antes del ingreso? Sí No

11. Por favor indique si...

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| ...usted fue pesado al ser ingresado | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No lo se |
| ... Se le informó acerca de su estado nutricional | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No lo se |
| ... Fueron informados acerca de las opciones de soporte nutricional | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No lo se |
| ...Usted recibió un tratamiento de nutrición especial | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No lo se |

Por favor continúe con la Página 3b

Por favor marque las casillas que aplican en su caso



nutritionDay
worldwide

HOJA DEL PACIENTE
HOJA 3B

Fecha

Código del Centro

Código de la Unidad

Número del paciente

Iniciales del paciente

12. Qué tan bien comió la semana anterior de ser admitido en el hospital?

Más que normal

Normal

Aproximadamente unos 3/4 de lo normal

Aproximadamente la mitad de lo normal

Aproximadamente un cuarto hasta casi nada

13. En general, qué tan satisfecho está usted con la comida en el hospital?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Neutral

No satisfecho

Muy poco satisfecho

No lo se

14. Recibió usted alguna ayuda para comer hoy día?

Sí, por parte de familiares o amigos

Sí, por parte de personal hospitalario

No

15. Ha podido comer sin interrupciones en el día de hoy ?

Sí

No

16a. Por favor indique qué cantidad ha comido en la comida principal que le ha sido ofrecida en el hospital el día HOY?

casi todo 1/2 1/4 nada

16b. El tamaño de la porción de la comida que solicitó el día de HOY era ...

Normal

Menor

Mayor

No lo se

17. En caso de no haber comido todo de su plato, por favor indiquenos porqué (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> No me gustó el tipo de comida ofrecida	<input type="checkbox"/> Tengo problemas para tragar o masticar
<input type="checkbox"/> No me gustó el olor/ sabor de la comida ofrecida	<input type="checkbox"/> Normalmente como menos de lo que me sirven
<input type="checkbox"/> La comida no está de acuerdo con mis preferencias culturales/religiosa	<input type="checkbox"/> Tuve náuseas / vómito
<input type="checkbox"/> La comida estaba demasiado caliente	<input type="checkbox"/> Estaba demasiado cansado
<input type="checkbox"/> La comida estaba demasiado fría	<input type="checkbox"/> No puedo comer sin ayuda
<input type="checkbox"/> Debido a alergia/ intolerancia	<input type="checkbox"/> No se me permitía comer
<input type="checkbox"/> No tenía hambre a la hora que fue ofrecida la comida	<input type="checkbox"/> Tuve un examen, un procedimiento o una cirugía y no pude comer
<input type="checkbox"/> Tengo menos apetito que lo usual	<input type="checkbox"/> No recibí la comida solicitada

18. Agregue el número de vasos/tazas de bebidas que Ud consumió durante las últimas 24 horas

<input type="text"/> Agua	<input type="text"/> Café	<input type="text"/> Zumo de frutas	<input type="text"/> Suplemento nutricional oral
<input type="text"/> Té	<input type="text"/> Leche	<input type="text"/> Bebidas no alcohólicas	<input type="text"/> Otro

19a. Comió usted alguna otra comida aparte de la ofrecida por el hospital en el día de hoy? Sí No

19b. En caso afirmativo, qué comió?

<input type="checkbox"/> Alimentos dulces	<input type="checkbox"/> Leche y Derivados
<input type="checkbox"/> Alimentos salados	<input type="checkbox"/> Comida ordenada/ restaurante
<input type="checkbox"/> Comida casera	<input type="checkbox"/> Bocadillo
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Otro

20. Cómo ha cambiado su ingesta de alimentos desde que fue ingresado en el hospital ?

Aumentó Disminuyó Está igual No lo se

21. HOY me siento...

Más fuerte que en el día del ingreso

Más débil que en el día del ingreso

Estoy igual que en el día del ingreso

Ingresé hoy No lo se

22. ¿Puede caminar sin ayuda en el día de HOY?

Sí

NO. Sólo con ayuda

NO. Me encuentro en la cama

23. Le han ayudado a llenar este cuestionario? Sí No

GRACIAS!!!

Por favor marque las casillas que correspondan



nutritionDay
worldwide

COVID-19

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--

Código del Centro

--	--	--	--	--	--	--	--

Código de la Unidad

--	--	--	--	--	--	--	--

Número del paciente

--	--	--

1. ¿Eres COVID-19 positivo HOY?

- sí no no lo sé

2. ¿Has tenido un resultado COVID-19 positivo en el último:

- 0-3 meses 3-6 meses 6-12 meses > 1 año? jamás

3. ¿ha sido hospitalizado durante su infección por COVID-19?

- sí no no lo sé

GRACIAS!!!

ANEXO 3

CARTA DE AUTORIZACIÓN REALIZADA POR LA CARRERA



CARRERAS:
Medicina
Enfermería
Odontología
Nutrición y Dietética
Fisioterapia



PBX: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

FCM-ND-038-2023

Guayaquil, 10 de abril del 2023

Doctor
Miguel San Martín Abarca.
Gerente Hospital Guasmo Sur
En su despacho.

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, solicito formalmente a Usted conceda la autorización correspondiente para que la Srta. **MENENDEZ TARIRA DANNY VALERIA**, portadora de la cédula de identidad # **0925738759**, egresada de la Carrera de Nutrición y Dietética, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, realice el proyecto de Investigación con el tema:

"Riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta Nutrición Day en adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, 2022".

Este trabajo es un requerimiento fundamental para optar por el Título como Licenciada en Nutrición y Dietética.

En espera de tener una respuesta favorable, anticipo mi sincero agradecimiento.

Atentamente,



Dra. Martha Celi Mero
Directora
Carrera Nutrición, Dietética y Estética

Cc: Archivo

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL GUASMO SUR DE GUAYAQUIL



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Guasmo Sur
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZRS-HGGS-GERENCIA-2023-0231-O

Guayaquil, 19 de abril de 2023

Asunto: RESPUESTA: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS SOBRE EL TEMA "RIESGOS NUTRICIONAL MEDIANTE LA APLICACION DE LA ENCUESTA NUTRITION DAY EN ADULTOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR PERIODO 2022."

Danny Valeria Menendez Tarifa
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZRS-HGGS-ADM-SG-2023-0441-E, el cual solicita autorización para realizar PROYECTO DE TESIS sobre el tema: "RIESGOS NUTRICIONAL MEDIANTE LA APLICACION DE LA ENCUESTA NUTRITION DAY EN ADULTOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR PERIODO 2022".

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es **FAVORABLE**.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Miguel Daniel San Martín Abarca
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

Referencias:
- MSP-CZRS-HGGS-ADM-SG-2023-0441-E

Atenciones:
- canoacamar_04-11-2023_16_040986361001681248384.pdf

Copias:
- Señor Doctor
Francisco Marcelo Obando Pizarro
Coordinador de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur
- Señor Doctor
Leonardo Ivan Chilian Ariza

Dirección: Av. Caciques Tornalá y Callejón Eloy Alfaro.
Codigo postal: 090112 / Guayaquil-Ecuador. Teléfono: +593-4-3603-600
www.hospitalguasmo.gub.ec



10



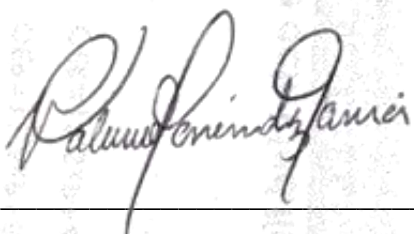
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Menéndez Tarira, Danny Valeria**, con C.C: # **0925738759** autora del trabajo de titulación: **Riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta “Nutrition Day” en adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición y Dietética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 5 de mayo del 2023

f. 

Nombre: Menéndez Tarira, Danny Valeria
C.C: 0925738759



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta "Nutrition Day" en adultos internados en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, 2022.	
AUTOR(ES)	Menéndez Tarira, Danny Valeria	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ruth Adriana, Yaguachi Alarcón	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA:	Nutrición y Dietética	
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición y Dietética	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de Mayo de 2023	No. DE PÁGINAS: 98
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición	
PALABRAS CLAVES:	Paciente; Desnutrición; Hospitalización; Ingesta alimentaria; Adulto; Tiempo de internación.	
RESUMEN/ABSTRACT:		
<p>La desnutrición es un factor de riesgo que afecta los resultados clínicos, la calidad de vida, función física y autonomía del paciente y aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. Por medio del presente estudio se ha determinado el riesgo nutricional mediante la aplicación de la encuesta "Nutrition Day" en adultos internados en el Hospital Guasmo Sur de Guayaquil. Este proyecto se llevó a cabo con un diseño no experimental, de tipo prospectivo y de enfoque cuantitativo, se trabajó con una muestra de 114 adultos internados cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se trabajó con la encuesta Nutrition Day reajustada para establecer el riesgo de nutricional en los pacientes hospitalizados. Entre las características generales de los investigados se identificaron que el mayor porcentaje fueron del sexo masculino (51,3%), con una estancia hospitalaria superior a 30 días, el ingreso fue de urgencia (80,7%), el motivo de ingreso más frecuentes fue de patologías asociadas al sistema digestivo (35,1%). Conclusión: La prevalencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados fue del 36%. Esto se evidencia ya que durante la estancia hospitalaria la ingesta de alimentos disminuyó, ya sea por factores propios de la enfermedad o por el estrés de estar hospitalizado.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 09827777086	E-mail: danny.menendez@cu.ucgs.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Carlos Poveda	
	Teléfono: 0993592177	
	E-mail: carlos.poveda@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		