



ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PERIOPERATORIOS DE TUCUMÁN

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino
Facultad Ciencias de la Salud

Autor: Ortiz Mercado, María Florencia

Director: Manzur, Ester Elena

Co-director: Puentes Duberti, Susana

Asesor metodológico: Montoya, Karina

San Miguel de Tucumán, 2014

Esta tesis está dedicada a mi familia quienes recorrieron conmigo este largo camino, creyendo firmemente en mí y alentándome hasta hoy.

Agradezco a mi madre que a pesar de todo hizo lo posible para que pueda culminar mi carrera, lo que hoy en día es y será mi profesión.

Por último pero no menos importante, agradezco al cuerpo docente de la UNSTA, quienes durante mi paso por las aulas han fomentado mis ganas de investigar y superarme transmitiendo no solo sus conocimientos sino también algunas experiencias de vida lo cual me sirvió para aprender y poder desenvolverme mejor todos estos años.

Resumo todo en nada menos que un simple GRACIAS a todos por ayudarme a cumplir este objetivo.

Índice

Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1: Planteamiento del problema de investigación.....	7
1.1 <i>Justificación del estudio.....</i>	<i>8</i>
1.2 <i>Interrogantes de investigación.....</i>	<i>10</i>
1.3 <i>Objetivos de investigación.....</i>	<i>11</i>
Capítulo 2: Antecedentes de investigación.....	12
Capítulo 3: Marco teórico conceptual.....	15
3.1 <i>Estado nutricional.....</i>	<i>16</i>
3.1.1 <i>Estado nutricional en paciente hospitalario.....</i>	<i>17</i>
3.1.2 <i>Metodos para evaluar el estado nutricional.....</i>	<i>18</i>
3.1.3 <i>Como realizar la valoración global subjetiva.....</i>	<i>19</i>
3.2 <i>Valoracion nutricional del paciente perioperatorio.....</i>	<i>33</i>
3.2.1 <i>Desnutricion hospitalaria.....</i>	<i>34</i>
3.2.2 <i>Principales causas de la desnutrición.....</i>	<i>34</i>
3.2.3 <i>Consecuencias de la desnutrición en cirugía.....</i>	<i>35</i>
3.3 <i>Alimentacion del paciente hospitalizado.....</i>	<i>35</i>
3.3.1 <i>Servicios de alimentación en instituciones hospitalarias.....</i>	<i>36</i>
3.3.2 <i>Satisfaccion del paciente con el servicio de alimentación.....</i>	<i>37</i>
Capítulo 4: Metodología.....	39
4.1 <i>Tipo de estudio.....</i>	<i>40</i>
4.2 <i>Hipótesis de investigación.....</i>	<i>40</i>
4.3 <i>Tipo de diseño.....</i>	<i>44</i>

4.4 Población y muestra.....	44
4.5 Técnicas y procedimientos.....	46
4.6 Plan de análisis de datos.....	47
Capítulo 5: Resultados.....	49
5.1 Características de la muestra.....	50
5.2 Análisis descriptivo.....	52
5.3 Comprovación de hipótesis.....	64
Capítulo 6: Conclusiones, discusión y propuestas.....	68
6.1 Conclusiones y discusión.....	69
6.2 Propuestas.....	73
Capítulo 7: Bibliografía.....	76
Capítulo 8: Anexos.....	80

Resumen

Introducción: Muchos son los estudios que reflejan la malnutrición en el ámbito hospitalario, el efecto negativo en la evolución del paciente y el aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes perioperatorios. El poder determinar el estado nutricional al momento del ingreso hospitalario es de suma importancia para establecer la situación nutricional y así identificar los desnutridos o los que están en riesgo de desnutrición.

Objetivo: Caracterizar globalmente el estado nutricional de los pacientes; determinar el estado nutricional antropométrico; identificar el motivo de intervención y caracterizar la satisfacción con la alimentación que presentaron los pacientes.

Materiales y métodos: Estudio transversal sobre una muestra no probabilística intencional de 30 pacientes internados en salas de cirugía de un hospital público. Se les realizó una encuesta compuesta por 4 apartados que consideran datos personales, datos médicos y antropométricos, valoración global subjetiva y satisfacción con la alimentación.

Resultados: Los resultados reflejaron que el 80% de los participantes presentaba buena nutrición pero cada 5 pacientes normales se encontró 1 desnutrido. Se determinó el porcentaje de cambio de peso y el 69,2% presentaba cambio de leve, el 23,1% severo y un 7,7% moderado. El motivo de intervención destacado fue el agudo con un 80% y la mayoría de los participantes 88,5% se manifestaron satisfechos con la alimentación.

Palabras clave: Estado nutricional- Paciente perioperatorio- Desnutrición hospitalaria

Abstract

Introduction : Many studies are reflecting malnutrition in hospitals , the negative effect on patient outcomes and increased morbidity and mortality of perioperative patients. The power to determine the nutritional status at hospital admission is of utmost importance to establish the nutritional status and identify malnourished or at risk of malnutrition.

Objective: To characterize the overall nutritional status of patients; determine the anthropometric nutritional status ; identify the reason for intervention and characterize food satisfaction experienced by patients .

Methods: Cross-sectional study on a purposive non-probability sample of 30 patients admitted to surgical wards of a public hospital. They conducted a survey consisting of 4 sections considered personal data, medical and anthropometric data , subjective global assessment and satisfaction with eating.

Results: The results showed that 80 % of the participants had good nutrition but every 5 normal one found malnourished . The percentage weight change was determined and 69,2 % had mild change , 23,1 % and 7,7 % severe moderate. The reason for acute intervention was outstanding with 80% and most of the participants 88,5 % were satisfied with the food.

Keywords: Patient perioperatorio- nutritionally State Hospital malnutrition

Introducción

El estado nutricional es la situación de salud y bienestar que es determinada por la nutrición. El poder determinar el Estado nutricional del paciente al momento del ingreso hospitalario es de suma importancia para establecer la situación nutricional y elaborar estrategias que contribuyan a la recuperación del mismo.

El apoyo nutricional perioperatorio es el conjunto de acciones relacionadas a la alimentación dirigida al paciente en el pre y posoperatorio, en cualquier tipo de cirugía. Un gran porcentaje de enfermos desarrolla desnutrición durante la internación, en especial en salas de cirugía por causas como patología de base o ayunos frecuentes mientras se realizan los estudios preoperatorios (De Girolami & González Infantino, 2010)

La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente de aumento de la morbi-mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afectando de forma muy especial a un colectivo concreto como es el de los pacientes hospitalizados, donde la incapacidad de ingesta y las enfermedades son comunes, tomando entidad propia bajo la denominación de “desnutrición hospitalaria” (González, Culebras Fernández, & García de Lorenzo, 2006).

Aquí es donde radica la importancia no solo de identificar el Estado nutricional sino también determinar cuáles son los factores que limitan el consumo de alimentos dentro de los que se incluyen los síntomas (vómitos, náuseas, etc.), como así también los relacionados a la alimentación (falta de sabor, temperatura inadecuada, etc.).

Por lo tanto, a través de esta investigación a partir del seguimiento del estado nutricional y la identificación de los factores más importantes que limitan el consumo de alimentos, tiene como propósito determinar las poblaciones en riesgo.

Capítulo 1: Planteamiento del problema de investigación

1.1 Justificación del estudio

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación a la ingesta y adaptaciones fisiológicas, que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (Alimentación y nutrición, 2005). Es importante realizar tan pronto como sea posible, la evaluación del estado nutricional tanto del paciente hospitalizado como en la consulta externa o domiciliaria. La valoración contribuye a identificar pacientes en riesgo que requieren un soporte nutricional agresivo temprano, lo cual disminuiría los riesgos de morbilidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes (Sánchez Ramírez, 2010).

Esta valoración debe formar parte de los exámenes habituales de salud así como de estudios epidemiológicos que permitan identificar a los individuos de riesgo, dado que refleja el resultado de la ingesta, digestión, absorción, metabolismo y excreción de los nutrientes suficientes o no para las necesidades energéticas y de macro y micronutrientes de la persona (Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010). Investigaciones recientes han demostrado que la desnutrición en pacientes hospitalizados es mucho más frecuente de lo que se pensó en un tiempo: de un 25 a 50% de los pacientes médico quirúrgico han presentado varios grados de desnutrición (Torresani & Samoza, 2009).

En América Latina en el estudio brasileño (IBRANUTRI) se demostró una prevalencia de desnutrición en pacientes perioperatorios del 48,1%, siendo el 12,6%, desnutrido graves. En Cuba se encontró un 39,3% de desnutrición intrahospitalaria, la cual fue mayor en pacientes con estancia prolongada. Por otra parte, otras investigaciones en este mismo país reportaron que la prevalencia de desnutrición en algunos hospitales alcanza hasta el 39,3%.

El estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de nutrición), demostró que aproximadamente 50,2% de la población al hospitalizarse, presenta algún tipo de desnutrición (12,6% desnutridos graves y 37,6% desnutridos moderados) (FELANPE, 2009).

La desnutrición ejerce un impacto negativo claro y consciente, causando

una serie de alteraciones en la estructura y la función de órganos y sistemas, las cuales son factores patogénicos del aumento en la morbimortalidad que, se observa en varias enfermedades cuando estas se asocian con desnutrición calórico- proteica (De Girolami & González Infantino, 2010).

Por otra parte, se ha reconocido que la desnutrición calórico proteica asociada con patologías quirúrgicas ha demostrado tasas elevadas de morbilidad y mortalidad postquirúrgicas y prolongación de la estancia hospitalaria (Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010).

La mayor incidencia de complicaciones habitualmente se acompaña de un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria en los tiempos de curación y/o completa rehabilitación del paciente (Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral , 1999).

La Evaluación Nutricional Perioperatoria se empleó para identificar a individuos que requieren Intervención o para identificar aquellos que estaban en riesgo nutricional, también permitió establecer el pronóstico nutricional perioperatorio (Rodríguez Legra, 2009).

Este trabajo se realizó para describir el estado nutricional en pacientes perioperatorios internados en el Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán. Mediante una valoración global subjetiva fue posible identificar pacientes con riesgo. Se trabajó en el mencionado centro de salud ya que se trata de un hospital que es referente provincial y del noroeste argentino y parte integrante del Sistema Provincial de Salud, además que por tratarse de un Hospital público, gratuito y de acceso universal, representó un ámbito idóneo para el desarrollo de este estudio para el acceso a datos referidos a la población de interés de esta investigación.

Se espera que con la divulgación de los datos de este trabajo, se contribuya a generar herramientas que permitan detectar la presencia de poblaciones de riesgo y generar herramientas que permitan implementar la evaluación nutricional rutinariamente en los hospitales.

1.2 Interrogantes de investigación

1. ¿Cuál es el Estado Nutricional de los pacientes según la Valoración global subjetiva?
2. ¿Cuál es el Estado Nutricional antropométrico de los pacientes?
3. ¿Cuál fue el motivo por el que fueron intervenidos los pacientes?
4. ¿Los pacientes presentan satisfacción con la alimentación que reciben?

1.3 Objetivos de investigación

1.3 Objetivos

General: Describir el estado nutricional en pacientes perioperatorios internados en el Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán, Tucumán, 2014

Específicos:

- Caracterizar globalmente el estado nutricional de los pacientes.
- Determinar el estado nutricional antropométrico de los pacientes
- Identificar el motivo de intervención en los pacientes.
- Caracterizar la satisfacción con la alimentación que presentan los pacientes.

Capítulo 2: Antecedentes de investigación

2.1 Antecedentes de investigación

Como antecedente internacional relacionado a este estudio se puede mencionar al trabajo de Sacarrás Suárez y Col. (2004), titulado "Algunas causas que llevan a la desnutrición en los pacientes hospitalizados". Este estudio se realizó en La Habana; lo realizaron para determinar la frecuencia de la desnutrición hospitalaria e identificar algunas acciones que llevan a la desnutrición, usando como método la Evaluación Global Subjetiva. Se estudiaron 242 pacientes de todas las salas del hospital General Calixto García y se determinó que hay un predominio del 39,9% de desnutrición en los pacientes hospitalizados (Socarrás Suárez, Bolet Astivoza, Fernández Rodríguez, Morales, Betancourt Baltrell, & Suárez Jaquinet, 2004).

Otro estudio de La Habana, fue el realizado por Rodríguez de Miranda y Col. (2007), titulado "Estado nutricional perioperatorio en pacientes de cirugía mayor del tracto gastrointestinal". Dicho estudio fue realizado para identificar la relación entre los resultados de la actividad quirúrgica y el estado nutricional del paciente. Los resultados arrojados indican que el 35% de los enfermos tributarios de tratamiento quirúrgico estaban desnutridos; y que los desnutridos presentaron más complicaciones cuando se los comparo con aquellos que tenían un buen estado nutricional (Rodríguez De Miranda, Santana Porbén, & Borbolla Busquets, 2007).

Otro estudio realizado en Ecuador por Paredes Lima y Col. (2012), titulado "Prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados en las áreas clínica y quirúrgicas del hospital provincial docente Ambato, durante el periodo de septiembre 2011 y agosto 2012". El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de desnutrición del paciente adulto ingresado al hospital utilizando como medios diagnósticos parámetros bioquímicos y clínicos. Se estudiaron 111 pacientes de ambos sexos y se confirmó la alta prevalencia de desnutrición, principalmente de grado leve y moderado en 54% y de tipo kwashiorkor 28,8% (Paredes Lima, 2013).

En Argentina, el único estudio que indagó en las variables a relevarse en

la investigación presente fue el trabajo multicéntrico realizado en el año 1999 por Crivelli y Col. Este trabajo se tituló "Prevalencia de la desnutrición en hospitales de argentina". En este estudio se analizaron 1000 pacientes internados en 38 instituciones públicas y privadas de 17 ciudades diferentes. Su fin era determinar la prevalencia de desnutrición de los pacientes hospitalizados, reconocer las causas que frecuentemente se asocian a la desnutrición e identificar las conductas del equipo de salud orientadas a la prevención y tratamiento de la desnutrición hospitalaria. Se demostró que el 36,1% de los pacientes presento desnutrición moderada o estaban en riesgo de desnutrición y el 11,2% presento desnutrición severa (Crivelli, y otros, 1999).

En Tucumán, analizando las tesis de licenciatura de Biblioteca Central de la UNSTA, se encontró como antecedente relacionado al presente trabajo, la tesina de Terán (2012), titulada "Evaluación del Estado Nutricional en pacientes oncológicos internados en el Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán " Si bien este trabajo analizo pacientes perioperatorios, solo se trabajó con casos de la sala de oncología y fueron estudiados 28 pacientes internados con diferentes neoplasias. Se estudió el impacto de la desnutrición y la caquexia en el paciente oncológico. Dicho estudio concluyo que una buena nutrición proporcionada a través de los alimentos ayuda a mantener y mejorar el estado nutricional de la persona que presenta una neoplasia (Terán, 2012).

Otra tesina de licenciatura de la biblioteca central de la UNSTA, se encontró el trabajo de Morales (2009) titulada " Valoración del estado nutricional y factores que afectan el consumo de alimentos en pacientes hospitalizados" este trabajo tiene por objetivo determinar si existe variación significativa del estado nutricional en los pacientes hospitalizados, determinar cómo varia su peso corporal e identificar cuáles son los principales factores que afectan el consumo de alimentos. Se analizaron 38 pacientes internados en las salas de clínica del Hospital Ángel C. Padilla; este trabajo concluyo que casi la mitad de los pacientes presentaron pérdida de peso pero no se afecto significativamente el estado nutricional (Morales, 2010).

Capítulo 3: Marco teórico

3. Marco Teórico

3.1 Estado nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

La FAO define como estado nutricional la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes (FAO.ORG, 2007).

El estado nutricional de un individuo refleja el grado en que se cubren sus necesidades de nutrientes. El ingreso de nutrientes dependerá del consumo de alimentos, de la utilización que el organismo pueda hacer de ellos, y de la influencia de factores socioeconómicos, emocionales, culturales, físicos, etc (Nutricia Advanced Medical Nutrition , 2014).

Desde el punto de vista fenomenológico se lo concibe como la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación en el metabolismo de los diferentes órganos y tejidos del cuerpo. Como es lógico suponer tal interacción puede estar influida por la presencia de múltiples factores, desde los genéticos que determinan en gran medida la estructura metabólica del individuo y factores propios del entorno tanto naturaleza física, biológica y hasta de índole social.

Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y protege al individuo de las enfermedades y trastornos. Cualquier situación de desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes, comprometerá el estado nutricional y sus funciones vitales (Nutricia Advanced Medical Nutrition , 2014).

3.1.1 Paciente perioperatorio y su estado nutricional

El paciente perioperatorio es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se sometió o se someterá a una intervención quirúrgica.

El estado nutricional es el reflejo del estado de salud, se comporta como un predictor independiente para complicaciones tales como:

La desnutrición que es conjunto de alteraciones clínicas que tienen en común el origen en un balance energético y/o proteico negativo, que lleva más allá del agotamiento de las reservas y, en consecuencia, a la utilización de elementos estructurales para mantener la vida (De Girolami & González Infantino, 2010).

El Comité de Nutrición de la Organización Mundial de la Salud en 1981 propuso la definición que se aplica al paciente hospitalizado: desnutrición es un estado de morbilidad secundario a una deficiencia relativa o absoluta, de uno o más nutrientes, que se manifiesta clínicamente o es detectado por medio de exámenes bioquímicos, antropométricos, topográficos y fisiológicos (Waitzberg, Ravaccii, & Rasñam, 2011).

Se entiende como reserva a los principios nutritivos que integran la composición corporal y que, en caso necesario, el organismo puede disponerlos para cubrir sus necesidades energéticas o de reposición, sin alterar sus funciones ni su estructura.

En la desnutrición siempre hay una alteración de la composición corporal, con disminución de la masa magra y casi siempre de la masa grasa, con compromiso de la estructura corporal, conformando así un estado patológico.

La desnutrición hospitalaria tiene una alta prevalencia en los pacientes internados en todo el mundo, siendo de mayor magnitud en las instituciones de mayor complejidad (De Girolami & González Infantino, 2010).

Se produce durante la internación por diversas causas:

Las causas inevitables son aquellas inherentes al tipo de enfermedad, al grado de gravedad y a la repercusión de esta sobre el estado de nutrición del individuo.

Las causas evitables son todas las situaciones que se dan durante una internación y que independientemente de la patología, producen o agravan una situación nutricional desfavorable.

Prácticas hospitalarias que contribuyen a la desnutrición:

- Falta de registro de peso y talla al ingreso del paciente.
- Falta de seguimiento de la evolución de peso y de la ingesta.
- Comidas mal programadas o mal presentadas.
- Situaciones frecuentes de supresión de ingesta por pruebas diagnósticas.
- Abuso de soluciones salinas y de glucosa como único aporte nutricional.
- Retraso en la instauración del soporte nutricional, hasta que el paciente se encuentra en avanzada desnutrición.

3.1.2 Métodos para evaluar el estado nutricional

Hay dos métodos destacados el primero es la *evaluación objetiva*, ésta es indicada en pacientes desnutridos/en riesgo de desnutrición y cuando sea necesario para hacer indicaciones nutricionales precisas con el objeto de corregir alteraciones originadas por la malnutrición. Se lleva a cabo mediante la aplicación de indicadores de manejo simple y práctico, estudios clínicos, antropométricos, dietéticos, socioeconómicos (Ravasco F. A., 2010).

El segundo es la evaluación global subjetiva, la cual integra al diagnóstico de la enfermedad que motiva la hospitalización, parámetros clínicos obtenidos de cambios en el peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, y capacidad funcional. El valor de este método de evaluación es identificar pacientes con riesgo y signos de desnutrición; se le han realizado modificaciones de acuerdo con las entidades clínicas adaptándolas a pacientes oncológicos y renales. La Evaluación global subjetiva presenta una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82-83%. No es útil en pacientes con malnutrición por exceso (Ravasco F. A., 2010).

3.1.3 Instrucciones para realizar la valoración global subjetiva

1-Definiciones y términos:

Ascitis: Colección líquida libre dentro de la cavidad peritoneal. La ascitis se produce ante una caída en la presión oncótica de las proteínas plasmáticas. La ascitis se reconoce por un aumento de la circunferencia del abdomen, aumento de la matidez abdominal a la percusión, y la constatación del signo de la onda líquida. En casos de ascitis importante, se observa un vientre distendido, péndulo cuando el paciente adopta la estación de pie, y con el ombligo evertido (Porbén, 2000)

Brazo dominante: Brazo empleado por el paciente para escribir y realizar artes manuales. Generalmente el brazo derecho es el brazo dominante (Porbén, 2000).

Brazo no dominante: Brazo contrario al dominante (Porbén, 2000).

Edemas: Infiltración de los tejidos celulares subcutáneos por líquido. Los edemas también pueden deberse a una caída en la presión oncótica de las proteínas plasmáticas. Los edemas se reconocen ante un aumento del volumen de las zonas declives del cuerpo, con borramiento de los accidentes óseos, y la constatación del godet después de la digitopuntura (Porbén, 2000).

EGS: Encuesta de Evaluación Subjetiva Global del Estado Nutricional del paciente hospitalizado: Herramienta clínica que permite evaluar el estado nutricional del paciente mediante la recogida y el análisis de datos de la Historia Clínica y el Examen Físico (Porbén, 2000).

Estructura de la EGS:

La EGS consta de un Encabezado y de un Cuerpo.

Encabezado: Parte de la EGS que contiene datos del paciente.

El identificador comprende los campos siguientes:

- Nombre(s) y Apellidos del paciente
- Sexo
- Edad
- Sala (donde se encuentra internado el paciente en el centro de atención médica).
- Cama (que ocupa el paciente en la sala del centro de atención

médica).

Cuerpo: El Cuerpo de la EGS contiene a la encuesta propiamente dicha.

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

HISTORIA CLÍNICA: Parte de la EGS que relaciona datos referidos por el paciente durante el interrogatorio.

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

Tabla N°1: Componentes de la Evaluación Global Subjetiva (Porbén, 2000).

Sección	Número de variables que comprende
Peso	5
Ingesta alimentaria respecto de la habitual	3
Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días	1
Capacidad funcional	3
Diagnóstico principal y su relación con las necesidades nutricionales	2

EXAMEN FÍSICO: Parte de la EGS que recoge datos obtenidos durante la observación e inspección del paciente.

El Examen Físico comprende una sección que contiene 5 variables.

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

La EGS comprende 19 variables de distinto tipo:

Peso Habitual: Peso (kilogramo) del paciente durante los últimos 6 meses anteriores a la entrevista.

- *Perdió Peso en los últimos 6 meses*: Percepción de cambios significativos en el peso corporal en los últimos 6 meses. La pérdida gradual de peso a lo largo de seis meses puede indicar, bien una enfermedad crónica progresiva, o tan solo un cambio de hábitos en la dieta.
- *Cantidad perdida*: Diferencia entre el Peso Habitual y el Peso Actual. Expresa la pérdida absoluta de peso ocurrida en los últimos 6 meses.
- *% Pérdida*: Pérdida de peso corregida para el peso habitual del paciente.

Expresa la pérdida relativa de peso ocurrida en los últimos 6 meses. Se reporta como por ciento del peso habitual del paciente.

- *En las últimas dos semanas:* Refleja el patrón de pérdida de peso en los últimos 15 días, cuando se compara con el patrón registrado durante los últimos 6 meses. Pérdidas importantes de peso en las últimas dos semanas suelen indicar un mayor riesgo de desnutrición.

- *Ingesta alimenticia respecto de la habitual:* Refleja los cambios en la ingesta alimenticia del paciente que hayan ocurrido en los últimos tiempos antes de la entrevista.

- *Hace cuánto tiempo:* Recoge los días de duración de los cambios que hayan ocurrido en la ingesta alimenticia del paciente.

- *Para qué tipo de dieta:* Refleja el tipo de dieta que el paciente se ha visto obligado a adoptar en los últimos tiempos como consecuencia del proceso salud-enfermedad.

- *Síntomas gastrointestinales presentes hace más de 15 días:* Recoge la presencia de síntomas relacionados con el funcionamiento del tracto gastrointestinal que repercuten negativamente sobre el estado nutricional del paciente: Vómitos, Náuseas, Diarreas, Falta de apetito, Disfagia, Dolor abdominal.

- *Capacidad funcional:* Refleja los cambios en la capacidad del paciente de enfrentar y resolver la carga de tareas cotidianas que le impone la vida en familia, laboral y social en general.

- *Hace cuánto tiempo:* Recoge los días de duración de los cambios que hayan ocurrido en la capacidad funcional del paciente en los últimos tiempos antes de la entrevista.

- *Para qué tipo de actividad:* Refleja el tipo de la actividad física que desarrolla actualmente el paciente como consecuencia del proceso salud-enfermedad.

- *Diagnósticos principales:* Recoge el(los) motivo(s) actual(es) de ingreso del paciente.

- *Demandas metabólicas:* Recoge si la enfermedad actual del paciente provoca un incremento significativo en las necesidades del paciente de macro y micronutrientes.

- *Pérdida de Grasa subcutánea en Tríceps y Tórax:* Recoge el grado de pérdida de los depósitos de grasa subcutánea en tríceps y tórax.
 - *Pérdida de Masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales:* Recoge el grado de pérdida de masa muscular de los grupos del cuádriceps, deltoides y temporales.
 - *Edemas en los tobillos:* Recoge la presencia de edemas en los tobillos del paciente.
 - *Edemas en el sacro:* Recoge la presencia de edemas en la región sacra del paciente.
- *Ascitis:* Recoge la presencia de ascitis en el paciente.

2-Fundamento del método:

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

3-Procedimientos:

La EGS es auto explicativa, y no se requiere de un entrenamiento exhaustivo para rellenarla correctamente. No obstante, algunas variables pueden presentar problemas de interpretación para el entrevistador. Se debe proceder de la siguiente manera:

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

Además rellenar la variable % Pérdida de la sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA con el porciento del peso habitual del paciente. Consultar el Apartado 4. Cálculos de la Sección I. Procedimientos de este documento.

También se debe registrar la variable Perdió Peso en los últimos 6

meses de la sección 1. Peso, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

En caso de que el paciente ignore cuál era su peso habitual, o no esté seguro de la cantidad, en kilogramos, que ha perdido, se le harán preguntas tales como:

- Si ha cambiado el talle de ropa
- Si hubo un cambios en el ajuste del cinto
- La familia, amigos o conocidos han notado una pérdida de peso

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

Se establecer el patrón de pérdida de peso durante las últimas dos semanas. Preguntar lo siguiente:

- Ha notado que comenzó a perder peso en las últimas dos semanas
- Cree que sigue perdiendo peso en las dos últimas semanas
- Hubo estabilidad en su pérdida de peso
- Considera que ha recuperado algo del peso que había perdido

Al rellenar la sección 2. Ingesta alimenticia respecto de la habitual, Parte 1. HISTORIA CLINICA:

Tratar de establecer la cantidad y calidad de las ingestas alimenticias del paciente, y el patrón dietético que sigue el paciente actualmente. Se debe cuestionar:

- Si ha cambiado sus hábitos de alimentación
- Está comiendo lo mismo que las otras personas en su casa
- Qué clase de alimentos ha estado comiendo
- Preguntar si está comiendo alimentos sólidos o si solamente ingiere líquidos
- Cuál es la cantidad de alimentos está comiendo, esa cantidad ha cambiado
- Queda satisfecho con la cantidad que come
- Preguntar si ha tenido que ayunar
- En algún momento ha estado más de 24 horas sin ingerir alimentos
- Le han administrado líquidos por vía venosa, si la respuesta es si, preguntar qué tipo de líquidos

- Cuánto tiempo han durado los cambios en su alimentación

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

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

Las diarreas o vómitos de corta duración pueden ser un problema menor, pero si se prolongan se les debe prestar atención. El vómito persistente, con diarrea o sin ella, si se combina con anorexia y náuseas, puede poner al paciente en riesgo grave de desnutrición.

- Preguntar si ha vomitado
- Si vomita cada día, lo hace con frecuencia. Si ello es así, cuánto ha durado esa situación
- Si tuvo náuseas
- Numero de deposiciones que hace por día, cuánto tiempo ha durado esa situación
- Si perdió el apetito y por cuánto tiempo
- Si padeció dolor abdominal, este fue muy intenso, cuánto tiempo ha durado.

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

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

Indagar sobre:

- Preguntar si está trabajando normalmente

- Hubo cambios en la cantidad de trabajo que realiza
- Hubo disminución en la duración de su jornada laboral?
- El paciente ha dejado su trabajo
- Investigar cuántas tareas domésticas está realizando ahora, en comparación con las que hacía antes de enfermar
- Es mucho el tiempo que pasa acostado en su cama o sentado en algún sillón o sofá
- A pesar de estar en cama, se puede valer todavía por sí mismo para bañarse y hacer sus necesidades

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

Muchas enfermedades cambian las exigencias metabólicas del organismo. En la mayoría de las situaciones, aumentan los requerimientos de energía y proteínas de la persona enferma. Sin embargo, algunas enfermedades pueden disminuir la actividad metabólica, y por ello la persona necesitará menos nutrientes.

Se deben clasificar las demandas metabólicas impuestas por la enfermedad actual del paciente:

- **Estrés bajo:** pacientes con hernia inguinal y sin ninguna otra enfermedad. Se debe asignar a las enfermedades oncológicas un estrés bajo.
- **Estrés moderado:** individuo diabético con neumonía.
- **Estrés elevado:** En situaciones tales como: Peritonitis, crisis aguda de colitis ulcerosa, con diarreas sanguinolentas profusas y diarias, heridas abiertas e infectadas, escaras infectadas, fístulas, intervención quirúrgica mayor de menos de 15 días de efectuada, Quimioterapia, Radioterapia, Fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ > 3 días consecutivos, trauma, ACV, pancreatitis

Realizar un examen físico somero y global del paciente

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

- Inspeccionar el tórax del paciente. Fijarse en los pectorales, en la apariencia de las escápulas y las apófisis espinosas de la columna dorsal.
- En el caso de las mujeres, inspeccionar también las mamas.

- Pellizcar el tríceps del paciente, a la mitad de la longitud del brazo no dominante. Establecer el grosor del pellizco.

Establecer la ausencia/presencia de pérdida de la grasa subcutánea en tríceps y tórax si:

Tabla N°2: instrucciones para determinar la presencia de grasa subcutánea (Porbén, 2000)

	Pérdida de Grasa subcutánea en Tríceps y Tórax		
	Ausente	Leve	Importante
Tórax	Lleno	Ligerament e aplanado	Jaula costal prominente
Pectorales	Llenos, turgentes	Ligerament e aplanados	Emaciados
Escápulas y apófisis espinosas de la columna dorsal	Envueltas en el espesor de la grasa de la espalda	Ligerament e sobresalientes	Sobresalientes ("Aladas") Apófisis espinosas sobresalientes
Mamas (en la mujer)	Llenas, turgentes	Ligerament e disminuidas	Emaciadas ("Secas")
Pellizco del tríceps	Grueso Sensación de atrapar grasa entre los dedos	Disminuido	Ausente Sensación de atrapar sólo piel entre los dedos

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

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

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

Tabla N°3: instrucciones para determinar la pérdida de masa muscular(Porbén, 2000)

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

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

- Preguntarle al paciente si ha notado que los pies se le hinchan cuando permanece sentado, o de pie, durante un tiempo prudencial. Preguntarle si ha notado que esta hinchazón desaparece cuando se acuesta.
- Establecer si el edema es "frío", esto es, si no se constata un incremento de la temperatura local.
- Establecer la presencia de godet.

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

Tabla N°4: Instrucciones para determinar la presencia de edemas de tobillo(Porbén, 2000).

	Edemas en los tobillos		
	Ausente	Leve	Importante
Apariencia	Relieves óseos destacables	Ligeramente borrados	Completamente borrados

Godet	Ausente	Difícil Desaparece poco tiempo después de la digitopuntura	Fácil Persistente
-------	---------	---	----------------------

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

- Establecer si el edema es "frío", esto es, si no se constata un incremento de la temperatura local.

Establecer la presencia de godet.

. **Tabla N°5: Instrucciones para determinar la presencia de edemas sacro**(Porbén, 2000).

Establezca la ausencia/presencia de edemas en el sacro si:	Edemas en el sacro		
	Ausente	Leve	Importante
Apariencia	Relieves óseos destacables	Ligeramente borrados	Completamente borrados
Godet	Ausente	Difícil Desaparece poco tiempo después de la digitopuntura	Fácil Persistente

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

- Observar la apariencia del abdomen del paciente en las estaciones de pie y acostado
- Constatar la presencia de ascitis

Establecer la presencia de ascitis si:

Tabla N°6: Instrucciones para determinar la presencia de ascitis(Porbén, 2000).

	Ascitis		
	Ausente	Leve	Importante

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

No se debe dejar ninguna variable de la EGS sin responder

Anotar al final de la encuesta el diagnóstico nutricional correspondiente.

4-Cálculos:

Cantidad perdida: Diferencia (Peso Habitual – Peso Actual):

Tabla N°7: Fórmula para determinar la cantidad de pérdida

$$\text{Cantidad perdida} = \text{Diferencia (Peso Habitual – Peso Actual)} = \text{Peso Habitual} - \text{Peso Actual}$$

Tabla N°8: Fórmula del % de pérdida en relación al peso habitual

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

5-Informe de los resultados:

Se debe establecer el estado nutricional del paciente como A: Bien Nutrido, B: Moderadamente Desnutrido (o Sospechoso de Desnutrición), o C: Gravemente Desnutrido.

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

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

La exploración de la integridad de las masas musculares puede estar dada por la presencia de enfermedades neurológicas.

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

Establecer el diagnóstico **A: Bien Nutrido** si:

- La pérdida de peso ha sido igual o menor del 5% en relación con el habitual, y ha ocurrido de forma gradual en los últimos 6 meses.
- No han ocurrido alteraciones en la ingesta alimenticia corriente respecto de la habitual.
- No se han presentado síntomas gastrointestinales durante más de 15 días.
- La capacidad funcional del enfermo está conservada.
- La enfermedad de base no ha provocado un incremento en las demandas metabólicas del paciente, o si lo hecho, ha sido sólo en una cuantía baja.
- No ha ocurrido pérdida de la grasa subcutánea en tríceps y tórax. En caso de que haya ocurrido, esta pérdida ha sido leve.

- No ha ocurrido pérdida de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales. En caso de que haya ocurrido, esta pérdida ha sido leve.

- No hay edemas en los tobillos (en ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, o hepática).

- No hay edemas en el sacro (en ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, o hepática).

- No hay ascitis (en ausencia de enfermedad renal, cardiovascular, o hepática).

Establecer el diagnóstico **B: Moderadamente Desnutrido (o Sospechoso de desnutrición)** si:

- La pérdida de peso ha sido (al menos) del 5% en los últimos 15 días antes de la entrevista.

- El paciente refiere no sólo que no ha recuperado al menos parte del peso habitual, sino que continúa perdiendo.

- Ha ocurrido una reducción significativa en las ingestas alimenticias.

- Pérdida moderada de la grasa subcutánea en tríceps y tórax.
- Pérdida moderada de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales.

Establecer el diagnóstico **C: Gravemente Desnutrido** si:

- La pérdida de peso es mayor del 10% en los últimos 6 meses.
- Ha ocurrido una pérdida neta de peso mayor del 5% en los últimos 15 días.

- El paciente continúa perdiendo peso en los últimos 5 días.
- Ha ocurrido pérdida importante de la grasa subcutánea en tríceps y tórax.

- Ha ocurrido pérdida importante de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales.

- Se observan edemas moderados o importantes en los tobillos.

- Se observan edemas moderados o importantes en el sacro.

Establecer el diagnóstico **C: Gravemente Desnutrido** ante evidencias inequívocas de desnutrición grave.

La EGS es una herramienta que refleja el criterio subjetivo del entrevistador. Para establecer un diagnóstico nutricional no se emplea un esquema de puntaje numérico. En su lugar, el diagnóstico nutricional se establece según la impresión que del paciente tenga el entrevistador.

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

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

Tabla N°9: Categorías de la Evaluación Global Subjetiva (Porbén, 2000).

Criterio	Evaluación Subjetiva Global		
	A	B	C

Pérdida de peso en los 6 meses previos	< 5%	5 – 10%	> 10%
Pérdida neta de peso en los últimos 15 días	< 1%	1 – 5 %	> 5%
Ingresos dietéticos	> 90% de las Necesi dades	70 – 90%	> 70%
Síntomas gastrointestinales: Vómitos/Diarreas/Náuseas	Ningun o	Intermit entes	De presentación diaria durante > 2 semanas
Capacidad funcional, Autonomía y validismo	Preservada	Reducida	Encamado
Características de la enfermedad	Inactiva En remisión	Latente	Presente Agudizada/En crisis
Grasa subcutánea	Preservada	Disminuida	Gravemente disminuida Ausente
Masa muscular	Preservada	Disminuida	Gravemente disminuida Ausente
Edemas en tobillos y sacro	Ninguno	Leves	Marcados
Ascitis	Ninguno	Leve	Marcado

6. Interpretación de los resultados:

Diagnóstico nutricional Pronóstico

Categoría A Bien Nutrido

Categoría B Desnutrición Moderada o en Riesgo

Categoría C Desnutrición Severa

3.2 Valoración nutricional del paciente perioperatorio

La valoración nutricional es aquella que permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional (Comite editorial, 2001).

Una valoración inicial rápida y sencilla, permite a priori detectar a aquellos pacientes con riesgo nutricional, en los cuales se profundizara la valoración para poder adecuar mejor la intervención nutricional.

La valoración nutricional es fundamental y permite arribar a un diagnóstico nutricional y poder implementar el tratamiento correspondiente (Torresani & Samoza, 2009).

Para poder llegar a un correcto diagnóstico nutricional, especialmente en los pacientes críticos, en la valoración nutricional se deberá determinar por un lado la valoración antropométrica pero además el estado metabólico.

La valoración nutricional debe incluir:

- Historia clínica y dietética: que incluye datos personales, anamnesis alimentaria, registro de 24 o 48 horas y frecuencia de consumo.
- Pruebas antropométricas: se basa en la determinación de la talla, peso, pliegues cutáneos y perímetro braquial; y en base a esos datos se pueden aplicar determinados índices o indicadores.
- Pruebas bioquímicas: el análisis e interpretación bioquímica se hace cuando la valoración antropométrica de alterada y solo con el objetivo de complementarla, dando un valor pronóstico. Esta incluye albumina, transferrina y pre albúmina.
- Pruebas inmunológicas: las carencias afectan tempranamente a la inmunidad. Se puede estudiar la función inmunitaria, como marcador de un estado de nutrición.

3.2.1 *Desnutrición hospitalaria*

La desnutrición es un conjunto de alteraciones clínicas que tienen en común el origen en un balance energético y/o proteico negativo, que lleva más allá del agotamiento de las reservas y, en consecuencia, a la utilización de elementos estructurales para mantener la vida (De Girolami & González Infantino, 2010).

A nivel hospitalario, la desnutrición también representa un problema de salud, aumentando la prevalencia de la desnutrición secundaria a procesos patológicos.

La desnutrición en un paciente hospitalizado tiene relación directa con el tiempo de curación, tiempo de hospitalización, grado de complicaciones, riesgo de morbilidad y costos de los servicios de salud (Torresani & Samoza, 2009).

3.2.2 *Principales causas de la desnutrición*

Desde el punto de vista del balance energético son:

- 1- Ingesta insuficiente de nutrientes.
- 2- Deficiente digestión y/o absorción de nutrientes.
- 3- Gasto calórico excesivo.
- 4- Enfermedades con aumento del metabolismo.

Causas intrahospitalarias:

- 1- La enfermedad en sí, que exige la hospitalización.
- 2- Estudios diagnósticos o procedimientos terapéuticos médicos o quirúrgicos que requieren el ayuno del paciente.
- 3- Inadecuada prescripción dietoterápica.
- 4- Preparación y/o distribución incorrecta de los alimentos.
- 5- Falta de adecuación de la alimentación a las condiciones y necesidades del paciente (Torresani & Samoza, 2009).

3.2.3 Consecuencias de la desnutrición en cirugía

La desnutrición afecta la composición corporal y altera la estructura y función de todos los órganos y sistemas en mayor o menor medida, en especial la del sistema muscular, que se manifiesta clínicamente como debilidad para la movilización, disminución de la función de los músculos respiratorios y de la fuerza para toser o disminución del gasto cardiaco. Una vez resuelta la etapa quirúrgica y estabilizado el control metabólico, se inicia un periodo de convalecencia con balances energéticos y proteicos positivos donde se recupera la composición corporal.

Si el ayuno es prolongado, los pacientes refieren astenia, con una sensación de estar destemplados, con las manos frías y sin energía, situación que mejora rápidamente con la realimentación.

La desnutrición es un factor de riesgo independiente para la aparición de complicaciones, así como para el aumento de la morbimortalidad, la estadía hospitalaria y el costo de la internación. Es por ello que identificar al paciente en riesgo nutricional, en especial aquellos que serán operados de cirugía mayor abdominal, debe ser un procedimiento de rutina.

Los enfermos con mayor riesgo son los mayores de 60 años, los que tienen enfermedades crónicas concomitantes; pacientes con cáncer, en especial si han recibido tratamientos con corticoides, quimio o radioterapia; los que han desarrollado desnutrición más rápidamente, o los que requieren una cirugía mayor, principalmente si es de urgencia (De Girolami & González Infantino, 2010).

3.3 Alimentación del paciente hospitalizado

Una buena alimentación es fundamental para nuestra salud. Más aun, en el caso de un paciente que se encuentra ingresado en un centro

hospitalario. Su alimentación será parte integral del tratamiento e influirá, de manera decisiva, en una mejor evolución y en una pronta recuperación.

El paciente hospitalizado se enfrenta a una situación especial, su enfermedad y las ansiedades que ella genera crean tensiones psicológicas, con lo que dentro de él se desarrollan diferentes mecanismos mentales de defensa, algunos de ellos son: depresión, supresión, compensación, racionalización, recogimiento, etc. En la mayoría de los casos la internación altera el estilo de vida del paciente, obligándolo a tratar con desconocidos (médicos, enfermeras, nutricionistas, etc.) y quizás también a compartir su habitación con un extraño.

Por lo tanto la base de una persona enferma es responder a las necesidades que presenta en el curso de su enfermedad y su tratamiento.

El cuidado nutricional del enfermo internado es complejo y no consiste en proveerle alimentos 3 o 4 veces por día, este incluye además una adecuada valoración de su situación general, de la ingesta de alimentos y brindarle continua educación alimentaria.

Una dieta puede ser teóricamente correcta y contener todos los elementos perfectamente balanceados, pero si no es aceptada por el paciente, en vano será realizarla (De Girolami & González Infantino, 2010).

Si puede lograrse que la selección de alimentos, sus formas de preparación, su presentación y su servicio no difieran tanto de lo que el individuo está familiarizado, no habrá mayores dificultades en cuanto a lograr la adhesión al tratamiento.

3.3.1 Los servicios de alimentación en instituciones hospitalarias

Los servicios de nutrición y alimentación son básicamente medios para brindar atención nutricional, y por tanto, para contribuir a optimizar el nivel nutricional y de salud de los pacientes (Moreno, 2006).

La atención nutricional de los usuarios de servicios de salud fue evolucionando permanentemente, y, cada vez más se reconoce la importancia de que tiene este componente en la atención integral del paciente. Esta

evolución ha traído aparejada una complejización de esta atención y una flexibilidad del enfoque, hoy se debe ver al enfermo no solo como paciente sino como un cliente, al que se le deben solucionar los problemas, escuchar las opiniones y respetar las necesidades, además de brindarle la mejor atención nutricional.

La atención integral que debe brindarse a los pacientes hospitalizados debe incluir una serie de servicios que les permitan cubrir sus necesidades biológicas ineludibles entre las cuales tenemos a la alimentación, la cual debe contribuir al mantenimiento o restablecimiento de un estado óptimo de nutrición. El objetivo no es solo la preparación culinaria de una dieta cualitativa y cuantitativa correcta, sino que sea agradable a la vista y al gusto.

Así para brindar un buen cuidado al paciente, se necesita comprender todos los factores que influyen en sus reacciones frente al alimento. Los factores culturales, físicos, psicológicos, sociales, económicos son parte del conjunto y necesitan ser considerados en el cuidado nutricional del individuo.

3.3.2 Satisfacción del paciente con los servicios de alimentación

La ISO define a la calidad como la capacidad de un producto o servicio de satisfacer las necesidades declaradas o implícitas del consumidor a través de sus propiedades o características, por lo que tiene un gran componente subjetivo, ya que hace referencia al conjunto de propiedades que el consumidor determinado aprecia en un producto por las cuales este es valorado que el resto de su misma especie o categoría, y obviamente, estas propiedades pueden ser valoradas de forma distinta por otro consumidor y, además, está sometida a los cambios que se suceden en la sociedad a lo largo del tiempo.

Entre las causas que dificultan la satisfacción del paciente respecto del servicio de alimentación de los hospitales, se destacan:

- Marco hospitalario: el enfermo está en un ambiente inusual, en sala compartida y al estar encamado tiene poco desgaste y poco apetito. Además se interrumpen las comidas para la realización de pruebas médicas.

- La enfermedad en sí: el enfermo pierde la ilusión y las ganas de comer.
- La distancia: tanto en el tiempo como en el espacio que hay entre el momento del acabado del producto y el momento del emplatado, y entre este y el momento del consumo; en la mayoría de los casos pasan más de 60 minutos, y median centenares de metros, lo que provoca que los alimentos lleguen fríos o pasados de punto.
- Horario: en un gran número de hospitales el enfermo, desayuna a las 9, come a las 13 horas, merienda 16:30 y cena a las 19. En la mayoría de los hospitales el paciente no ingiere alimento alguno desde las 20 hasta las 8 horas del día siguiente.
- Tipo de dieta: que normalmente no son respetadas en sus hogares; además, en pocos hospitales existe un servicio de nutrición clínica y dietética orientado hacia la salud y satisfacción del cliente, y en los que existe se trata de imponer al enfermo la bondad de una dieta bien estudiada. Sin embargo, no es posible reeducar los hábitos alimentarios del ingresante durante su corta estancia hospitalaria, el paciente reacciona no tomando la dieta y, en el peor de los casos, recurre a los alimentos que le traen de su casa o de los restaurantes próximos.
- La enfermería: considera la alimentación de los pacientes como un trabajo menor, delegando el control de calidad y reparto en sus auxiliares.
- La dirección considera al servicio como una actividad complementaria o accesorio, no dándole la importancia que se le otorga a cualquier otro servicio médico (García, Daza Centeno, & Ferreyra Vaca, 2005).

Capítulo 4: Planteamiento del problema de investigación

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo. Son estudios que describen situaciones y eventos, como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades importantes de las personas, grupos comunidades y cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas de manera independiente, para así describir lo que se necesita (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1991). El presente trabajo se definió como un estudio descriptivo porque tiene como propósito describir el estado nutricional del paciente perioperatorio en base a la valoración nutricional. Así mismo se seleccionaron una serie de cuestiones medibles como la satisfacción por la alimentación, el porcentaje de cambio de peso, la valoración global subjetiva y el motivo de internación.

4.2. Hipótesis de investigación

Hipótesis N°1: Estado nutricional de los pacientes según la Valoración global subjetiva es moderadamente desnutrido.

Hipótesis N°2: El porcentaje de cambio de peso de los pacientes es inadecuado

Hipótesis N°3: El motivo de intervención predominante fue de tipo agudo.

Hipótesis N°4: Los pacientes presentan insatisfacción con la alimentación que reciben.

Variable N°1: **Estado nutricional según valoración global subjetiva**

Definición conceptual: Método de evaluación nutricional que integra el diagnóstico de la enfermedad que motiva la hospitalización, parámetros clínicos

obtenidos de cambios en el peso corporal, ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, y la capacidad funcional (Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010).

Definición operacional: se aplicó una encuesta la cual en su apartado C (ver anexo N°2) permite la categorización del paciente según lo determinado a partir de su observación y análisis de la historia clínica. Se resume todo en la grilla de evaluación (ver anexo N°3).

Categorías de la variable:

-Bien nutrido, si:

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

-Moderadamente desnutrido, si:

- La pérdida de peso ha sido (al menos) del 5% en los últimos 15 días antes de la entrevista.
- El paciente refiere no sólo que no ha recuperado al menos parte del peso habitual, sino que continúa perdiendo.

- Ha ocurrido una reducción significativa en las ingestas alimenticias.

- Pérdida moderada de la grasa subcutánea en tríceps y tórax.
- Pérdida moderada de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales.

-Gravemente desnutrido, si:

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

Variable N°2: **Porcentaje de cambio de peso**

Definición conceptual: Modificación del peso corporal del paciente durante la instancia hospitalaria. Teniendo en cuenta pérdidas y ganancias que se produzcan durante ese periodo (Torresani & Samoza, 2009).

Definición operacional: para la determinación del cambio de peso se consideró el punto 16 del apartado B del instrumento de recolección de datos (ver anexo N°2). A partir de estos datos se aplicó la fórmula:

$$\text{Porcentaje de cambio de peso} = \frac{\text{Peso habitual} - \text{Peso actual}}{\text{Peso habitual}} \times 100 \quad (\text{expresado en}\%)$$

Categorías de la variable:

- *Porcentaje de cambio de peso Inadecuado:* cuando el paciente

revele cambios en su peso corporal habitual iguales o superiores al 5% durante su estancia hospitalaria

- *Porcentaje de cambio de peso adecuado:* cuando el paciente revele cambios en su peso corporal habitual inferiores al 5% durante su estancia hospitalaria.

Variable N°3: **Motivo de intervención**

Definición conceptual: Causa que ocasiona al médico la indicación de internación en una persona, pudiendo deberse a un síndrome, síntoma signo de gravedad.

Definición operacional: se consideró el ítem 8 del apartado B del instrumento de recolección de datos (ver anexo N°2), cuya información se obtuvo del análisis de la historia clínica del paciente.

Categorías de la variable:

-*Afección aguda:* Condición anormal del cuerpo o de uno de sus componentes, manifestada por los síntomas más o menos violentos, se terminan después de un periodo relativamente breve por la recuperación o la muerte(Bérubé, 1991).

-*Afección crónica:* son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias, la diabetes, entre otras(salud, 2010).

Variable N°4: **Satisfacción con la alimentación**

Definición conceptual: conformidad de una persona cuando consume la comida brindada por una institución hospitalaria.

Definición operacional: se consideraron algunos ítems del instrumento de recolección de datos en el apartado D, tales como: si realiza todas las comidas, come todo, le gusta la comida, cantidad, consume alimentos fuera del hospital, el personal brinda ayuda a la hora de comer, la comida es de fácil masticación, variedad de los platos, temperatura, sabor, olor (ver anexo N°2).

Según lo respondido por el paciente se valoró en función de la grilla de evaluación de satisfacción (ver anexo N°4) en la cual se identifica las respuestas de cada pregunta y su correspondencia con situaciones que revelan satisfacción o no. Según lo informado las respuestas que coincidan con situaciones de satisfacción tendrán un puntaje que determinara un puntaje total por encima del cual se podrá categorizar a la variable.

Categorías de la variable:

-*Satisfecho*: si el puntaje obtenido en la grilla del anexo n° 4 es 6 o más.

-*Insatisfecho*: si el puntaje obtenido en la grilla del anexo n° 4 es 5 o menos.

4.3 Tipo de diseño

El diseño utilizado fue no experimental de corte transversal, las variables (estado nutricional según la valoración global subjetiva, porcentaje de cambio de peso, motivo de intervención, satisfacción con la alimentación) fueron medidas tal cual se dan en la naturaleza, es decir, no se ejerció ninguna manipulación ni control de las variables en estudio. Y es de corte transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1991).

4.4 Población y muestra

Población: Todos los pacientes perioperatorios internados en la sala de cirugía del Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, 2014

Muestra: 30 pacientes perioperatorios internados en la sala de cirugía del Hospital Ángel Cruz Padilla, San Miguel de Tucumán, 2014.

Criterios de exclusión:

- *pacientes menores de 14 años y más de 75*
- *pacientes con patologías neurológicas*
- *pacientes postrados en una cama.*
- *pacientes que se encuentren inconscientes*

Tipo de Muestreo: el procedimiento de selección de la muestra fue mediante muestreo no probabilístico intencional. Este tipo de selección permite que todas las unidades que conforman la muestra se seleccionen de acuerdo al criterio del investigador. Los resultados son generalizados a una muestra, no a una población.

Consideraciones éticas: el desarrollo de este estudio se realizó conforme a lo expresado en las normas CIOMMS de investigación médica, tal como lo expresa su artículo 5.

Mediante el empleo del consentimiento informado y nota de aceptación (ver anexo N°1 y 5) se especificara a los sujetos que:

- *que se invita al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria;*
- *que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento;*
- *cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina;*
- *que después de completar el estudio se informará a los sujetos de los hallazgos de la investigación en general, y a los sujetos individuales de cualquier descubrimiento relacionado con su estado particular de salud;*
- *que los sujetos tienen derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata (a menos que el comité de evaluación ética haya aprobado no revelar datos temporales o permanentemente, en cuyo caso el sujeto debiera ser informado de las razones);*
- *qué beneficios se espera de la investigación para la comunidad o sociedad en general, o su contribución al conocimiento científico;*
- *qué medidas se tomarán para asegurar el respeto a la privacidad de los sujetos y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica a los sujetos; (revisar en el instrumento, anexo N°5 el carácter anónimo del mismo)*

4.5 Técnicas y procedimientos

Este estudio se llevo a cabo en el Hospital público Ángel Cruz Padilla ubicado en calle Juan Bautista Alberdi n° 550 de la capital de San Miguel de Tucumán (ver imagen en anexo n°6).

Para acceder a dicho nosocomio se dirigió una nota el 9 de junio al jefe del servicio de cirugía del Hospital, Astudillo Sosa quien accedió inmediatamente a firmarla (ver nota autorizada en anexo n° 7).

Ante la buena predisposición del jefe de sala, el mismo día se dirigió la nota al Comité de Docencia e Investigación del Hospital pidiendo acceso a la sala de cirugía. En la misma, se informo la previa autorización del jefe de sala bajo la supervisión de la Licenciada en nutrición Belén Nofal. Dicha nota fue autorizada el día 18 de junio (ver nota autorizada en anexo n°8).

Una vez obtenidas todas las autorizaciones, me remito a ingresar al hospital el día lunes 23 del corriente mes.

Este estudio se llevo a cabo en salas 2 y 5 de cirugía (ver imagen en anexo n°9). La sala 5 perteneciente a los varones estaba siendo remodelada, por ende, había menos disposición de camas, es por ello que en el numero de muestra hay predominio de mujeres.

Posteriormente se prosiguió con la realización de la encuesta que sirvió para determinar el estado general del paciente, compuesta por 4 apartados donde se consideraron datos personales, datos médicos y antropométricos, valoración global subjetiva y satisfacción con la alimentación (ver anexo n°2).

Como se menciona, la encuesta, en uno de sus apartados pide datos antropométricos como peso y talla.

Se peso y se midió con bascula clínica mecánica CAM, la cual, está ensayada y aprobada por el INTI, también es un producto certificado por Ministerio de Salud Secretaria de Políticas, Regulaciones y Relaciones Sanitarias - certificada y auditada por el BUREAU VERITAS normas de calidad ISO 9001/2008 y aprobadas en metrología legal de la república argentina. Su base, columnas y cabezal están hechos de chapa de acero estampada. Las cuchillas y cojinetes son de acero duro y templado, de constante exactitud y

precisión. Además tiene Tallímetro o altímetro telescopio la medida mínima es 1,10 m y la máxima de 2m (ver anexo N°5) y se registro como en base al kilogramo más cercano. La estatura se midió con el paciente de pie, registrando en relación al centímetro más cercano, estos datos se utilizaron para calcular el IMC previo, actual y habitual.

Para determinar la circunferencia braquial se utilizo una cinta antropométrica (ver imagen anexo n°10).

La encuesta sirvió para determinar el estado nutricional del paciente, caracterizándolo como bien nutrido, moderadamente desnutrido o gravemente desnutrido (Ver anexo N° 3).

El tiempo de visita a las salas duro 2 meses donde se interactuó con los encuestados, destacándose la poca colaboración por parte de los pacientes debido, en algunos casos, al estado posterior a la cirugía y otros consideraban que el fin de la encuesta era perjudicar al hospital.

Al hacer referencia a las preguntas relacionadas con la satisfacción, manifestaban estar conforme con todo y decían que ellos no iban a perjudicar al hospital.

Para determinar la conformidad se utilizo una grilla de corrección para la satisfacción, la cual, determina la satisfacción del paciente con la comida brindada por la institución (Ver anexo N°4).

Respecto a las preguntas cuya información se obtenía de las historias clínicas, si bien hubo buena predisposición por parte de los residentes a la hora de facilitarlas, hay ciertos datos que no se registran como ser, datos de laboratorio, talla y en algunos casos el peso.

4.6 Plan de análisis de datos

Para este estudio se aplicó la estadística descriptiva a partir del trabajo con el programa Excel que permitió realizar las tablas y gráficos correspondientes a los resultados del estudio.

En un segundo momento, se aplicó la estadística inferencial que permitió

la puesta a prueba de las hipótesis mediante la prueba de χ^2 para una variable.

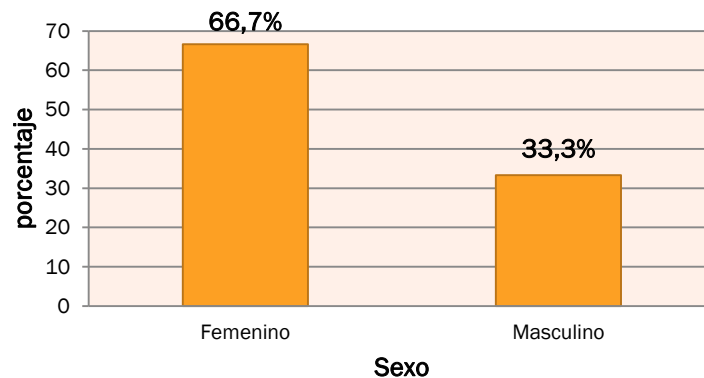
Capítulo 5: Resultados

5.1 Características de la muestra

La población de personas perioperatorias que se estudió en este trabajo, y que se encontraban internadas en salas 5 y 2 de cirugía del Hospital Ángel Cruz Padilla, fue de 30 pacientes. La recolección de datos se llevó a cabo durante 2 meses.

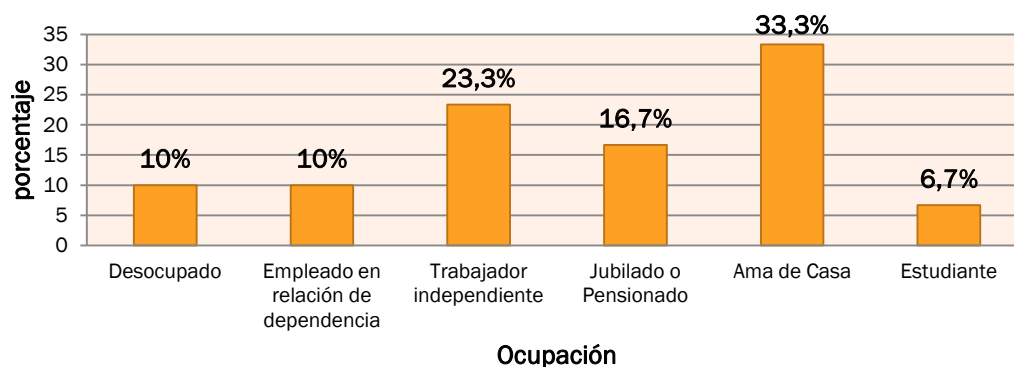
Interesó conocer el **sexo** de los participantes del estudio. Se encontró que predominaron las mujeres, alcanzando al 66,7% (n=30) de la muestra.

Gráfico N°1: Distribución de la muestra según sexo (n=30)



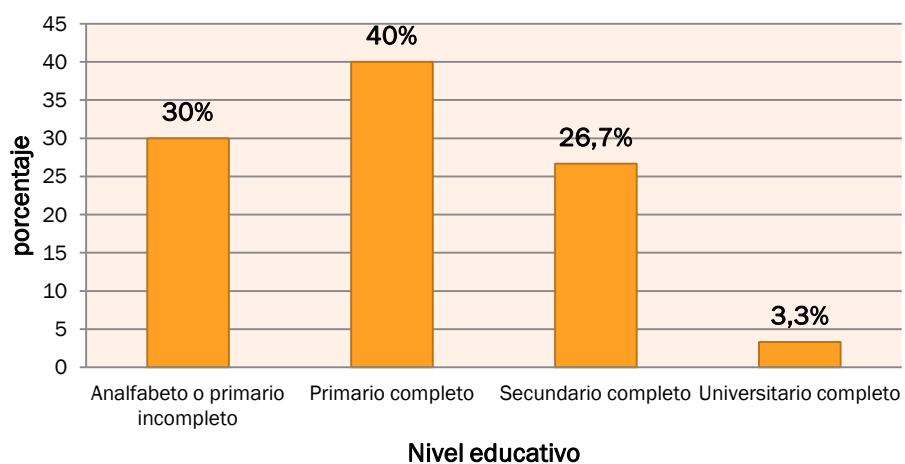
En cuanto a la **ocupación** de los participantes, predominaron las amas de casa, alcanzando un 33,3% (n=30) de la muestra.

Gráfico N°2: Distribución de la muestra según ocupación (n=30)



Por otra parte, respecto al **nivel educativo**, la mayoría de los participantes completó el cuestionario indicando que predominaron los que tenían primario completo, alcanzando un 40% (n=30) de la muestra, seguidos en un 30% por analfabetos, 26,7% los que tenían secundario completo y por ultimo un 3,3% con universitario completo.

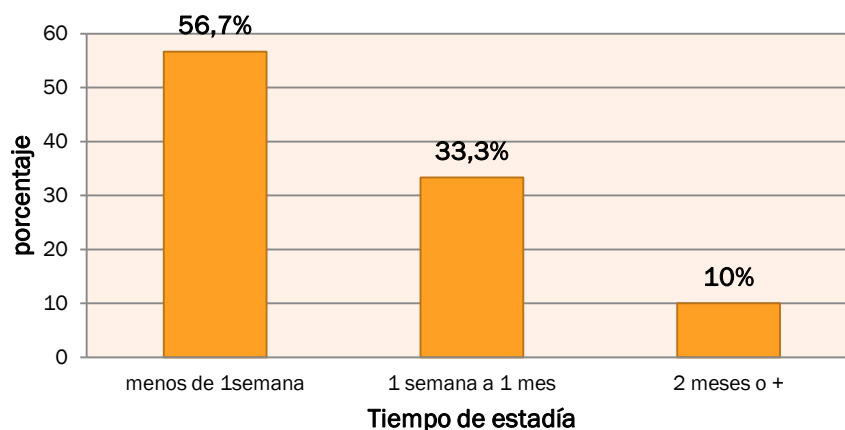
Gráfico N°3: Distribución de la muestra según nivel educativo (n=30)



5.2 Análisis descriptivo

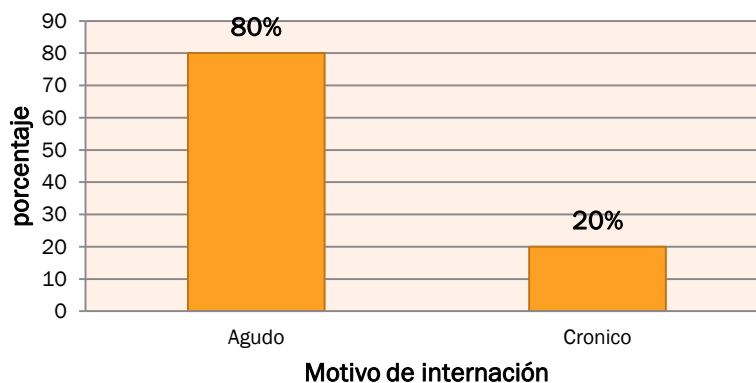
Se determinó el **tiempo de estadía** de los participantes. Los resultados encontrados evidenciaron que la mayoría de los pacientes, 56,7% (n=30) estaban menos de una semana, el 33,3% de una semana a un mes y solo el 10% llevaba más de dos meses en el nosocomio.

Gráfico N°4: Distribución de la muestra según tiempo de estadía (n=30)



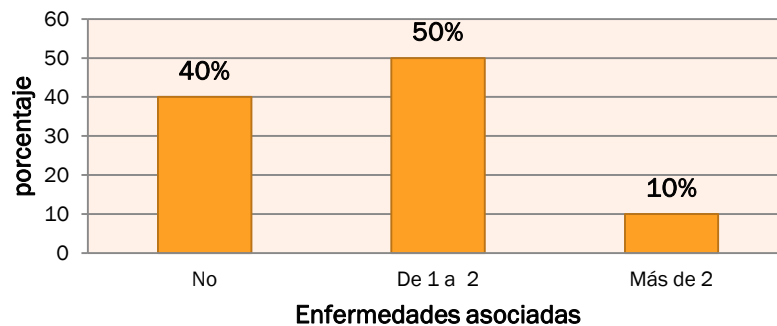
En la indagación sobre cuál fue el **motivo de internación** de los participantes, separándolos en agudos o crónicos. Se encontró que el 80% (n=30) de los pacientes recibieron intervención aguda mientras que en el 20% restante fue crónica.

Gráfico N°5: Distribución de la muestra según motivo de internación (n=30)



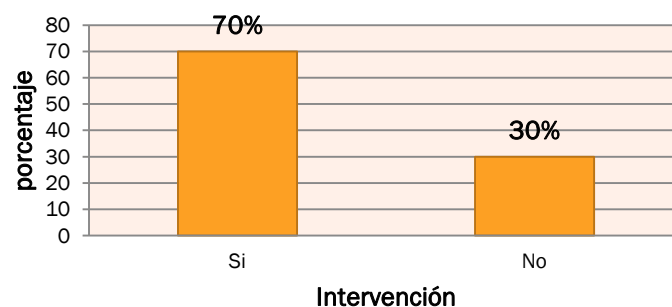
Intereso conocer si el participante presenta **enfermedades asociadas** o nó y cuantas. Se encontró que el 50% (n=30) de los participantes tienen de 1 a 2 enfermedades, el 40% no presenta ninguna enfermedad asociada y solo un 10% de los participantes presentan más de 2 enfermedades.

Gráfico N°6: Distribución de la muestra según enfermedades asociadas (n=30)



Cuando se pregunto si ya se había realizado la **intervención** por la cual fueron internados. Se encontró que el 70% (n=30) de los participantes fueron intervenidos quirúrgicamente mientras que el 30% no.

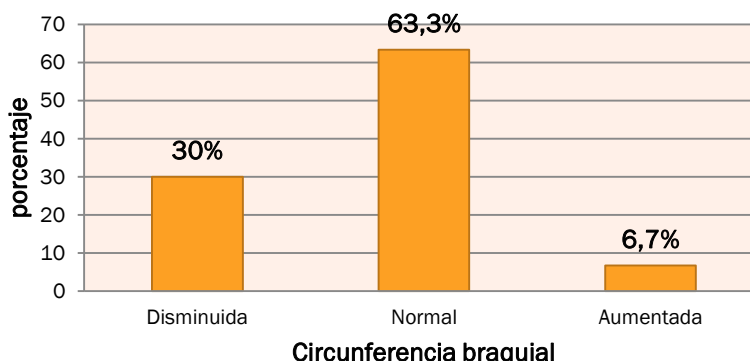
Gráfico N°7: Distribución de la muestra según intervención (n=30)



En cuanto a la **circunferencia braquial (CB)** que presentaban los participantes al momento de la medición. Se encontró que el 63,3% (n=30) de los pacientes presentaba CB normal pero un 30% la tenía disminuida y solo en un 6,7%

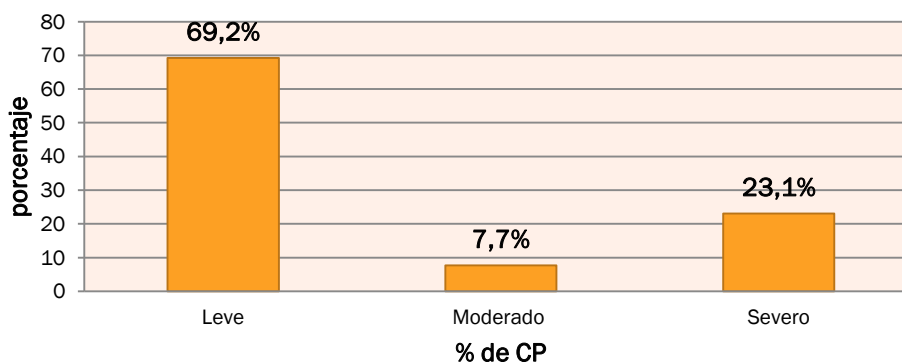
estaba aumentada.

Gráfico N°8: Distribución de la muestra según circunferencia braquial (n=30)

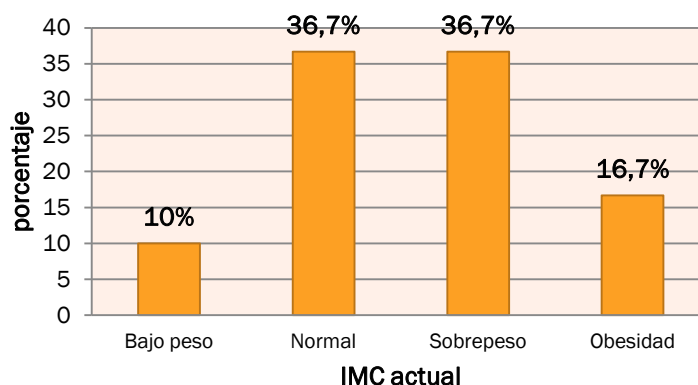


En referencia a la hipótesis de **% de cambio de peso (%CP)** de los participantes. Los resultados reflejaron que el 69,2% (n=26) mantenía un %CP leve, el 23,1% de los participantes tenía un %CP severo y solo el 7,7% presentaba un %CP moderado, como se sintetiza en el siguiente cuadro.

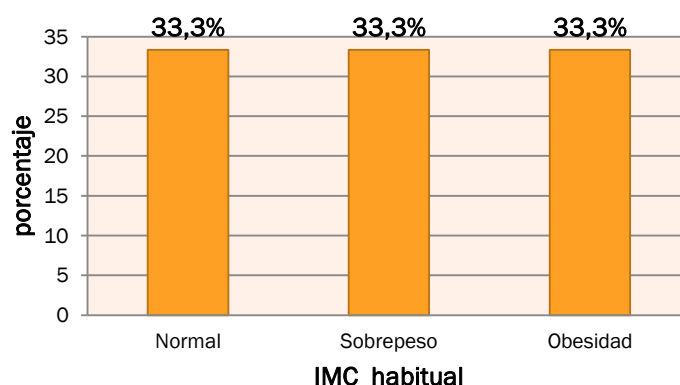
Gráfico N°9: Distribución de la muestra según % de cambio de peso (n=26)



Intereso conocer el **índice de masa corporal (IMC)** previo, habitual y actual de los participantes. En este caso, se encontró que el IMC actual el 36,7% (n=30) de los participantes se encuentran normal y en sobrepeso, el 16,7% presenta obesidad y solo el 10% bajo peso.

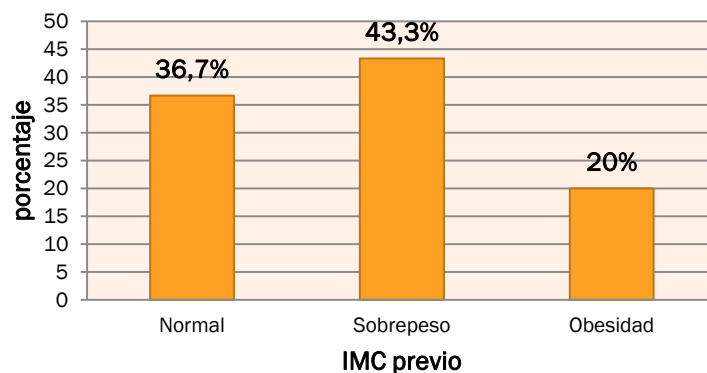
Gráfico N°10: Distribución de la muestra IMC actual (n=30)

En cuanto al **IMC habitual** se encontró una mezcla homogénea del 33,3% (n=30) en donde los participantes compartían las categorías normal, sobrepeso y obesidad.

Gráfico N°11: Distribución de la muestra según IMC habitual (n=30)

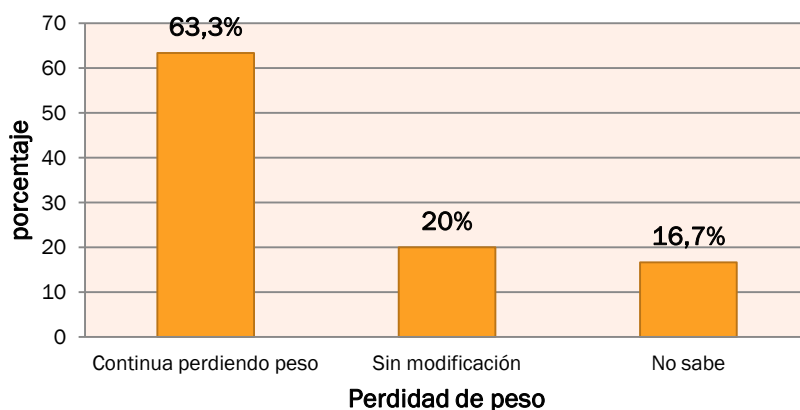
Por último en el **IMC previo** hay un predominio de sobrepeso con 43,3% (n=30) de los participantes, el 36,7% se encuentra normal y el 20% estaban obesos.

Gráfico N°12: Distribución de la muestra según IMC previo (n=30)



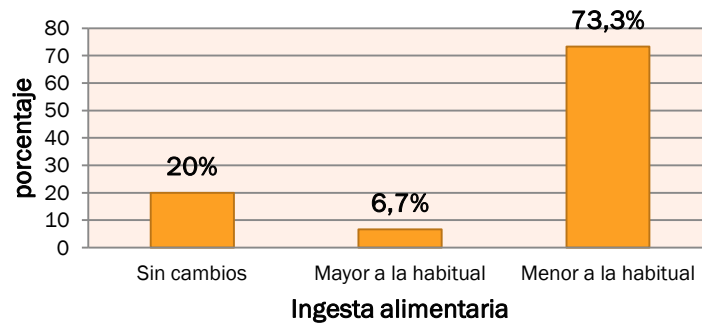
En cuanto al registro de la **pérdida de peso en las últimas 2 semanas**. El 63,3% (n=30) de los participantes continua perdiendo, el 20% no presento modificación y el 16,7% manifestó no saber si continua perdiendo peso.

Gráfico N°13: Distribución de la muestra según pérdida de peso en las últimas 2 semanas (n=30)



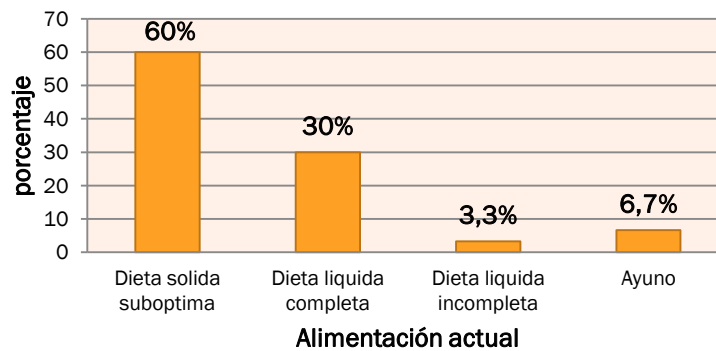
Con respecto a la **ingesta alimentaria** de los pacientes en los últimos meses. Se encontró que el 73,3% (n=30) disminuyo su ingesta con respecto a la habitual, el 20% no manifestó cambios y el 6,7% presenta una ingesta mayor a la habitual.

Gráfico N°14: Distribución de la muestra según ingesta alimentaria (n=30)



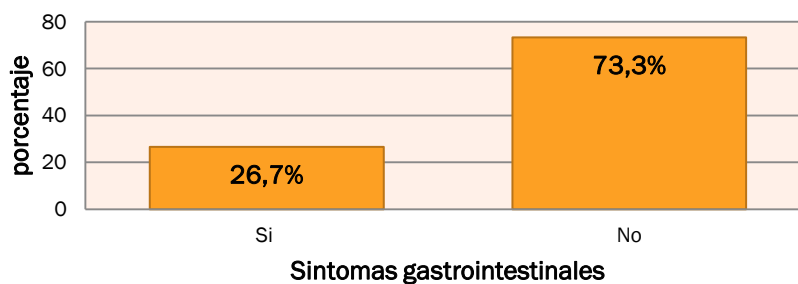
Con el propósito de determinar la **alimentación actual** de los participantes, se busco registro en la historia clínica. Se encontró que el 60% (n=30) consume una dieta solida subóptima, el 30% una dieta líquida completa, el 6,7% se encuentra en ayuno y el 3,3% tiene una dieta líquida incompleta.

Gráfico N°15: Distribución de la muestra según alimentación actual (n=30)



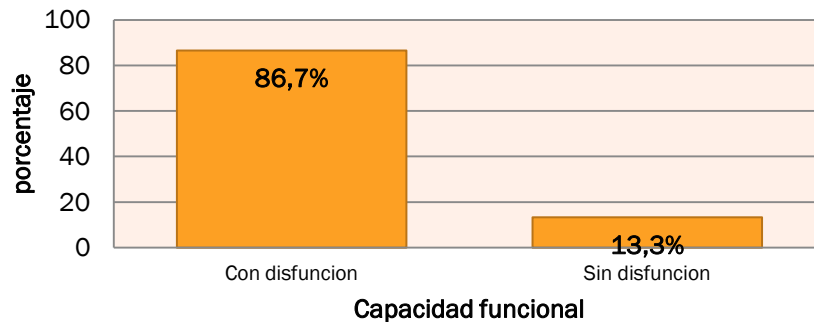
Al indagar sobre la presencia de **síntomas gastrointestinales** en los últimos 15 días. Se encontró que el 73.3% (n=30) de los participantes no los presentaba y el 33.7% restante si habían manifestado la presencia de síntomas.

Gráfico N°16: Distribución de la muestra según síntomas gastrointestinales (n=30)



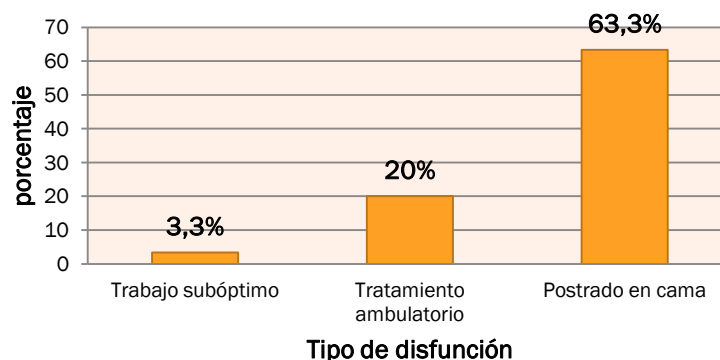
En cuanto a la **capacidad funcional** de los participante. Se encontró que el 86.7% (n=30) presenta disfunción y el 13.3% no.

Gráfico N°17: Distribución de la muestra según capacidad funcional (n=30)



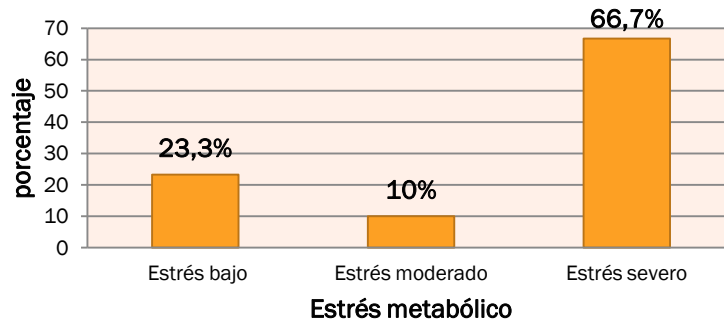
Por otra parte también intereso saber el **tipo de disfunción**. Se encontró que el 63,3% (n=30) de los participantes se encontraban postrados en cama, el 20% en tratamiento ambulatorio y el 3,3% presentaba un trabajo subóptimo.

Gráfico N°18: Distribución de la muestra según tipo de disfunción (n=30)



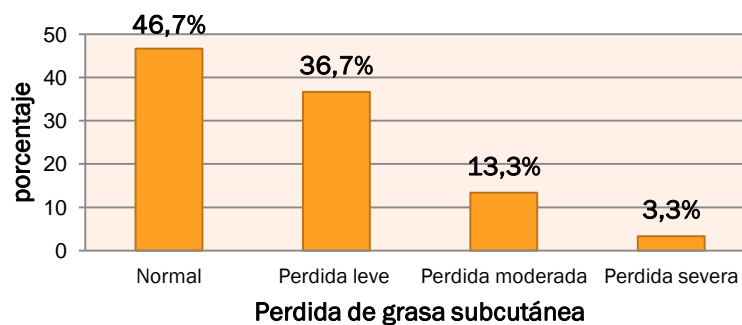
Se determino el **estrés metabólico** de los participantes. Se encontró que el 66,7% (n=30) presentó estrés severo, el 23,3% estrés bajo y solamente un 10% poseen estrés moderado.

Gráfico N°19: Distribución de la muestra según estrés metabólico (n=30)



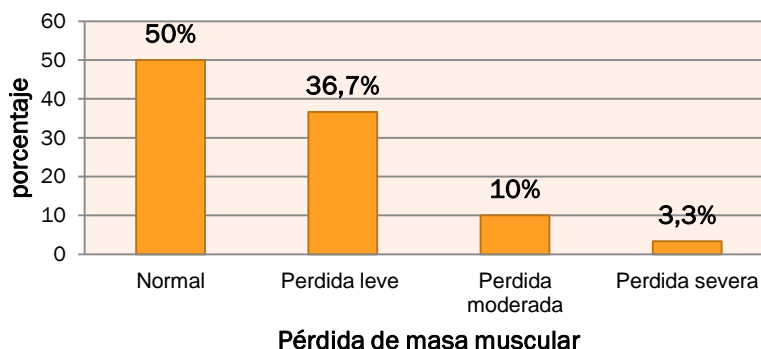
Se le realizó un examen físico al participante, en primera instancia se determinó la **perdida de grasa subcutánea**. Se encontró que el 46,6% (n=30) de los participantes se estaban normal, el 36,7% presentaban pérdida de grasa leve, el 13,3% pérdida moderada y solo el 3,3% presentaron pérdida severa.

Gráfico N°20: Distribución de la muestra según pérdida de grasa subcutánea (n=30)



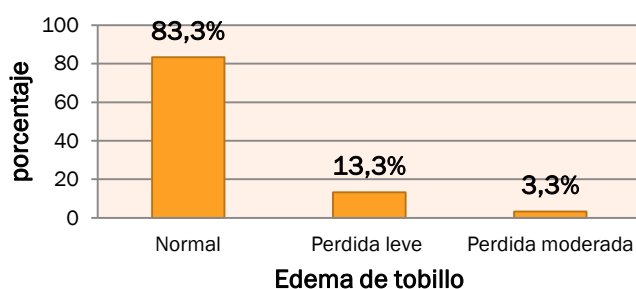
En segundo lugar se observó la **pérdida de masa muscular**. Se determinó que el 50% (n=30) de los participantes se encontraban normal, pero el 36,7% presentaron una pérdida leve, el 10% pérdida moderada y el 3,3% pérdida severa.

Gráfico N°21: Distribución de la muestra según pérdida de masa muscular (n=30)



En tercera instancia se observó la presencia de **edemas de tobillo** en los participantes, de los cuales el 83,3% (n=30) se encontraba normal pero cabe destacar que el 13,3% de los participantes tenía edemas leve y el 3,3% edemas moderados.

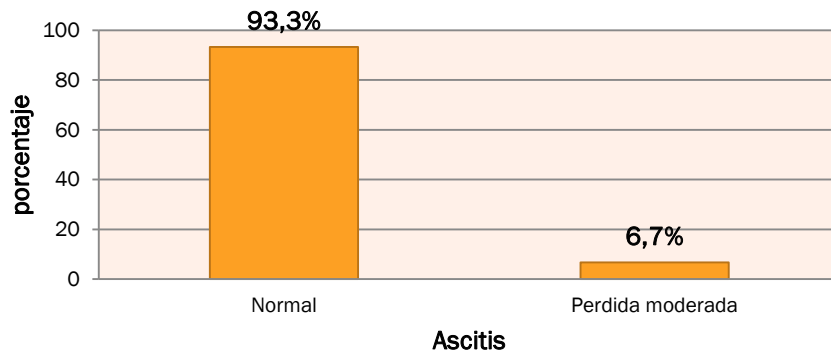
Gráfico N°22: Distribución de la muestra según edema de tobillo (n=30)



Cuando se indagó sobre la presencia de **edema sacro**. Se encontró una muestra totalmente normal. Sin presencia de edemas.

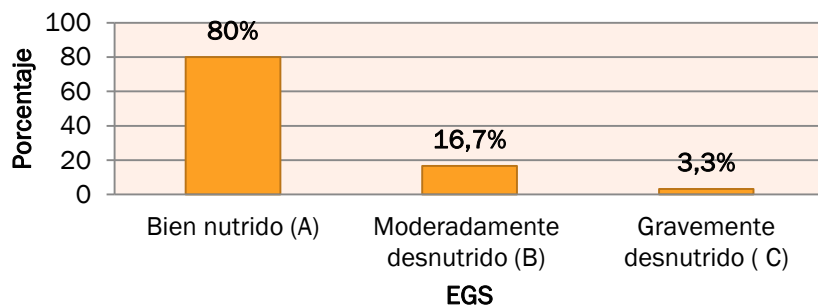
Por último se observó la presencia de **ascitis**. Cabe destacar que solo el 6,7% (n=30) de los participantes presenta ascitis moderada y el resto de la muestra se encuentran normales; es decir, sin ascitis.

Gráfico N°23: Distribución de la muestra según ascitis (n=30)



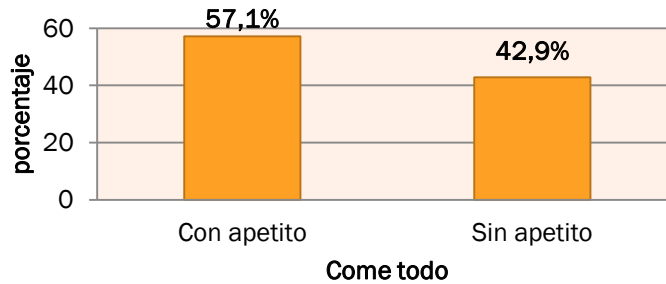
En cuanto al estado nutricional actual de los pacientes, el análisis fue a través de **evaluación global subjetiva (EGS)**, la cual incluye datos antropométricos y alimentarios. Como se observa el 16,7% (n=30) de los participantes se encuentran moderadamente desnutrido, el 3,3% gravemente desnutrido y el resto se encuentra normal.

Gráfico N°24: Distribución de la muestra según EGS (n=30)



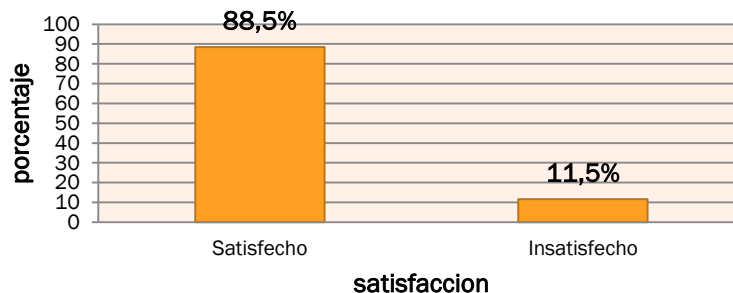
Cuando se le pregunto si **come todo**. El 51,1% (n=21) respondió que come todo con apetito y el 42,9% come pero sin apetito.

Gráfico N°25: Distribución de la muestra come todo(n=30)



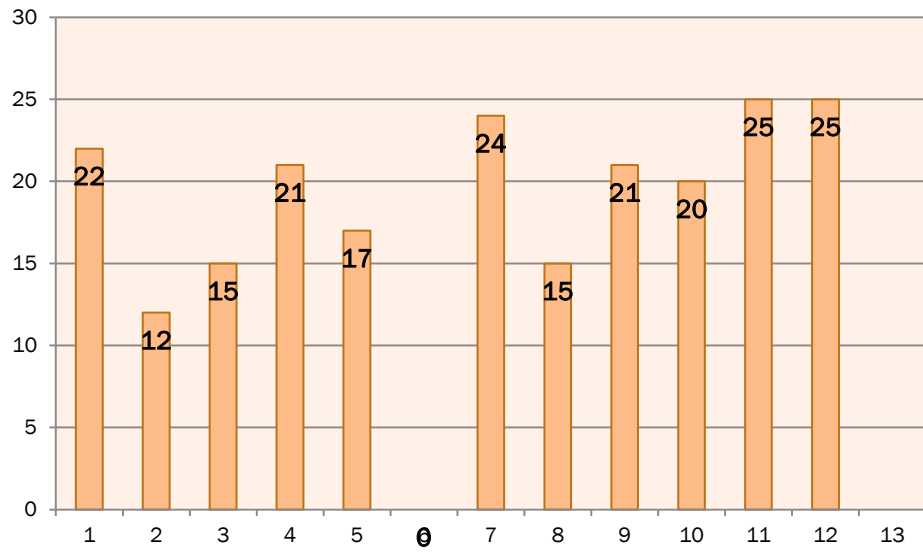
Por último intereso saber la **satisfacción** de los pacientes frente a la comida brindada por el hospital. Se encontró que el 88,5%(n=26) se encuentra satisfecho y solo el 11,5% presenta insatisfacción.

Gráfico N°26: Distribución de la muestra según satisfacción (n=26)



Se profundizo sobre la opinión de los participantes con respecto a la comida brindada por el hospital para así determinar la satisfacción. Los resultados arrojados indican que 22 pacientes realizan las comidas básicas; 12 mantienen una ingesta completa; a 15 les gusta la comida; 21 participantes consideran que la cantidad es suficiente; 17 consumen alimentos que les traen los familiares fuera de la comida del hospital. Todos coinciden en que no reciben ayuda del personal del nosocomio para comer; 24 de ellos manifestó no presentar dificultad para masticar; 15 consideran que los platos son variados; 21 concuerdan en que la temperatura es la adecuada; 20 manifiestan que el sabor es agradable y por ultimo 25 participantes aseguran que el olor y la consistencia son adecuados.

Gráfico N°27: Distribución de la muestra según satisfacción del paciente (n=30)



5.3 Comprobación de hipótesis

Hipótesis N°1 (H_1): Estado nutricional de los pacientes según la valoración global subjetiva es desnutrido.

Hipótesis de nulidad (H_0): No hay diferencias significativas en el estado nutricional de los pacientes según la valoración global subjetiva.

Hipótesis alterna (H_a): El estado nutricional de los pacientes según la valoración global subjetiva es bien nutrido.

Tabla de comprobación de hipótesis para H_1

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Bien nutrido	24	15	9	81	5,4
Desnutrido	6	15	-9	81	5,4
Total	30	30		Chi obtenido	10,8

Para la verificación de la H_1 se aplicó la prueba de χ^2 para una variable. Se trabajó con un valor de α 0,05, un Intervalo de Confianza (IC) del 95% y un Grado de Libertad (GL). Con estos parámetros el valor de χ^2 teórico fue de 3,84.

La aplicación de la prueba determinó un valor de χ^2 de 10,8. Siendo el mismo superior al teórico, es posible afirmar que si bien existen diferencias significativas entre las categorías de la variable, estas diferencias no se presenta en el sentido de la H_1 propuesta. En consecuencia se refuta la H_0 y se verifica la H_a .

De esta manera es posible afirmar con un 95% de confianza que el estado nutricional de los pacientes según la valoración global subjetiva es bien nutrido.

Hipótesis N°2 (H₂): El porcentaje de cambio de peso de los pacientes es inadecuado.

Hipótesis de nulidad (H₀): No existen diferencias significativas en el porcentaje de cambio de peso de los pacientes.

Tabla de comprobación de hipótesis para H₂

Porcentaje de cambio de peso	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Inadecuado	26	15	11	121	8,1
Adecuado	4	15	-11	121	8,1
Total	30	30		Chi obtenido	16,1

Para la verificación de la H₂ se aplicó la prueba de χ^2 para una variable. Se trabajó con un valor de α 0,05, un IC del 95% y 1 GL. Con estos parámetros el valor de χ^2 teórico fue de 3,84.

La aplicación de la prueba determinó un valor de χ^2 de 16,1. Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la hipótesis de nulidad, verificándose la hipótesis de investigación.

De esta manera es posible afirmar con un 95% de confianza que el porcentaje de cambio de peso de los pacientes es inadecuado.

Hipótesis N°3 (H₃): El motivo de intervención predominante fue de tipo agudo.

Hipótesis de nulidad (H₀): No existen diferencias significativas entre los motivos de intervención.

Tabla de comprobación de hipótesis para H₃

Motivo	N	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Agudo	24	15	9	81	5,4
Crónico	6	15	-9	81	5,4
Total	30	30		Chi obtenido	10,8

Para la verificación de la H₃ se aplicó la prueba de χ^2 para una variable. Se trabajó con un valor de α 0,05, un IC del 95% y un GL. Con estos parámetros el valor de χ^2 teórico fue de 3,84.

La aplicación de la prueba determinó un valor de χ^2 de 10,8.

Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la hipótesis de nulidad, verificándose la hipótesis de investigación.

De esta manera es posible afirmar con un 95% de confianza que el motivo de intervención predominante es de tipo agudo.

Hipótesis N°4 (H₄): Los pacientes presentan satisfacción con la alimentación que reciben.

Hipótesis de nulidad (H₀): No existen diferencias significativas entre la satisfacción e insatisfacción del paciente.

Tabla de comprobación de hipótesis para H₄

	N	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Satisfacción	23	13	10	100	7,7
Insatisfacción	3	13	-10	100	7,7
Total	26	26		Chi obtenido	15,4

Para la verificación de la H₄ se aplicó la prueba de χ^2 para una variable. Se trabajó con un valor de α de 0,05, un IC del 95% y un GL. Con estos parámetros el valor de χ^2 teórico fue de 3,84.

La aplicación de la prueba determinó un valor de χ^2 de 15,4.

Siendo el mismo superior al teórico, se refuta la H₀ y se verifica la H₄.

De esta manera es posible afirmar con un 95% los pacientes presentan satisfacción con la comida.

Capítulo 6: Conclusión y discusión

6.1 Conclusión y discusión

La malnutrición es un problema común en los hospitales. Por lo general no se detecta ni se trata y probablemente este infravalorada. Esta malnutrición incide en los enfermos haciendo aumentar las complicaciones, la estadía y los riesgos (Padiál, Vera, Nieto, Soriano, & Guzmán, 2001). En este trabajo de investigación se evaluaron 30 pacientes perioperatorios internados en el Hospital Ángel Cruz Padilla en salas 2 y 5 de cirugía en la Capital de la provincia de Tucumán.

A partir de datos encontrados es posible afirmar lo siguiente:

En este estudio se verificó estadísticamente que el estado nutricional de los pacientes según la valoración global subjetiva fue bien nutrido ($\alpha: 0,05$, $IC:95\%$, $1GL$, $Ch^2: 10,8$). Sin embargo cabe destacar que, cada cinco pacientes con peso normal, se encontró un caso de desnutrición. Estos resultados difieren de muchos antecedentes de investigación nacionales e internacionales que revelaron que el rango de pacientes hospitalizados desnutridos varía de un 25 a un 50% en los diferentes estudios. Coincidiendo la mayoría de los investigadores que el 50% de los pacientes médicos quirúrgicos tienen algún grado de malnutrición (Castela, Peral, Salcedo, Berges, Carballo, & Tutor, 2001; Guillen Mayorga & Peratto, 1999; Monti, 2004; Santos Golvi, 2009; Socarrás Suárez, Bolet Astivoza, Fernández Rodríguez, Morales, Betancourt Baltrell, & Suárez Jaquinet, 2004)

A pesar de que los pacientes valorados presentaron mayoría de casos de aparente buena nutrición, no debe perderse de vista que el 69,2% presentó un porcentaje de cambio de peso menor al 10% ($\alpha: 0,05$, $IC:95\%$, $1GL$, $Ch^2: 16,1$). Está demostrado que la prevalencia de desnutrición hospitalaria es elevada en pacientes con distintas patologías con alta demanda metabólica (Conde, López, Blanco, Delgado, Correa, & Lorenzo, 2008). La pérdida involuntaria de peso en los adultos no es inusual y representa entre el 1,3-3% de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna, varios son los autores que han estudiado esto llegando a la conclusión de que la pérdida oscila entre los 9

y 13 kg dependiendo de la etiología principal (Matía Cubillo, 2008) (Vanderschueren, Glens, Knockaert, & Bobbaers, 2005) (Wu, Lin, Peng, Chen, & Hwang, 2010) Estos resultados aparentemente normales estarían relacionados con el peso al ingreso al hospital, ya que en los mismos presentaron valores de IMC con predominancia de sobrepeso y obesidad.

Con respecto a la tercera hipótesis, en el 80% de los participantes el motivo de intervención fue agudo ($\alpha: 0,05$, IC:95%, 1GL, $Ch^2:10,8$). Destacándose dentro de este grupo la litiasis vesicular cuyos pacientes presentaban sobrepeso u obesidad y donde la disminución del peso estaría vinculada al régimen alimentario prescripto, más que al mínimo tiempo de hospitalización. Es importante considerar en estos pacientes que el riesgo, en este caso, se debe al supuesto tratamiento erróneo de que la restricción de calorías beneficia al paciente obeso que sufre alguna enfermedad aguda (Soto, Medina, Barkow, Vargas, Lepe, & López, 2003).

Estudios demuestran que la pérdida involuntaria de peso predice la existencia de complicaciones en el postoperatorio. El riesgo de complicaciones aumenta con la cantidad de peso perdido y con la velocidad de la pérdida (Conde, López, Blanco, Delgado, Correa, & Lorenzo, 2008) (Medicine, 1995) (Matía Cubillo, 2008). La desnutrición es una entidad compleja y multifactorial, pero cualquiera que sean las causas, sus consecuencias clínicas pueden ser muy serias, conduciendo a complicaciones de una enfermedad, pobre respuesta a la terapia medicamentosa, disminución de la inmunocompetencia y aumento de la morbimortalidad (FELANPE, 2008).

En cuanto a los participantes en los que el porcentaje de cambio de peso fue significativo, esas variaciones pueden deberse a ciertos factores de riesgo nutricional que suelen hacer vulnerable al paciente hospitalizado. Son frecuentes ayunos prolongados (dada la necesidad de realizar estudios exploratorios), apoyo nutricional tardío, la presencia de un estado catabólico (debido a la enfermedad en curso), asociación a un incremento en la incidencia de infecciones (al presentar un sistema inmune deficiente), síntomas y manifestaciones de la propia enfermedad (tales como fiebre, sangrado, anorexia, alteraciones metabólicas) que limitan la ingestión del requerimiento o aumentan este último, favoreciéndose la utilización y depleción de reservas de

nutrimentos, aspecto que finalmente desemboca en la desnutrición (Fruchs, Mostkoff, Gutiérrez Salmeán, & Almancio, 2008).

Estas situaciones pueden afectar el consumo de alimentos como así también ciertos factores relacionados con las características de la comida que brinda la institución. Estos resultan importantes para la planificación del menú, pero muchas veces no son tomadas en cuenta para la prescripción del régimen, sino que solo se basan en la patología de base.

La alimentación en el hospital juega un papel importante en la recuperación del paciente, por ende, es importante la opinión del paciente en cuanto a su satisfacción con la comida.

En 2008, Federación Latino Americana De Terapia Nutricional Nutrición Clínica Y Metabolismo (FELANPE) en la “Declaración Internacional sobre el Derecho a la Nutrición en Hospitales” manifiesta que el soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido o en riesgo y la finalidad del mismo es brindar y satisfacer las necesidades del organismo, aportando los nutrientes precisos cuantitativa y cualitativamente en forma oportuna (FELANPE, 2008).

Como se hizo referencia en el marco teórico son varias las causas que dificultan la satisfacción del paciente respecto del servicio de alimentación que le brinda el hospital, destacándose motivos que influyen en la satisfacción con la comida están el marco hospitalario, la enfermedad en sí, los horarios, los tipos de dieta, la enfermería, entre otros.

En esta investigación se realizó una encuesta en la cual, una de las preguntas era que cambiarían de la alimentación que reciben; temperatura y variedad de platos fueron las más elegidas. Quizás sería importante evaluar con mayor frecuencia la satisfacción con la alimentación hospitalaria para detectar factores de riesgo nutricional de manera que resulte favorable para mejorar el estado nutricional del paciente perioperatorio.

Está claro que son varias investigaciones y observaciones que apoyan el criterio de que en los hospitales los pacientes pierden peso y llegan a desnutrirse en algunos casos. La valoración sistemática del estado nutricional contribuye a identificar a los pacientes en tal estado o en riesgo de estarlo, de modo que se pueda realizar una intervención alimentario-nutricional para disminuir la morbilidad y mortalidad (Arias, Hodelín, Ortiz, & Bolívar, 2012).

En conclusión el trabajo multifactorial de médicos, licenciados en nutrición, enfermeras y grupo de apoyo nutricional, entre otros factores, tienen que desempeñar una función importante para que se cumplan las indicaciones dietéticas adecuadas. Es común en la práctica hospitalaria observar frecuentemente la pérdida de peso y el debilitamiento de los pacientes, sobre todo en aquellos que han recibido tratamiento quirúrgico, lo cual puede relacionarse con un fallo en la calidad de la atención médica, desde el punto de vista alimentario.

Por lo tanto se concluye en este trabajo de investigación afirmando que un seguimiento adecuado de peso y talla durante la estadía hospitalaria y una buena nutrición proporcionada a través de una buena alimentación contribuirían a mantener y mejorar el estado nutricional de los pacientes perioperatorios.

6.2 Propuestas

La ciencia desempeña un papel cardinal en el desarrollo de la Sociedad. Gran parte de los elementos constitutivos de las sociedades son el fruto de los avances científicos y técnicos que han sido posibles gracias a la comunicación mutua de los resultados de la investigación.

Este trabajo proporcionó un conocimiento científico permitiendo, de esta manera, identificar acciones que podrían implementarse en el corto o mediano plazo para mejorar la calidad de vida y la atención de la salud y las necesidades de los pacientes perioperatorios. Este conocimiento posee relevancia social y compete tanto al área de la salud como también al estado.

En cuanto al ámbito hospitalario, debería implementarse la consulta nutricional como rutina diaria en todos los hospitales, sobre todo en pacientes en riesgo. Registrar peso y talla al ingreso y durante la estadía hospitalaria controlar el peso de forma evolutiva. Para llevar a cabo esto debería disponerse de instrumentos básicos (balanza, tallímetro, plicómetro, calibre, cintas extensibles) que permitan realizar una adecuada valoración nutricional, planear estrategias y fijar objetivos a seguir. Es importante identificar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado. Por lo tanto, debería ser un propósito de todas las instituciones de salud implementar los programas de intervención nutricional dirigidos con prioridad a los enfermos quirúrgicos, teniendo en cuenta que esta situación de salud tiene un gran valor predictivo.

Resulta importante destacar la ausencia de registros sistematizados en las historias clínicas de los pacientes estudiados. En este sentido sería importante que los profesionales registren con mayor precisión los datos de laboratorios como albumina, transferrina y proteínas totales en las historias clínicas. Cabe recordar que en una instancia previa, este estudio pretendía comparar registros de laboratorio, lo cual no pudo llevarse a cabo debido a que se encontró que solo el 13,3% de las historias clínicas presentaba valores de

laboratorio del ingreso del paciente.

En cuanto a los organismos de gestión nacional y provincial del área de la salud, deberían garantizar y fortalecer la adherencia desde una mirada integral que incluya al licenciado en nutrición como parte del problema y la solución y promover la articulación entre los servicios de salud.

Es fundamental educar a todo el personal sanitario para obtener su colaboración. Un punto importante a considerar es la capacitación al personal de enfermería para que brinden la ayuda necesaria y comprendan la importancia de la alimentación como parte del tratamiento del paciente perioperatorio. Esto no debe considerarse un trabajo menor, delegando el control de calidad y reparto solo en sus cuidadores. Debería ser responsabilidad del servicio de enfermería y nutrición, llevar un registro de consumo alimentario y tomar las acciones necesarias cuando se detecte la disminución en la ingesta

Otro punto a tener en cuenta es la capacitación por parte de las empresas prestadoras de servicios de alimentación, este servicio debe cubrir una necesidad biológica ineludible que es una correcta alimentación, la cual debe contribuir al mantenimiento o restablecimiento de un estado óptimo de nutrición.

Es importante intentar conocer el Estado Nutricional de los enfermos, con el propósito de establecer programas de Intervención Nutricional, que permitan disminuir los índices de complicaciones perioperatorias y mortalidad, así como mejorar la excelencia de la asistencia de salud que se brinda.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se puede destacar el bajo número de la muestra debido a la falta de participación por parte de los pacientes. En muchos casos, el estado de salud que atravesaban no los hacía sentirse cómodos a la hora de responder o poder pararse para realizar las mediciones.

Asociado a esta dificultad, puede mencionarse la falta de camas disponibles debido a las remodelaciones de infraestructura por las cuales estaba atravesando el nosocomio, lo cual repercutió en el tamaño muestral alcanzado.

A futuro sería importante la generación de convenios institucionales

entre los establecimientos académicos y de salud, a los fines de facilitar el acceso a los ámbitos de estudio, como en el caso del hospital Padilla, que se trata de una institución referente provincial y del Noroeste Argentino, de carácter público, gratuito y de acceso universal, por lo que representa un ámbito idóneo para el desarrollo de estos tipos de estudios.

Además algunos participantes consideraron ofensivas ciertas preguntas, manifestando que el objetivo del trabajo era *perjudicar* al hospital. En este sentido, el fenómeno de deseabilidad social se manifestó en esta investigación. Se considera importante contemplarlo en futuros estudios y encararlo de otra forma, convocando al participante para un fin que no es precisamente la meta del experimento, de esta forma se preocuparán, en todo caso, por favorecer la actividad a la que creen que han sido convocados, pero no a aquella que en verdad está en curso, quedando así fuera de manipulación el resultado que se experimenta, ya que en esta investigación los participantes se mostraban totalmente satisfechos pero cuando se profundizaba el tema destacaban ciertas fallas en la alimentación hospitalaria.

Por último, como diferentes líneas de investigación que sería importantes ahondar en futuras investigaciones se sugiere analizar el porcentaje de cambio de peso de los pacientes internados, su influencia en la estancia hospitalaria y la repercusión del estado nutricional de los pacientes quirúrgicos graves en el postoperatorio.

Capítulo 7: bibliografía

7. Bibliografía

- 1-Alimentación y nutrición. (2005). *Alimentación y nutrición*. Recuperado el 8 de Junio de 20014, de Alimentación y nutrición: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114
- 2-Arias, R., Hodelín, Ortiz, G., & Bolívar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Scielo* , 10-16.
- 3-Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral . (1999). *Prevalencia de desnutrición en hospitales de Argentina*. Argentina: Aanep.
- 4-Bérubé, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Montreal: Les Éditions de la Chenelière Inc.
- 5-Castela, G., Peral, C., Salcedo, A., Berges, I., Carballo, R., & Tutor, M. (2001). Estado actual del grado de desnutrición de los pacientes hospitalizados de la comunidad de la Rioja. *Nutricion hospitalaria* , 7.
- 6-Comite editorial. (Lunes de Abil de 2001). *Saludalia*. Recuperado el 7 de Junio de 2014, de <http://www.saludalia.com/vivir-sano/valoracion-nutricional>
- 7-Conde, C., López, F., Blanco, N., Delgado, A., Correa, V., & Lorenzo, G. (2008). Prevalencia de desnutricion en pacientes con neoplasia digestiva previa cirugía. *Nutrición Hospitalaria* , 46-53.
- 8-Crivelli, M., Perman, M., Wyszynki, D., Alomar, F., Bellone, M., De Loredo, L., y otros. (1999). *Prevalencia de desnutrición en hospitales de Argentina*. Argentina.
- 9-De Girolami, D., & González Infantino, C. (2010). *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*. Buenos Aires: El ateneo.
- 10-Doris, G. M., & Peratto, E. C. (1999). Evaluación del estado nutricional de pacientes hospitalizados. *Rev Med Post Unah* , 137.
- 11-FAO.ORG. (2 de junio de 2007). *Nutrición y salud*. Recuperado el 17 de agosto de 2014, de <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>
- 12-FELANPE. (21 de Mayo de 2008). Recuperado el 23 de Septiembre de 20014, de Declaración internacional sobre el derecho a la nutrición en los hospitales.: http://www.felanpeweb.org/dec_cancun_2008.pdf
- 13-FELANPE. (2009). *Evaluacion del estado nutricional en paciente hospitalizado*. Latinoamerica.
- 14-Fruchs, V., Mostkoff, D., Gutiérrez Salmeán, G., & Almancio, O. (2008). Estado nutricio de pacientes internados en un hospital público de la ciudad de Mexico. *Nutricion hospitalaria* , 249-303.

- 15-García, Á., Daza Centeno, R., & Ferreyra Vaca, J. (2005). *Sistemas de gestión de calidad en alimentación hospitalaria*. España.
- 16-González, J. C., Culebras Fernández, J., & García de Lorenzo, A. (2006). Recomendaciones para la valoración nutricional del paciente crítico. *Scielo* , 1049-1056.
- 17-Guillen Mayorga, D., & Peratto, E. C. (1999). Evaluación del estado nutricional de pacientes hospitalizados. *Rev Med Post Unah* , 137.
- 18-Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la investigación*. Colombia: McGRAW.
- 19-Matía Cubillo, A. (9 de agosto de 2008). *Actualización en medicina de familia*. Recuperado el 24 de septiembre de 2014, de [file:///F:/P%C3%A9rdida%20de%20peso%20involuntaria%20\(AMF%202011\)%20A%20par%20tir%20de%20un%20s%C3%ADntoma.htm](file:///F:/P%C3%A9rdida%20de%20peso%20involuntaria%20(AMF%202011)%20A%20par%20tir%20de%20un%20s%C3%ADntoma.htm)
- 20-Medicine, D. o. (2 de Marzo de 1995). *PubMed*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2014, de [file:///F:/Involuntary%20weight%20loss.%20\[Med%20Clin%20North%20Am.%201995\]%20-%20PubMed%20-%20NCBI.htm](file:///F:/Involuntary%20weight%20loss.%20[Med%20Clin%20North%20Am.%201995]%20-%20PubMed%20-%20NCBI.htm)
- 21-Monti, G. R. (2004). Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. *Revista de asociación médica argentina* , 28.
- 22-Morales, M. A. (2010). *Valoración del estado nutricional y factores que afectan el consumo de alimentos en pacientes hospitalizados*. Tucumán: Facultad de Ciencias de la Salud. Licenciatura en Nutrición.
- 23-Moreno, P. (2006). Cartilla de estudio. En *Catedra Administración de servicio de alimentación*. Ed. UNSA Facultad de cs. de la salud en nutricion.
- 24-Nutricia Advanced Medical Nutrition . (12 de Marzo de 2014). *Nutricia*. Recuperado el 17 de Agosto de 2014, de http://www.nutriciaclinico.es/pacientes_enfermedades/malnutricion_valoracion.asp
- 25-Padial, A., Vera, P. R., Nieto, D. I., Soriano, L., & Guzmán, M. d. (2001). Influencia de la hospitalización en los pacientes evaluados nutricionalmente al ingreso. *Nutricion hospitalaria* , 14.
- 26-Paredes Lima, W. A. (2013). *Prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados en las áreas clínicas y quirúrgicas del Hospital provincial General Docente Ambato en el periodo septiembre 2011- agosto 2012*. Ambato- Ecuador: Facultad de ciencias de la salud carrera de medicina.
- 27-Porbén, S. (25 de agosto de 2000). *Grupo de apoyo nutricional* . Recuperado el 28 de junio de 2014, de <http://www.nutricionclinica.sld.cu/Editoriales/EncuestaSubjetivaGlobal.pdf>
- 28-Ravasco, F. A. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. *Scielo* .
- 29-Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F. (2010). Métodos de valoración del estado

nutricional. *Scielo* .

30-Rodríguez De Miranda, A., Santana Porbén, S., & Borbolla Busquets, E. (2007). Estado nutricional perioperatorio en pacientes de cirugía mayor del tarcto gastrointestinal. *Revista Cubana Aliment Nutr* , 61-71.

31-Rodríguez Legra, S. G. (2009). Estado nutricional perioperatorio. *Revista elctronica de portales medicos* , 1-3.

32-salud, O. m. (12 de abril de 2010). *Temas de salud*. Recuperado el 29 de agosto de 2014, de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

33-Sánchez Ramírez, P. T. (2010). *Importancia del conocimiento en nutrición clínica en la practica hospitalaria*. Guayaquil-Ecuador: Facultad de Ciencias Medicas Carreras de Tecnologías Médicas.

34-Santos Golvi, R. L. (25 de septiembre de 2009). *Portales medicos.com*. Recuperado el 18 de septiembre de 2014, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1707/1/Estado-nutricional-perioperatorio>

35-Sergio, S. P. (2004). Como saber que el paciente quirurgico esta desnutrido. *Nutricion clínica* , 240-250.

36-Socarrás Suárez, M. M., Bolet Astivoza, M., Fernández Rodríguez, T., Morales, M. D., Betancourt Baltrell, D., & Suárez Jaquinet, R. (2004). Algunas causas que llevan a la desnutrición en los pacientes hospitalizados . *Scielo* , 2-3.

37-Soto, A., Medina, S., Barkow, F., Vargas, Á., Lepe, S., & López, D. S. (1 de Febrero de 2003). *Medigraphic.com*. Recuperado el 22 de septiembre de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2003/cc031j.pdf>

38-Terán, M. J. (2012). *Evaluación del Estado Nutricional en pacientes oncológicos internados en el Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán*. Tucumán: Facultad de ciencias de la salud. Licenciatura en nutrición.

39-Torresani, M. E., & Samoza, M. I. (2009). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires: Eudeba.

40-Vanderschueren, S., Glens, E., Knockaert, D., & Bobbaers, H. (2005). El espectro de diagnóstico de la pérdida de peso no intencional . *European Journal of Internal Medicine* , 160-164.

41-Waitzberg, D., Ravaccii, G., & Rasñam, M. (2011). Desnutrición hospitalaria. *Scielo* .

42-Wu, Lin, Peng, Chen, & Hwang. (10 de Noviembre de 2010). *PubMed.gov*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071102>

Capítulo 8: Anexos

8. Anexos

Anexo N°1: Consentimiento informado y nota de aceptación

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado “Estado nutricional en pacientes perioperatorios, elaborado por la Srita. María Florencia Ortiz Mercado, estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias De La Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

- Caracterizar globalmente el estado nutricional de los pacientes.
- Determinar el estado nutricional antropométrico de los pacientes
- Identificar el motivo de intervención en los pacientes.
- Caracterizar la satisfacción con la alimentación que presentan los pacientes.

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usara para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas de las preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene el derecho de hacérselo saber a la Srita. Ó, directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Cordialmente.

Firma:.....

Ortiz Mercado María Florencia.

Nota de aceptación

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en este trabajo de Investigación, conducido por María Florencia Ortiz Mercado. He sido informada/o que los fines de este trabajo son:

- Caracterizar globalmente el estado nutricional de los pacientes.
- Determinar el estado nutricional antropométrico de los pacientes
- Identificar el motivo de intervención en los pacientes.
- Caracterizar la satisfacción con la alimentación que presentan los pacientes.

Reconozco que la información que Yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y Exclusiva para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informada/o que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden. De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar a la Srita. M. Florencia Ortiz Mercado en el siguiente Nro. Telefónico: 3816687333.

Apellido y Nombre del
Participante:.....

Firma:.....

Fecha:.....

Anexo N°2: Encuesta

A. Datos personales

1. Edad:2. Sexo: M F
3. Ocupación:.....
4. Máximo Nivel educativo alcanzado:
 - Analfabeto o primaria incompleta
 - Primario completo
 - Secundario completo
 - Universitario completo
 - Posgrado o superior

B. Datos médicos y antropométricos

5. Día del ingreso:..... 6. Fecha actual:
7. Tipo de plan nutricional actual:.....
8. Motivo de internación:.....
9. Medicación actual: No Si. Cuál/es?.....
10. ¿Alguna enfermedad asociada? No Si. Cual/es?.....
11. ¿Ya se realizó la intervención quirúrgica por la cual fue internado?
Si ¿Cuándo?.....
No ¿Porque?¿Cuándo será?.....
12. Sintomatología actual si ya fue operado:.....
.....
13. Sintomatología previa si no fue operado:.....
.....
14. Laboratorio al ingreso: Albumina.....Transferrina..... Prot. Totales.....
15. Laboratorio actual: Albumina..... Transferrina.....Prot. Totales.....
16. Peso al ingreso (kg):..... Peso posoperatorio (kg):..... Peso Actual (kg):.....
17. Talla (Cm):.....18. Circunferencia braquial:.....

C. Valoración global del paciente

A. Historia

1. Peso

Peso habitual:..... kg.

Pérdida de peso en los últimos 6 meses: Si..... No..... No sabe.....

Cantidad de perdida:..... kg.

Calcule el porcentaje de pérdida en relación a su peso habitual:.....%

Las últimas dos semanas: Continua perdiendo peso: Sin modificación: Subió de peso:.....No sabe:.....

2. *Ingesta alimentaria con relación a la habitual:*

Sin cambios:.....

Mayor a la habitual:.....

Menor a la habitual:.....

Si hubo, hace cuánto tiempo:.....días.

3. *Síntomas gastrointestinales presentes hace mas de 15 días:* si..... no.....

Si es así: vómitos: si.... no..... náuseas: si..... no..... Diarrea: Si..... No..... falta de apetito: si..... No.....

4. *Capacidad funcional:* con disfunción..... sin disfunción.....

Si hay disfunción, hace cuanto tiempo:.....días.

5. *Diagnostico principal y su relación con los requerimientos nutricionales*

Demanda metabólica: Estrés bajo:.....

Estrés moderado:.....

Estrés severo:.....

D. satisfacción con la alimentación

A. Ingesta

1. ¿Tiene usted una dieta especial? Si..... No.....

2. ¿Se la ha respetado el hospital? Si..... No.....

3. Al ingreso a la planta, ¿se le informaron los horarios de las comidas? Si..... No.....

4. ¿Realiza todas las comidas? Si..... No..... Cuantas comidas le dan?.....

5. ¿Come todo? Si..... Con apetito.....

Sin apetito.....

No..... Razones: Falta de apetito.....

No le gustan las comidas.....

Sabor desagradable.....

Cantidad inadecuada.....

Síntomas como Náuseas y vómitos.....

Falta

de

autonomía.....

Otros.....

6. ¿Le gusta la comida? Si..... No.....

7. La cantidad de la comida es: Poca..... adecuada..... excesiva.....

8. ¿Consume alimentos fuera del hospital? Si..... No..... Que come?..... En qué momento lo hace?..... Qué cantidad come?.....

9. ¿Come solo o necesita ayuda? Si..... No.....
10. Si necesita ayuda, ¿el personal sanitario se la ha proporcionado? Si..... No.....
11. ¿La comida ha sido de fácil masticación? Si..... No.....
12. ¿Que mejoraría?.....

B. Presentación:

13. ¿Los platos son variados? Si..... No.....
14. La temperatura es: Adecuada..... Inadecuada.....
15. El sabor es: Agradable..... Desagradable.....
16. El olor es: Agradable..... Desagradable.....

Anexo N°3: guía para la valoración del paciente

Criterio	Evaluación Subjetiva Global		
	A	B	C
Pérdida de peso en los 6 meses previos	< 5%	5 – 10%	> 10%
Pérdida neta de peso en los últimos 15 días	< 1%	1 – 5 %	> 5%
Ingresos dietéticos	> 90% de las necesidades	70 – 90%	> 70%
Síntomas gastrointestinales: Vómitos/Diarreas/Náuseas	Ninguno	Intermitentes	De presentación diaria durante > 2 semanas
Capacidad funcional, Autonomía y validismo	Preservada	Reducida	Encamado
Características de la enfermedad	Inactiva En remisión	Latente	Presente Agudizada/En crisis
Grasa subcutánea	Preservada	Disminuida	Gravemente disminuida Ausente
Masa muscular	Preservada	Disminuida	Gravemente disminuida Ausente
Edemas en tobillos y sacro	Ninguno	Leves	Marcados
Ascitis	Ninguno	Leve	Marcado

	Bien nutrido	Moderadamente	Desnutrido
• <i>Peso</i>	Cuando no presente pérdida de peso o la misma sea leve	Cuando no presente pérdida de peso o la misma sea moderada.	Cuando no presente pérdida de peso o la misma sea severa.
• <i>Ingesta alimentaria con relación a la habitual:</i>	Sin cambios	Menor a la habitual:.....	Mayor a la habitual:.....
• <i>Síntomas gastrointestinal es presentes hace mas de 15 días</i>	No	No	Si
• <i>Capacidad funcional:</i>	Sin disfunción.....	con disfunción leve	con disfunción moderada
• <i>Diagnostico principal y su relación con los requerimientos nutricionales</i>	Estrés bajo:.....	Estrés moderado:.....	Estrés severo:.....

Anexo N°4: Grilla para evaluar la satisfacción del paciente

	Preguntas	Satisfecho	Insatisfecho
Ingesta	¿Realiza todas las comidas?	Si (vale 1 punto)	No
	¿Come todo?	Si con apetito (vale 1 punto)	Si sin apetito o No
	¿Le gusta la comida?	Si (vale 1 punto)	No
	La cantidad es...	Adecuada (vale 1 punto)	poca o excesiva
	¿Consumo alimentos fuera del hospital?	No (vale 1 punto)	Si
	¿El personal le brinda ayuda a la hora de comer?	Si (vale 1 punto)	No
	¿La comida es de fácil masticación?	Si (vale 1 punto)	No
Presentación	¿Los platos son variados?	Si (vale 1 punto)	No
	La temperatura es...	Adecuada (vale 1 punto)	Inadecuada
	El sabor es...	Agradable (vale 1 punto)	Desagradable
	El olor es...	Agradable (vale 1 punto)	Desagradable
Sumatoria del puntaje Total			

Anexo N°5: Balanza CAM

Anexo N°6: Imagen del acceso al hospital



Anexo N°7: Nota autorizada por el Jefe de Cirugía

San Miguel de Tucumán, 9 de Junio de 2014.

Al Jefe de Cirugía
Hospital Ángel Cruz Padilla

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a los fines de solicitar autorización para el desarrollo de mi trabajo de tesis de licenciatura titulado "Estado nutricional en pacientes perioperatorios de Tucumán" en el ámbito del Hospital Ángel Cruz Padilla. Cabe destacar que dicho proyecto se desarrollaría en el año en curso bajo la dirección y supervisión de Lic. Nofal Belén, quien se desempeña en el mencionado hospital en el Área de UCI.

Fundamento este pedido en consideración a que el Hospital es referente provincial y del Noroeste Argentino y parte integrante del Sistema Provincial de Salud, además que por tratarse de un Hospital público, gratuito y de acceso universal, representa un ámbito idóneo para el desarrollo de este estudio para el acceso a datos referidos a la población de interés de esta investigación.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable a la presente se despide atte.

Florencia Ortiz Mercado

DNI 34784273

Código de alumno UP34-1574

Teléfono de contacto: (381)6687-333

Correo electrónico: florencia_ortizm@outlook.com

ORTIZ MERCADO FLORENCIA ROSA
MEDICO CIRUJANO
MAT. PROF. 2473

Anexo N°8: Nota autorizada por Comité de Docencia e Investigación

San Miguel de Tucumán, 9 de Junio de 2014.

**Al Comité de Docencia e Investigación
Hospital Ángel Cruz Padilla**

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Uds. y por su digno intermedio a las autoridades correspondientes a los fines de solicitar autorización para el desarrollo de mi trabajo de tesis de licenciatura titulado *Estado nutricional en pacientes perioperatorios de Tucumán* en el ámbito del Hospital Ángel Cruz Padilla. Cabe destacar que dicho proyecto se desarrollaría en el año en curso bajo la dirección y supervisión de Lic. Nofal Belén, quien se desempeña en el mencionado hospital en el Área de UCI, en coordinación con el Dr. Lister Astudillo, quien se encuentra a cargo del área de Cirugía, donde tendrían lugar las tareas necesarias para el desarrollo del proyecto.

Fundamento este pedido en consideración a que el Hospital es referente provincial y del Noroeste Argentino y parte integrante del Sistema Provincial de Salud, además que por tratarse de un Hospital público, gratuito y de acceso universal, representa un ámbito idóneo para el desarrollo de este estudio para el acceso a datos referidos a la población de interés de esta investigación.

En consideración a lo expuesto se adjunta a la presente nota, el Consentimiento informado (como archivo anexo en protocolo de investigación)

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable a la presente se despide atte.

Florancia Ortiz Mercado

DNI 34784273

Código de alumno UP34-1574

Teléfono de contacto: (0381)6687-333

Correo electrónica: florencia_ortizm@outlook.com

Se autoriza lo solicitado, debiendo
elevar al finalizar, los resultados
de la mencionada investigación

DR. PEDRO C. SANCHEZ
COMITE OCUCENIA
HOSPITAL ANGEL C. PADILLA

DR. LUNA MARIELA
COMITE OCUCENIA E INVESTIGACION
HOSPITAL PADILLA

DR. PEDRO C. SANCHEZ
COMITE OCUCENIA
HOSPITAL ANGEL C. PADILLA

DR. PEDRO C. SANCHEZ
COMITE OCUCENIA
HOSPITAL ANGEL C. PADILLA

DR. LOMBARDO CLAUDIO
SECRETARIO GENERAL
COMITE OCUCENIA E INVESTIGACION
HOSPITAL PADILLA

Anexo N°9: Imagen de salas dos y cinco de cirugía



Anexo n° 10: cinta antropométrica