

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias de la Salud

Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI- Amigos Benefactores de Enfermos Incurables y determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional durante el período julio 2009 – enero 2010

Autores:

Ma. Fernanda Mantilla

Ma. José Mendieta J.

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Médico

Quito

Enero del 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Ciencias de la Salud

HOJA DE APROBACION DE TESIS

**Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la
Fundación ABEI - Amigos Benefactores de Enfermos Incurables y determinación de los
principales obstáculos a la evaluación nutricional durante el período julio 2009 – enero**

2010

Ma. Fernanda Mantilla

Ma. José Mendieta

Wilma Freire, Ph.D.

Directora de la Tesis y

Miembro del Comité de Tesis

Mauricio Espinel, MD

Miembro del Comité de Tesis

Enrique Noboa, MD

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Quito, enero del 2011

© Derechos de autor:

Ma. Fernanda Mantilla

Ma. José Mendieta

2011

DEDICATORIA

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de tesis por ser una gran guía durante todo este proceso, al personal de la Fundación ABEI - Amigos Benefactores de Enfermos Incurables- por su gran apertura y participación en la realización de esta investigación y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron en ella.

RESUMEN

La desnutrición hospitalaria es un problema a nivel mundial que no sólo influye en la condición clínica del paciente, incrementando las tasas de morbi – mortalidad, sino que también se correlaciona con el tiempo de internación y los altos costos médicos.

Objetivo: Determinar el nivel de riesgo y la prevalencia de desnutrición en pacientes crónicos hospitalizados, mediante el empleo del MUST y la Valoración Global Subjetiva (VGS), además de establecer los obstáculos a la evaluación nutricional.

Metodología: Cincuenta y siete pacientes (33 mujeres y 24 hombres) albergados en la Fundación ABEI de la ciudad de Quito, entre los 20 y 80 años participaron en este estudio. Todos los pacientes fueron evaluados según las técnicas descritas para el empleo de las herramientas MUST y VGS; los participantes fueron clasificados según el nivel de riesgo (sin riesgo, intermedio, alto) y el grado de desnutrición (bien nutrido, leve/moderado, severo/grave), respectivamente. Además se realizó una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas a 28 miembros del personal institucional y cuatro entrevistas a informantes clave.

Resultados: A través del MUST se determinó que un 59,6% se hallaban en riesgo intermedio de desnutrición y un 24,6% un riesgo alto de desnutrición. Con la valoración global subjetiva se estableció que un 52,6% de los pacientes presentaron desnutrición de leve a moderada y un 22% presentan desnutrición de severa a grave. Los principales obstáculos a la evaluación nutricional radican en déficits de conocimientos sobre nutrición, carencia de un programa serio de evaluación y monitoreo nutricional y falta de coordinación de actividades entre los miembros del equipo terapéutico.

Conclusiones: MUST puede sustituir el empleo de VGS como herramienta para evaluar el estado nutricional al ingreso del paciente por su fácil y rápida aplicación. La falta de conocimientos sobre nutrición y de un protocolo establecido para la evaluación nutricional del paciente, no permiten un adecuado control e intervención.

ABSTRACT

Hospital malnutrition is a worldwide problem that not only influences the patient's clinical condition, increasing rates of morbidity and mortality, but also correlates with the length of hospital stay and medical costs.

Objective: To determine the level of risk and prevalence of malnutrition in chronic hospitalized patients through the use of MUST and the Subjective Global Assessment (SGA), and to establish barriers to nutritional assessment.

Methods: Fifty-seven patients (33 women and 24 men), housed in ABEI Foundation of Quito, between 20 and 80 years, participated in this study. All patients were evaluated according to the techniques described for the use of MUST and VGS tools; the participants were classified by level of risk (no risk, intermediate, high) and degree of malnutrition (well nourished, mild / moderate, severe / serious), respectively. Also there was carried out a survey on knowledge, attitudes and practices to the 28 staff members working at the institution and four interviews to key informants.

Results: Through MUST tool, it was found that 59.6% were at intermediate risk for malnutrition and 24.6% at high risk of malnutrition; with SGA 52.6% of patients had mild to moderate malnutrition and 22% had severe to serious malnutrition. The main obstacles for the nutritional assessment lie on nutritional knowledge deficits, lack of a serious program for evaluation and monitoring nutrition, and a lack of coordination of activities among members of the treatment team.

Conclusions: MUST can replace the use of VGS as a tool to assess the nutritional status of the patient because its easy and quick application. The lack of nutritional knowledge and a set protocol for nutritional assessment of the patient, do not provide an adequate monitoring and intervention.

Tabla de contenidos

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
METODOLOGÍA.....	11
RESULTADOS.....	14
NIVEL DE RIESGO Y PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN	14
MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)	14
VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA.....	20
OBSTÁCULOS A LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL.....	25
CUESTIONARIO PARA IDENTIFICACIÓN DE OBSTÁCULOS A LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL.....	25
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES / RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	52
ANEXO A.....	52
Formulario de la Valoración Nutricional del Paciente - MUST.....	52
ANEXO B.....	53
Valoración Global Subjetiva	53
ANEXO C.....	54
Datos y Tablas para la Cuantificación de Valoración Global Subjetiva.....	54
ANEXO D.....	56
Cuestionario para Médicos/Enfermeras de la Fundación ABEI – Amigos Benefactores De Enfermos Incurables.....	56
ANEXO E.....	61
Cuestionario para Auxiliares/Personal Administrativo de la Fundación ABEI – Amigos Benefactores De Enfermos Incurables.....	61
ANEXO F.....	65
Guía de Entrevista para Personal del Hospital ABEI	65

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la desnutrición como el desbalance celular entre la oferta de nutrientes, energía y las demandas del cuerpo para asegurar su crecimiento, mantenimiento y funciones específicas⁹. Para la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral, la desnutrición consiste en un estado que resulta de la ingesta reducida de nutrientes o un metabolismo deficiente. Desde un punto de vista más clínico, varios autores coinciden en definir a la desnutrición como un estado patológico que resulta de un exceso o falta absoluta o relativa de uno o más nutrientes esenciales, que se detecta clínicamente por pruebas bioquímicas y antropométricas, y bajo el cual un paciente puede presentar complicaciones, que podrían ser evitadas si recibiese un tratamiento nutritivo adecuado¹⁷. La desnutrición en adultos puede clasificarse empleando el índice de masa corporal como indicador. Esta medida consiste en dividir el peso expresado en kilogramos para el cuadrado de la talla expresada en metros. La Tabla 1 muestra los puntos de corte que definen los diferentes grados de desnutrición según la Organización Mundial de la Salud³¹.

Tabla 1. Clasificación de la desnutrición en adultos según el índice de masa corporal.

IMC	Estado Nutricional
>18.5	Normal
17.0–18.49	Desnutrición leve
16.0–16.99	Desnutrición moderada
<16.0	Desnutrición severa

Nota. Fuente: Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. World Health Organization. Geneva, 1999.

Fue a partir de 1974, tras la publicación del artículo “El Esqueleto en el Armario del Hospital” de Charles Butterworth, que el problema de la desnutrición hospitalaria saltó a la consideración de la población médica mundial, aunque varias décadas atrás ya se había observado la estrecha relación entre la internación y la consiguiente pérdida de peso. Sin embargo, fue Butterworth quien estableció dicha relación, e incluso, se atrevió a definir a este tipo de desnutrición como iatrogénica en base a las diversas prácticas médicas que contribuían al empeoramiento del estado nutricional, como ayunos prolongados, falta de registro de datos antropométricos del paciente al momento de internarse, falta de seguimiento de la evolución ponderal, falta de organización de responsabilidades entre los miembros del equipo terapéutico, falla por parte de los médicos en reconocer la cantidad y calidad de la ingesta de los pacientes, y sus requerimientos nutricionales según su enfermedad, indicaciones nutricionales inadecuadas, comidas mal programadas o presentadas, administración de medicación o tratamientos que interfieren en el proceso de nutrición, empleo de soporte nutricional cuando la desnutrición ha llegado a un estado avanzado, disponibilidad escasa de métodos para evaluar el estado nutricional del paciente, etc¹⁷.

El problema de la desnutrición a nivel hospitalario ha permanecido inadvertido para los sistemas de salud de muchos países, pese a que varios estudios han determinado una prevalencia que oscila entre el 28 – 50% para países como el Reino Unido¹⁹ y del 30 - 55% en España²⁷. En un estudio prospectivo llevado a cabo en un hospital local de los Estados Unidos, se determinó que sólo el 44% de los pacientes presentaba un estado nutricional normal, mientras que el 40% se diagnosticó como desnutrido y el 16% restante en riesgo de desnutrición²¹. En Cuba, durante el año 2005, la frecuencia de desnutrición hospitalaria fue de

41.2 %, con 11.1% de los pacientes gravemente desnutrido¹. El Estudio Latinoamericano de Nutrición (ELAN), realizado en 13 países, y que incluyó una población de 9.360 pacientes, evidenció una prevalencia de desnutrición de 50,1%⁷, muy similar a los resultados encontrados en un estudio multicéntrico llevado a cabo en Argentina, con 47% de pacientes desnutridos³⁰. En nuestro país, según los datos reportados por los autores Freire, Sheridan y cols, en una investigación realizada en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, durante el 2008, se encontró que entre los pacientes hospitalizados en áreas no quirúrgicas existía un riesgo de desnutrición alto del 42.4%¹⁰.

Un paciente puede ingresar al hospital con un problema de desnutrición subyacente, o puede desarrollarlo durante el curso de la internación, el cual se agrava a consecuencia de la enfermedad o por los tratamientos médicos. Esta condición expone a estos pacientes a un alto riesgo de complicaciones, entre las que se encuentran un aumento de la incidencia de infecciones (por alteración de la inmunidad celular), reintervenciones y una disminución de la tolerancia a los tratamientos, lo que conduce a un incremento de las tasas de morbi-mortalidad y, por consiguiente, a una sobrecarga de los presupuestos de atención médica y a una elevación del coste sanitario^{2, 6, 23}. Aunque los grandes avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina han reinventado la práctica médica actual, la desnutrición hospitalaria se mantiene inmutable, elevando aún más los costos de las intervenciones médicas¹⁷.

La desnutrición además de contribuir a un aumento en los gastos hospitalarios, se asocia con estancias prolongadas, mayor número de complicaciones, empeoramiento de la situación inicial y mayor morbi-mortalidad, que conlleva a una disminución de la esperanza de vida y la supervivencia. En España, Villalobos et al observó que la desnutrición favorece al incremento

de la mortalidad (15.2% desnutridos vs. 2.6% en no desnutridos), además de contribuir a un aumento de la estancia institucional en pacientes con enfermedades crónicas, siendo de aproximadamente más de 20.95 días para desnutridos frente a 8.75 días para no desnutridos; asimismo, la tasa de reingresos incrementó a un 14.30% en desnutridos frente a 6% en no desnutridos²⁸.

Cerca del 30% de pacientes crónicos admitidos en un hospital presentan desnutrición, como consecuencia de su enfermedad de base, y /o por deficiencia dietaria. Es por ello que la intervención nutricional debe ser enfocada hacia la causa predominante. De acuerdo a los autores, Lobo G, Ruiz M y Pérez A el tiempo de estancia institucional se extiende un 90% en los sujetos desnutridos. También, se ha demostrado que la desnutrición está estrechamente ligada a un incremento en la morbi-mortalidad, y su gravedad puede predecir el desarrollo de complicaciones durante la estancia institucional¹⁶. Es importante recalcar que, así como Butterworth señaló en sus investigaciones, una proporción significativa de pacientes ingresa al hospital con una situación nutricional precaria, y en lugar de obtener una evolución favorable durante su estancia institucional, ciertas prácticas hospitalarias los conducen a un deterioro progresivo de su estado nutricional y metabólico.

Durante la estancia institucional, hasta un 50% de los pacientes demuestra un empeoramiento de su estado nutricional, ya sea como consecuencia de la enfermedad que motivó su ingreso o por alguna de las causas iatrogénicas antes señaladas. A esto debe sumarse -especialmente en el adulto mayor-, el deterioro del sentido del gusto y el olfato con la consecuente disminución del apetito, condiciones médicas coexistentes -principalmente desórdenes neurológicos-, que contribuyen a una pobre ingesta de alimento, ya sea por un problema motor (disfagia) o por la

disminución de la habilidad para auto-alimentarse. La polifarmacia también es una causa iatrogénica común de desnutrición, ya que los efectos adversos de ciertas drogas se asocian con náusea, pérdida del apetito y del gusto. Además, la interacción entre ciertos medicamentos y los nutrientes, y la presencia de enfermedades crónicas (neoplasias del tracto digestivo, insuficiencia renal, etc.) que afecten la absorción, el transporte, metabolismo y excreción de los nutrientes esenciales comprometen la habilidad para alcanzar los requerimientos dietéticos. También se ha reconocido que el aislamiento social y el nivel económico son factores que contribuyen a la desnutrición²⁸.

A nivel fisiológico la desnutrición reduce la función del músculo esquelético y cardíaco, produciendo un incremento de las infecciones respiratorias e insuficiencia cardíaca^{16, 20}. Se ha visto que la desnutrición severa se acompaña de una mala respuesta del sistema inmune que permite a las bacterias atravesar la mucosa intestinal y dar origen a endotoxemia, la cual contribuye a falla multiorgánica^{13, 29}. Cabe señalar que al existir afectación del músculo esquelético la movilidad de los pacientes se ve reducida, apareciendo nuevas complicaciones como trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y úlceras de presión⁴. Aunque el desempeño intelectual no se ve muy afectado, la apatía general sumada a la depresión y la disminución del apetito, contribuyen a empeorar la situación del paciente crónico^{8, 14}.

La evaluación nutricional de rutina para identificar el riesgo de desnutrición ha sido recomendada por varias instituciones internacionales especializadas como la British Dietetic Association, British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, Royal College of Physicians, etc., basados en los efectos adversos de la desnutrición sobre la función física y psicológica, el incremento de la morbilidad y la mortalidad por la misma causa y su pobre

reconocimiento como un problema de salud presente en todos los niveles de servicios de salud. Según los autores Mowe M y Bohmer T un 40 – 60% de los pacientes hospitalizados por una enfermedad aguda se encuentran desnutridos, sin embargo, esta prevalencia podría ser más alta porque los profesionales médicos la han subestimado. Las tres posibles explicaciones para esto son: la falta de entrenamiento nutricional por parte del personal médico, falta de monitoreo nutricional de los pacientes y la ausencia de una herramienta de evaluación nutricional. Debido a la falta de un criterio universal entre las diversas asociaciones, el Malnutrition Advisory Group de la British Association for Parenteral and Enteral Nutrition creó la herramienta de evaluación nutricional MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), que es una herramienta de evaluación de cinco pasos para identificar adultos desnutridos, en riesgo de desnutrición u obesos. La Valoración Global Subjetiva (VGS), es un indicador útil del estado nutricional que permite la identificación precoz de enfermos que requieren terapia nutricional, así como también sirve para monitorizar la eficacia de la misma. Desarrollada por Destky y Cols en 1987, esta herramienta permite distinguir entre pacientes bien nutridos y aquellos que están en riesgo de desnutrición o bien con algún grado de ésta, sin necesidad de utilizar medidas antropométricas sofisticadas o pruebas de laboratorio, sino a través del empleo de la historia clínica y la exploración física. Esta prueba utiliza la pérdida de peso, ingesta, síntomas digestivos de enfermedad, capacidad funcional, estrés metabólico, pérdida de grasa subcutánea o masa muscular, edema y ascitis como parámetros a ser analizados¹². Aunque originalmente fue diseñada para evaluar a pacientes sometidos a cirugías gastrointestinales, actualmente se la aplica para todos los cuadros clínicos con los que puede cursar un paciente¹¹.

En Estados Unidos en el año de 1998 se invirtió al menos \$20 millones en pacientes

hospitalizados en estado de desnutrición⁶. En el Reino Unido se ha estimado que la desnutrición en pacientes mayores de 65 años tiene un costo de £2- 4 billones, causado principalmente por el incremento de las admisiones hospitalarias y su estadía prolongada²⁶. El gasto anual en el manejo de pacientes con alto riesgo de padecer enfermedades relacionadas a la desnutrición se estima que es de £7,3 billones siendo la mitad de este gasto utilizado en el cuidado hospitalario y una proporción similar en individuos mayores de 65 años.

JUSTIFICACIÓN

La Fundación ABEI en la ciudad de Quito es una institución dedicada a brindar servicios integrales a personas de escasos recursos económicos en hospitalización y consulta externa para pacientes adultos y niños con enfermedades crónicas incurables, y cuidados paliativos para pacientes terminales. En las instalaciones del área de hospitalización para pacientes adultos con enfermedades crónicas e incurables, actualmente se consta con una capacidad de aproximadamente 65 camas. Esta fundación ha puesto a servicio de estos pacientes cuatro médicos residentes, 12 enfermeras y 20 auxiliares (entre personal de la institución y enfermeras particulares), todos ellos encargados del cuidado de estos pacientes. En el área de personal administrativo trabajan activamente 4 personas entre directores y jefes de áreas. El presupuesto del hospital proviene de donaciones de benefactores en forma de empresas privadas y/o convenios interinstitucionales, mediante la dotación de insumos médicos, alimentos o dinero.

Debido a que los pacientes que acuden al ABEI corresponden a un grupo vulnerable caracterizado por ingresos económicos bajos se presume que los índices de desnutrición al ingreso son elevados incidiendo directamente sobre el tiempo de estancia institucional, por lo que la determinación de su prevalencia constituye un importante tema a estudiar dentro del sistema de salud ecuatoriano.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, este estudio tiene como objetivo principal la determinación de la prevalencia de desnutrición hospitalaria en pacientes adultos de la Fundación ABEI - Amigos Benefactores de Enfermos Incurables y la determinación de los

principales obstáculos a la evaluación, tratamiento y manejo nutricional, ya que de esta manera se podrá conocer la situación actual e implementar una pronta intervención que permita reducir las complicaciones, tiempo de estadía y costos.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir hacia una mejor identificación y tratamiento de la desnutrición en el paciente hospitalizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de riesgo de desnutrición en pacientes adultos de la Fundación ABEI- Amigos Benefactores de Enfermos Incurables a través del empleo de la herramienta MUST.
- Determinar la prevalencia de desnutrición hospitalaria en pacientes adultos de la Fundación ABEI - Amigos Benefactores de Enfermos Incurables a través del empleo de la Valoración Global Subjetiva.
- Determinar y analizar los obstáculos a la evaluación nutricional en pacientes hospitalizados a través de métodos cualitativos.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente proyecto se determinó como sujetos de estudio a los 60 pacientes hospitalizados en el Hospital ABEI - Amigos Benefactores de Enfermos Incurables, durante el período 2009-2010. Todos los sujetos fueron seleccionados y de aquellos que no estuvieron en la capacidad de firmar el consentimiento informado, éste se lo obtuvo a través del familiar responsable.

El estudio empleado fue un diseño de corte transversal en el cual se utilizaron métodos cuantitativos, con el objetivo de cuantificar la magnitud de esta problemática en dicha población. Además a través de diferentes herramientas investigativas cualitativas se pretendió determinar los principales obstáculos para la evaluación y terapia nutricional por parte del personal de la institución. El tiempo de la duración del estudio fue de siete meses.

El nivel de riesgo de desnutrición se determinó a través de un test validado por la British Association of Parenteral and Enteral Nutrition denominado MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Esta herramienta fue desarrollada para detectar desnutrición proteínico/calórica y el riesgo de desarrollar desnutrición usando criterios basados en evidencia. Los tres criterios evaluados fueron: peso actual, usando el índice de masa corporal (IMC), pérdida de peso involuntaria de acuerdo al porcentaje de peso perdido, y el efecto que produce una enfermedad aguda o su influencia en la no ingesta de alimentos por más de cinco

días. En aquellos pacientes que no pudieron ser medidos se utilizó la medición del cúbito para determinar su altura. Además, para determinar la prevalencia de desnutrición, se empleó la Valoración Global Subjetiva (VGS), una herramienta útil para la identificación precoz de enfermos que requieren terapia nutricional, así como para monitorizar la eficacia de la misma. Esta herramienta es útil para obtener una estimación del estado nutricional mediante la historia clínica y la exploración física, ya que valora la pérdida de peso, ingesta, síntomas digestivos, capacidad funcional, estrés metabólico, pérdida de grasa subcutánea o masa muscular, edema y ascitis.

Luego de obtenida la información a través de las herramientas MUST y Valoración Global Subjetiva, se procedió a crear una base de datos computarizada, en la cual se reunió y analizó los datos, para finalmente proceder a emitir el informe final.

Para la identificación de los obstáculos a la evaluación y terapia nutricional se utilizó el cuestionario CAP, a través del cual se evaluará los conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en los médicos, personal de enfermería y auxiliares del ABEI. La participación de esta población se realizó en forma voluntaria, posterior a la firma del consentimiento informado. Se les brindó 15 minutos para resolverlo, luego de lo cual la evaluación fue retirada. Una vez completado el cuestionario, se reunió la información obtenida en una base de datos computarizada, mediante la cual se logró una limpieza y análisis de los mismos, para finalmente redactar un informe. La validación de dicho cuestionario se realizó empleando personal médico, de enfermería y auxiliar de otro hospital. Se tomó en cuenta sus inquietudes

y comentarios para hacer las respectivas correcciones. Además se utilizó a este mismo personal para validar la guía de entrevista utilizada en informantes claves de la institución.

Para la obtención de una información más detallada en relación al manejo nutricional dentro de la institución se llevó a cabo entrevistas a informantes claves, con el objetivo de discutir su opinión sobre dicha problemática y las soluciones que ellos propondrían. Para la selección de los participantes, se tomó en cuenta el tiempo de trabajo dentro de la institución, y fueron seleccionados aquellos quienes se encontraban trabajando por el mayor período de tiempo. Se esperaba contar con la participación de 5 informantes claves, conformados por un médico, una enfermera, una auxiliar, un nutricionista y un representante del personal administrativo.

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó como herramienta estadística Epi Info versión 3.5.2., que se obtuvo de manera gratuita desde la página de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2008 por sus siglas en inglés).

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos luego de la aplicación de las herramientas MUST y Valoración Global Subjetiva, aplicadas a los pacientes de la Fundación ABEI para determinar el nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición, respectivamente. Posteriormente se muestran las respuestas del personal de la institución, luego de la aplicación del cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición.

NIVEL DE RIESGO Y PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN

De los 60 pacientes que se encontraban albergados en la institución, se logró recolectar la información completa de 57. Esta población abarcaba a 33 mujeres y 24 hombres que comprendían edades entre los 20 y 80 años. Los tres pacientes excluidos de la investigación declinaron la invitación a formar parte de esta investigación.

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

Es una herramienta de evaluación de cinco pasos para identificar adultos desnutridos, en riesgo de desnutrición u obesos. (Anexo A)

Posterior a la aplicación del Formulario de Valoración Nutricional del Paciente – MUST se determinó que el 84% de pacientes presentaban riesgo de desnutrición. (Tabla 1 y Figura 1), de los cuales un 60.4% correspondía a las mujeres (Tabla 2).

Tabla 1. Nivel de Riesgo de Desnutrición Total. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010

Nivel de Riesgo de Desnutrición	Total
	Nº
No Riesgo	9
Intermedio	34
Alto	14
Total	57

Figura 1. Nivel de Riesgo de Desnutrición. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Nivel de Riesgo de Desnutrición

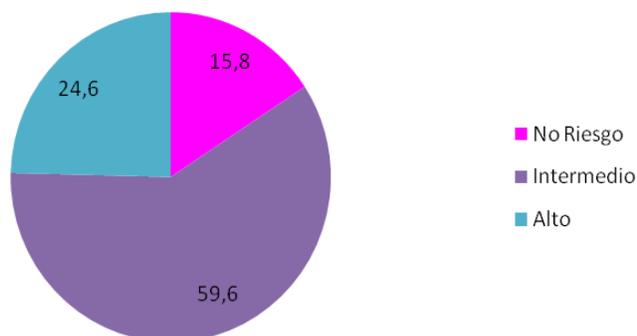


Tabla 2. Nivel de de Desnutrición por Sexo. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Nivel de Riesgo de Desnutrición	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Riesgo	4	12.1	5	20.8	9	15.8
Intermedio	10	30.3	4	16.6	14	59,6
Alto	19	57.6	15	62.5	34	24,6
Total	33	100	24	100	57	100

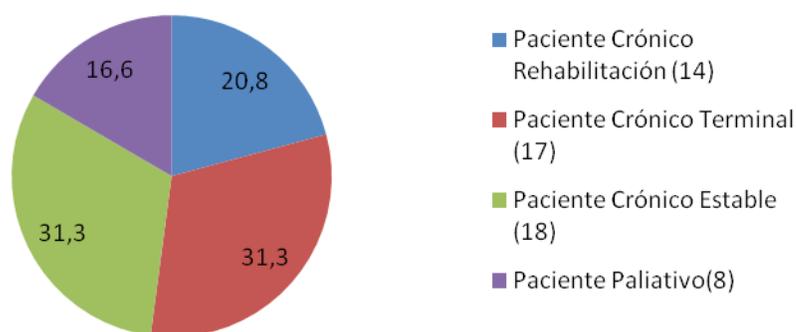
En relación al tipo de paciente se determinó, según se puede observar en la Tabla 3, que todos aquellos pacientes que permanecían en la institución recibiendo cuidados paliativos, se hallaban en riesgo de desnutrición. En la figura 2 se muestra el porcentaje de pacientes que obtuvieron una calificación mayor a 1 en el MUST, de acuerdo a su condición en la institución.

Tabla 3. Riesgo de Desnutrición por Tipo de Paciente con puntuación MUST ≥ 1 . Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Tipo de Paciente	Total	
	Nº	%
Paciente Crónico Rehabilitación (14)	10	20.8
Paciente Crónico Terminal (17)	15	31.3
Paciente Crónico Estable (18)	15	31.3
Paciente Paliativo (8)	8	16.6
Total	48	100

Figura 2. Porcentaje de población con una puntuación MUST ≥ 1 según el tipo de paciente. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Puntaje MUST ≥ 1 (R. de desnutrición) por Tipo de Paciente



De los 17 pacientes que se encontraban en la categoría de Paciente Crónico Terminal, el 88% de ellos obtuvo una calificación en el MUST mayor a 1, es decir, presentan riesgo de desnutrición. En cuanto al sexo, las mujeres en categoría crónico terminal y paliativo padecen más riesgo de desnutrición en comparación con los hombres (Tabla 4).

Tabla 4. Puntaje MUST ≥ 1 (R. Desnutrición) por Sexo por Tipo de Paciente. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Tipo de Paciente	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Paciente Crónico Rehabilitación (14)	5	17.2	5	26.3
Paciente Crónico Terminal (17)	10	41.6	5	26.3
Paciente Crónico Estable (18)	7	24.1	8	42.1
Paciente Paliativo(8)	7	24.1	1	5.3
Total	29	100	19	100

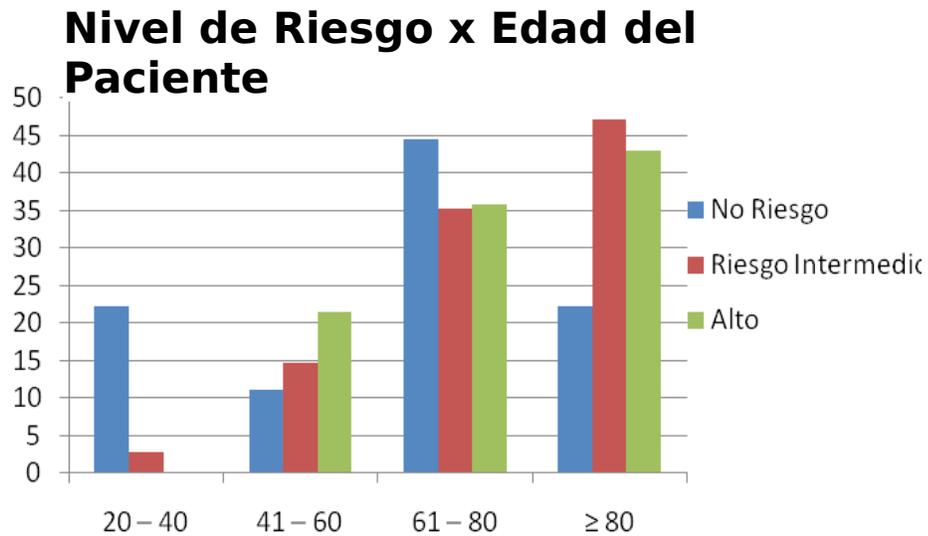
Cuando se analizó el riesgo de desnutrición en relación a la edad, se encontró que existe un alto riesgo en aquellos pacientes ≥ 80 años, alcanzando el 47% de los que se encuentran en esta categoría de riesgo.

Tabla 5. Nivel de Riesgo por Edad de paciente. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Edad Paciente	No riesgo		Intermedio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 – 40	2	22.2	0	0	1	2.9
41 – 60	1	11.1	3	21.4	5	14.7
61 – 80	4	44.5	5	35.7	12	35.3
≥ 80	2	22.2	6	42.9	16	47.0
Total	9	100	14	100	34	100

En la figura 3 se puede observar que de toda la población estudiada, solamente el 15.8 % de los pacientes no presentaba riesgo de desnutrición.

Figura 3. Riesgo de desnutrición según la edad. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.



VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

Es un indicador útil del estado nutricional que permite no sólo la identificación precoz de enfermos con desnutrición que requieren terapia nutricional, sino que también sirve para monitorizar la eficacia de la misma. (Anexo B)

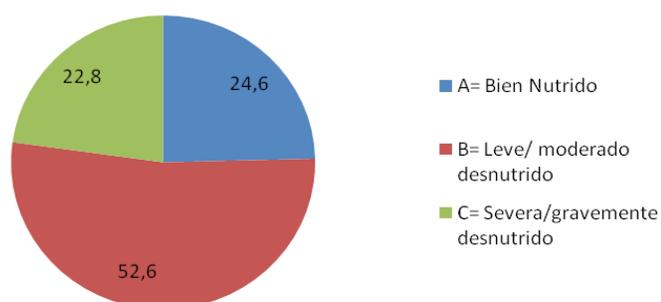
La prevalencia de desnutrición en los pacientes alcanza el 75,45%. De este porcentaje un 52,6% se encuentran en estado desnutrición leve / moderado. Existe relativamente 22,8% de los pacientes que se encuentran en estado de desnutrición severo (Tabla 6 y Figura 4).

Tabla 6. Nivel de Desnutrición Total. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

CLASIFICACION VGS	Nº	%
A= Bien Nutrido	14	24,6
B= Leve/ moderado desnutrido	30	52,6
C= Severa/gravemente desnutrido	13	22,8
Total	57	100,0

Figura 4. Porcentaje del nivel de desnutrición según la VGS. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Nivel de Desnutrición



De un total de 33 pacientes de sexo femenino, 28 pacientes se encuentran en estado de desnutrición, y un 30,3% de ellas en la categoría de desnutrición severa. De 24 pacientes de sexo masculino, 15 de ellos presentan desnutrición, un 50% se encuentra en la categoría de leve a moderado (Tabla 7).

Tabla 7. Nivel de Desnutrición por Sexo según VGS. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010

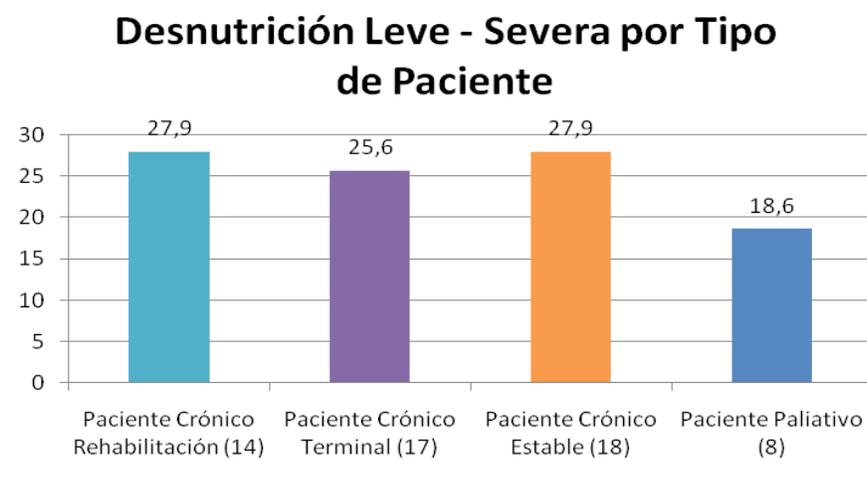
CLASIFICACION DE VGS	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A= Bien Nutrido	5	15,2	9	37,5	14	24,6
B= Leve/ moderado desnutrido	18	54,5	12	50,0	30	52,6
C= Severa/gravemente desnutrido	10	30,3	3	22,8	13	22,8
Total	33	100	24	100	57	100

El 100% de los pacientes en la categoría de paliativos se encuentran en estado de desnutrición. Un 27,9% de los pacientes presentan desnutrición los cuales se encuentran en la categoría de paciente crónico en rehabilitación y crónico estable.

Tabla 8. Nivel de desnutrición leve a severo por tipo de paciente. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Tipo de Paciente	Total	
	Nº	%
Paciente Crónico Rehabilitación (14)	12	27.9
Paciente Crónico Terminal (17)	11	25.6
Paciente Crónico Estable (18)	12	27.9
Paciente Paliativo (8)	8	18.6
Total	43	100

Figura 5. Desnutrición leve a severa según tipo de paciente. Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.



COMENTARIO

A través de MUST, una herramienta estadística altamente probada y utilizada a nivel mundial, la cual tiene como propósito la identificación de los individuos en riesgo de desnutrición de forma rápida, se logró la obtención del nivel de riesgo de desnutrición de los 57 pacientes., de los cuales un 59,6% presentaron un riesgo intermedio de desnutrición y un 24,6% un riesgo alto de desnutrición. Mediante el empleo de la valoración global subjetiva una herramienta más detallada de acuerdo a parámetros de porcentaje de pérdida de peso, patología del paciente, nivel de estrés y sintomatología gástrica del paciente, logra categorizar al paciente de acuerdo a su estado nutricional sea bien nutrido o desnutrición de leve a grave. Se determinó que un 52,6% de los pacientes presentan desnutrición de leve a moderada y un 22% presentan

desnutrición de severa a grave. Según estos resultados, no existe una gran diferencia entre las categorías de riesgo de desnutrición intermedio y desnutrición leve a moderada y riesgo de desnutrición alto y desnutrición severa a grave. Al comparar los datos obtenidos por estas dos herramientas se puede observar que no existe una gran diferencia entre las categorías de riesgo de desnutrición intermedio y riesgo de desnutrición alto y desnutrición severa / grave. No existen mayores estudios que correlacionen estas dos herramientas. Es por ello que al ser la herramienta MUST más corta y práctica en su implementación, debería considerarse como el método inicial para determinar el estado nutricional del paciente al ingreso en la institución. Posteriormente para la identificación del paciente en estado desnutrición se puede utilizar la Valoración Global Subjetiva en el paciente hospitalizado.

OBSTÁCULOS A LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICACIÓN DE OBSTÁCULOS A LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL

De las 40 encuestas que se pensaba recolectar durante el período correspondiente a diciembre 2009 – enero 2010, se obtuvo únicamente una muestra de 28 encuestas completamente llenas, dado que la participación del personal de la Fundación ABEI se debía realizar de manera voluntaria. De ellas, 2 corresponden a los médicos, 8 a personal de enfermería, 3 a personal administrativo y 15 a personal auxiliar. El resto de personal de la institución no firmó la hoja de consentimiento, ni completó las encuestas, por lo que se concluyó que no deseaban participar de esta investigación.

Para los análisis estadísticos se decidió agrupar a médicos y enfermeras como el grupo de “Profesionales” (36%) y personal administrativo y auxiliares como “No Profesionales”(64%), según se observa en la figura 6.

Figura 6. Porcentaje de personal de la Fundación ABEI incluida en la investigación. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.



INFORMACIÓN PREVIA

En base a las respuestas obtenidas a través de las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de nutrición, se pudo determinar, según se observa en la Tabla 9, que en el caso de información previa sobre esta temática, una mayor cantidad de auxiliares y personal administrativo había recibido capacitación en nutrición en comparación con la población de profesionales (66.7% vs 33.3%). Sin embargo, la mayor parte de encuestados no ha recibido ningún tipo de capacitación.

Tabla 9. Población que ha recibido capacitación previa sobre nutrición. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿HA RECIBIDO USTED PREVIAMENTE CAPACITACIÓN SOBRE NUTRICION?						
Profesional	Si	%	No	%	TOTAL	%
No Profesional	4 (66.7%)	22,2	14 (63.6%)	77,8	18 (64.3%)	100,0
Profesional	2 (33.3%)	20,0	8 (36.4%)	80,0	10 (35.7%)	100,0
TOTAL	6 (100%)	21,4	22 (100%)	78,6	28 (100%)	100,0

PRÁCTICAS RUTINARIAS DE NUTRICIÓN

En la Tabla 10 se evidencia que casi la mitad del total de encuestados consideraba que la evaluación del estado nutricional al ingreso del paciente NO era un procedimiento de rutina; el 70% de profesionales estaba de acuerdo con dicha aseveración.

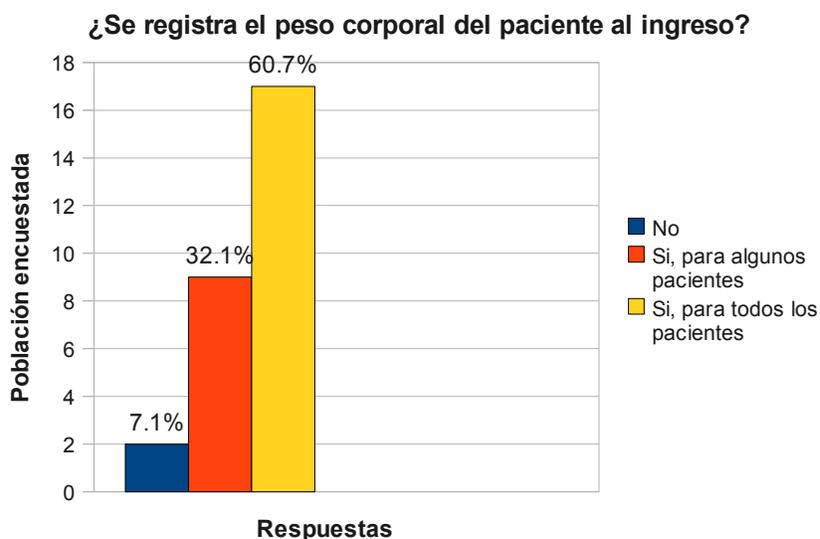
Tabla 10. Evaluación del estado nutricional al ingreso del paciente. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿La evaluación del estado nutricional al ingreso del paciente es un procedimiento de rutina?	Profesional (Med, Enf)*		No Profesional (Aux, Pers. Adm)*		Total (Prof + No Prof)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	7 (70%)	53.80 %	6 (33.3%)	46.2%	13 (46,4%)	100%
Si, para algunos pacientes	2 (20%)	33.3%	4 (22.2%)	66.7%	6 (21,4%)	100%
Si, para todos los pacientes	1 (10%)	11.1%	8 (44.4%)	88.9%	9 (32,1%)	100%
Total	10 (100%)		18 (100%)		28 (100%)	

*Med: médico; Enf: enfermera; Nut: nutricionista; Pers. Adm: personal administrativo; Aux: auxiliar

En cuanto al registro del peso, un 92.8% de la población encuestada señala que SI se registra el peso corporal de ALGUNOS o TODOS los paciente al ingreso (Figura 7).

Figura 7. Registro del peso corporal de los pacientes al ingreso. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.



SU OPINION

En las Tablas 11 y 12 se puede observar que cuando se pidió al personal que opinara sobre varias actividades que deberían realizarse al ingreso del paciente, como el registro del peso y la evaluación de su estado nutricional, toda la población encuestada se expresó a favor de dichas prácticas (Muy de acuerdo o De acuerdo).

Tabla 11. Opinión del personal sobre el registro de peso al ingreso de los pacientes. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Todos los pacientes deben ser pesados al ingreso	N°	%
De acuerdo	4	14,3%
Muy de acuerdo	24	85,7%
Total	28	100,0%

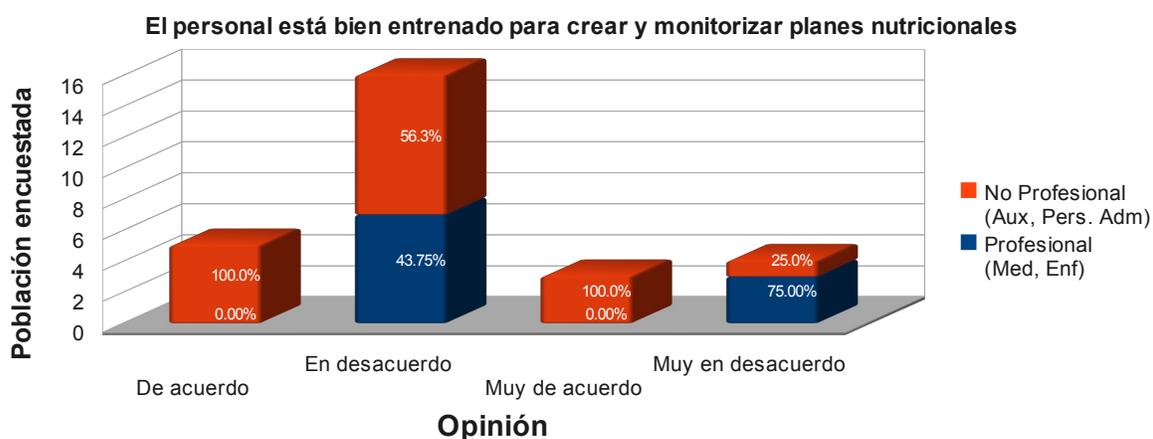
Tabla 12. Opinión del personal sobre la evaluación del estado nutricional de los pacientes al ingreso. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

El estado nutricional de todos los pacientes debe ser evaluado a su ingreso	N°	%
De acuerdo	4	14,3%
Muy de acuerdo	24	85,7%
Total	28	100,0%

Al consultar su opinión sobre la capacidad del personal de la institución para crear y monitorizar planes nutricionales, el 100% de los profesionales encuestados consideró que el

personal de la institución carece de dichas aptitudes (Figura 8) .

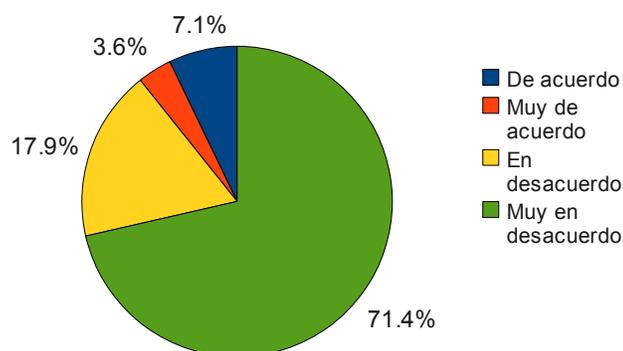
Figura 8. Opinión del personal sobre sus capacidades para crear y monitorizar planes nutricionales. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.



En la figura 9 se puede visualizar que cuando se consultó al personal sobre la disponibilidad de cursos y materiales de capacitación nutricional en la institución, la mayor parte de ellos estuvo de acuerdo que la institución carecía de dichos recursos.

Figura 9. Opinión del personal sobre disponibilidad de cursos y material de capacitación. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Disponibilidad de cursos y materiales de capacitación nutricional en la institución



OBSTÁCULOS PARA LA EVALUACIÓN Y TERAPIA NUTRICIONAL

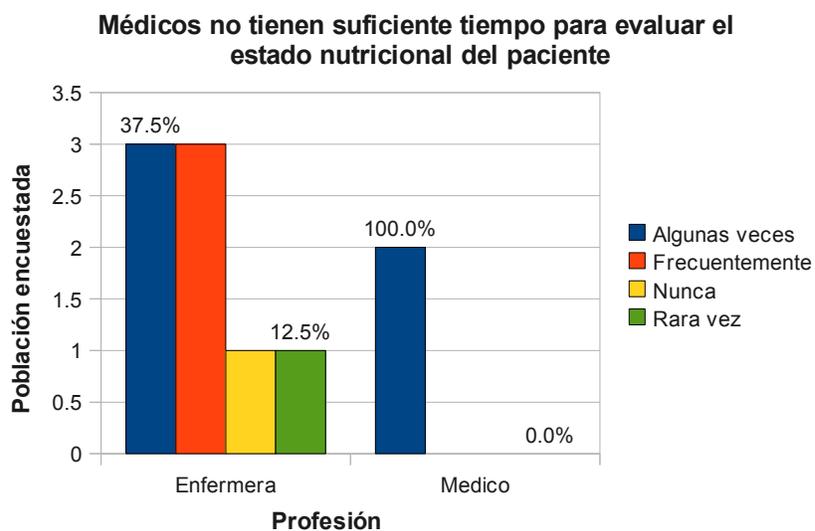
Cuando se trató de determinar cuáles son los obstáculos para que no se realice un análisis del estado nutricional del paciente al ingreso, el 80% de médicos y enfermeras consideró que no se disponía de herramientas y metodología estandarizada en la institución que permitiese medir y monitorizar el estado nutricional de los pacientes.

Tabla 13. Opinión sobre disponibilidad de herramientas y metodologías estandarizadas para medir y monitorizar el estado nutricional. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Las herramientas y la metodología para medir y monitorizar el estado nutricional no están estandarizados en la institución	N°	%
Frecuentemente	8	80,0%
Nunca	2	20,0%
Total	10	100,0%

Asimismo, dicha población, especialmente médicos, consideraba que la limitación del tiempo era otra barrera que impedía realizar una evaluación del estado nutricional de los pacientes del Hospital ABEI (Figura 10).

Figura 10. Opinión sobre disponibilidad de tiempo para evaluar el estado nutricional de los pacientes. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.



En la Tabla 14 se puede observar que la mayor parte del personal profesional consideró que la institución carecía de una política que normatice la evaluación nutricional de los pacientes, y por ello no estaba claramente establecido quién era el responsable de dicha área (Tabla 15).

Tabla 14. Opinión sobre existencia de una política institucional que normatice la evaluación nutricional. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

No existe una política institucional actual que dé normas para la evaluación nutricional	Nº	%
Frecuentemente	8	80%
Nunca	2	20%
Total	10	100.00%

Tabla 15. Opinión sobre falta de determinación del personal responsable del estado nutricional de los pacientes. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿Hay falta de claridad sobre quién es el responsable del estado nutricional del paciente al ingreso?										
Profesional	Algunas veces	%	Frecuentemente	%	Nunca	%	Rara vez	%	TOTAL	%
No Profesional	12)	66,7	3	16,7	1	5,6	2	11,1	18	100,0
Profesional	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
TOTAL	13	46,4	12)	42,9	1	3,6	2	7,1	28	100,0

Cuando se investigó al personal sobre el por qué los pacientes no recibían una terapia nutricional óptima en la institución, aproximadamente el 70% del personal señaló que la institución no disponía de algunas dietas y suplementos dietéticos (Tabla 16).

Tabla 16. Opinión sobre disponibilidad de dietas y suplementos dietéticos en la institución. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿Algunas dietas y suplementos dietéticos no están disponibles en la institución?										
Profesional	Algunas veces	%	Frecuentemente	%	Nunca	%	Rara vez	%	TOTAL	%
NoProfesional	7	38,9	5	27,8	1	5,6	5	27,8	18	100
Profesional	5	50	2	20	0	0	3	30	10	100
TOTAL	12	42,9	7	25	1	3,6	8	28,6	28	100

En las Tablas 17 y 18 se evidencia que más de la mitad del personal consideraba que los horarios para la administración de los alimentos no eran óptimos tanto para ellos como para los pacientes.

Tabla 17. Opinión sobre horarios establecidos para administración de alimentos en función de médicos y pacientes. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Los horarios de las comidas no son óptimos para médicos y pacientes	Nº	%
Algunas veces	7	25,0%
Frecuentemente	9	32,1%
Nunca	7	25,0%
Rara vez	5	17,9%
Total	28	100,0%

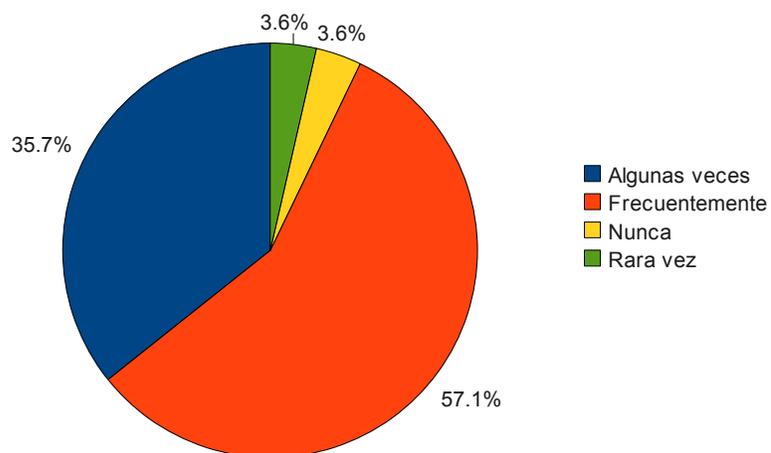
Tabla 17. Opinión sobre horarios establecidos para administración de alimentos en función de enfermeras y auxiliares. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Los horarios de las comidas no son óptimos para ser administrados por el personal de enfermería y/o auxiliares	Nº	%
Algunas veces	4	14,3%
Frecuentemente	10	35,7%
Nunca	7	25,0%
Rara vez	7	25,0%
Total	28	100,0%

Además, como se muestra en la figura 11, la mayor parte del personal afirmaba que en cierto grado la nutrición es un área de poca prioridad en la institución.

Figura 11. Opinión sobre interés de la institución en el área de la nutrición. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿La nutrición es un área de poca prioridad en la institución?



ROLES DEL PERSONAL INSTITUCIONAL

Al investigar sobre la responsabilidad del personal de la institución en la óptima nutrición de los pacientes, la mayor parte de ellos consideró que los médicos y la nutricionista eran los encargados de que ésta se mantenga (Tablas 18 y 19).

Tabla 18. Personal responsable de la óptima nutrición de los pacientes. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿Quién es el responsable de la óptima nutrición de los pacientes?														
Profesional	Med	%	Med, Enf	%	Med, Enf, Nut	%	Med, Enf, Nut, Aux*	%	Med, Nut	%	Nut	%	TOTAL	%
NoProfesional	5	27.8	0	0	1	5.6	1	5.6	2	11.1	9	50	18	100
Profesional	0	0	2	20	0	0	6	60	2	20	0	0	10	100
TOTAL	5	17.9	2	7.1	1	3.6	7	25	4	14.3	9	32.1	28	100

*Med: médico; Enf: enfermera; Nut: nutricionista; Aux: auxiliar

Tabla 19. Personal responsable de iniciar la terapia nutricional. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

¿Quién decide cuando iniciar terapia nutricional?									
Profesional	Medico	%	Medico, Nutricionista	%	Nutricionista	%	TOTAL	%	
NoProfesional	16	88.9	0	0	2	11.1	18	100	
Profesional	7	70	2	20	1	10	10	100	
TOTAL	23	82.1	2	7.1	3	10.7	28	100	

ROL FAMILIAR

Cuando se investigó sobre el rol que la familia desempeña en la alimentación de los pacientes

del Hospital -ABEI, el personal dejó entrever la importancia de ésta en dicha actividad, pues un 75% consideraba que la familia debería estar presente durante la administración de la dieta (Tabla 20) y por ello creían necesario el establecimiento de un horario específico para cada comida (Tabla 21).

Tabla 20. Presencia de la familia durante la administración de la dieta. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Cree usted que la familia debe estar presente al momento de administrar la dieta?	N°	%
A veces	10	35,7%
No	7	25,0%
Si	11	39,3%
Total	28	100,0%

Tabla 21. Implementación de horario específico para la administración de dietas. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Cree que se requiere un horario específico para el momento de la alimentación	N°	%
A veces	2	7,1%
Si	26	92,9%
Total	28	100,0%

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Con la finalidad de determinar conocimientos básicos sobre nutrición, se preguntó a todo el personal información básica en relación al índice de masa corporal (qué es y para que sirve para el grupo de no profesionales y cómo se calcula al grupo de profesionales), observándose que el 71.4% de la población de profesionales y no profesionales desconocen sobre el tema (Tabla 22).

Tabla 22. Conocimientos sobre el índice de masa corporal. Determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional de los pacientes de la Fundación-ABEI durante el período julio 2009 – enero 2010.

Conocimientos sobre el índice de masa corporal								
Profesional	Desconozco	%	No	%	Si	%	TOTAL	%
NoProfesional (Qué es y para qué sirve)	5	27.8	7	38.9	6	33.3	18	100
Profesional (Cómo se calcula)	8	80	0	0	2	20	10	100
TOTAL	13	46.4	7	25	80	28.6	28	100

DISCUSIÓN

PREVALENCIA Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN

El presente estudio tenía como finalidad la determinación del nivel de riesgo de desnutrición a través de la herramienta MUST. Los resultados arrojados reflejaron que un 84,2 % de los pacientes presentaban riesgo de desnutrición, alcanzando el 59,6% de ellos un riesgo intermedio (Figura 1). Llama mucho la atención la gran cantidad de pacientes que se encuentran en riesgo; de aquí la importancia de una intervención temprana, que evite que el 15,8% que se encuentra bien nutrido, alcance alguno de estos niveles y en los otros casos progrese hacia un estado más crítico. Este alto porcentaje de riesgo de desnutrición está muy por encima de los valores encontrados en diversos estudios. En la investigación llevada a cabo en el Hospital Carlos Andrade Marín, donde se evaluó el riesgo de desnutrición mediante el empleo de la herramienta MUST se evidenció que un 53,1% se encuentra en riesgo de desnutrición¹⁰. La diferencia entre estos resultados y los hallados en el presente estudio podrían explicarse por las características de los pacientes que acoge la Fundación ABEI, puesto que se trata de pacientes crónicos en tratamiento paliativo. Es importante resaltar además que el tamaño de la muestra utilizada en la investigación fue demasiado pequeña en comparación con la muestra del estudio aquí citado (57 vs 262)¹⁰.

Al tratar de establecer la prevalencia de desnutrición mediante el empleo de la Valoración Global Subjetiva se encontró que un 75,4% de los pacientes se encontraba en estado de desnutrición, de los cuales un 52,6% correspondían a desnutrición de leve a moderada (Tabla 6). Estos resultados revelan que la intervención nutricional implementada por la institución no

ha sido lo suficientemente eficaz, ya que aquellos pacientes que se encuentran en niveles de riesgo están llegando a la desnutrición. Es alarmante que el 22,8% de esta población se encontrara severamente desnutrida, dado que por su condición clínica de base, son muy susceptibles a desarrollar cualquier tipo de complicación.

Al comparar los datos obtenidos por estas dos herramientas se puede observar que no existe una gran diferencia entre las categorías de riesgo de desnutrición intermedio y desnutrición intermedia y riesgo de desnutrición alto y desnutrición severa / grave. No existen mayores estudios que correlacionen estas dos herramientas. Sin embargo, según lo reportado por Stratton R y cols, la prevalencia de desnutrición, en una población hospitalaria de Estados Unidos, con el empleo del MUST fue muy similar a lo encontrado con otras herramientas como la VGS (Valoración Global Subjetiva), MNA (Mini Nutritional Assesment), NRS (Nutrition Risk Score), etc. (entre 19 – 60% para el MUST y 19 – 65% para las otras herramientas). Además determinaron que el 72% de la población aquí estudiada fue clasificada en la misma categoría utilizando MUST y VGS²⁵. En un estudio publicado por Barbosa y col en el 2006, en el que se evaluaba las indicaciones y limitaciones de esta herramienta, establecieron que la VGS, como un método de tamizaje, identifica mejor la desnutrición establecida que el riesgo de desnutrición pues su sensibilidad está bajo los niveles óptimos¹.

Es por ello que al ser la herramienta MUST más corta y práctica en su implementación, debería considerarse como el método inicial para determinar el estado nutricional del paciente al ingreso en la institución.

ÓBSTÁCULOS A LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL

En el presente estudio se muestra además la preocupación por determinar cuáles son las barreras que limitan la evaluación nutricional de los pacientes del Hospital- ABEI, mediante la aplicación de un cuestionario que recoge una serie de ítems que permiten conocer cuáles son los obstáculos para una correcta determinación del estado nutricional, y la entrevista a informantes clave de la institución. Aunque la población incluida en la investigación (Figura 6) fue mucho menor a la esperada, las respuestas que se obtuvieron de ella permiten visualizar los niveles a los cuales se podría realizar una intervención que contribuya al mejoramiento del estado nutricional de los pacientes que se encuentran en esta institución. El poco interés del personal de la institución en el tema de la nutrición podría ser un reflejo de la falta de conocimientos sobre los alcances de esta temática en la salud de los pacientes. El 78,6% de los encuestados manifestó nunca haber recibido capacitación sobre nutrición, especialmente en el grupo conformado por médicos y enfermeras. Estos datos podrían confirmarse si se tiene en cuenta que la mayor parte de enfermeras que se encuentran laborando en esta institución egresó de la universidad hace muchos años atrás. En la entrevista realizada a una enfermera con 20 años de experiencia laboral, se pudo conocer que en el pensum de su época no se trataba esta temática desde el punto de vista actual, por lo que ésta consideraba a la ignorancia como uno de los principales obstáculos de la evaluación y manejo nutricional (Figura 8 y Tabla 22).

Además se pudo entrever que la falta de coordinación del equipo terapéutico de la institución, no permite un desempeño eficiente, ya que muchos de ellos desconocen sus responsabilidades y las de sus compañeros de trabajo (Tabla 15). Esto conlleva a que procedimientos de rutina

como el registro del peso y la evaluación del estado nutricional, no se lleven a cabo según lo establecido. De la información obtenida a través de la entrevista a un médico se conoció que el registro del peso de los pacientes y la evaluación del estado nutricional, si eran procedimientos de rutina que se lo realizaba, en el caso del peso, semanalmente para ciertos pacientes, pero que era difícilmente cumplido ya sea por las condiciones de los pacientes o la escasez de tiempo del personal. El Consejo de Europa reunido en el 2001 para hacer frente al problema de la atención nutricional y desnutrición en los hospitales europeos, concluyó que a más de no existir una herramienta única que permita valorar el estado nutricional de un paciente, la falta de tiempo y de coordinación entre los diferentes estamentos de los hospitales, contribuye en gran parte al incremento de esta problemática²⁴.

Asimismo se pudo determinar que el personal de la institución se siente impotente en ciertas ocasiones por la carencia de herramientas, suplementos dietéticos y recursos que permitan administrar una terapia nutricional adecuada para cada paciente. El representante del personal administrativo de la institución manifestó que se encuentran concientes de dicha realidad, puesto que su consecución implica grandes inversiones de dinero, así que muchas veces deben recurrir a los familiares de los pacientes para la obtención de ellos.

Cabe recalcar que la mayor parte del personal de la institución considera como positivo el involucramiento de la familia en la administración de las dietas, pues a más del beneficio para el paciente, constituirían un instrumento eficaz que, en ciertos casos, permitiría una mejor administración de las comidas.

Según los datos arrojados por el estudio llevado a cabo en en el Hospital Carlos Andrade

Marín de la ciudad de Quito, los autores Freire, Sheridan y cols coinciden en que las barreras para una adecuada evaluación del estado nutricional de los pacientes hospitalizados radican en una ausencia de comunicación, motivación y conocimiento, que conlleva a una separación de la nutrición del cuidado médico¹⁰.

Por tanto, es evidente que la falta de protocolos establecidos para la evaluación nutricional del paciente, influye directamente en la visión del personal sobre el tema de la nutrición.

CONCLUSIONES / RECOMENDACIONES

La evaluación nutricional, identificación temprana de riesgo de desnutrición y una adecuada intervención oportuna, no sólo evitan que la condición de un paciente se complique durante su estancia hospitalaria, sino que además contribuye a un ahorro significativo de recursos.

Los hallazgos de este estudio pueden ser válidos para otras instituciones que se dedican al cuidado del paciente paliativo, sobre todo para implementar un mejor control del estado nutricional. Es por ello que el uso de herramientas como MUST o la Valoración Global Subjetiva deberían integrarse al examen físico que se realiza al ingreso del paciente, de esta manera se realizaría una identificación temprana de desnutrición.

Tomando en cuenta la estrecha relación que existe entre el estado nutricional del paciente y el riesgo de complicaciones, todas las instituciones de salud deben contemplar como una de sus políticas prioritarias, la creación de un programa serio de evaluación nutricional de los pacientes. Dicho programa deberá incluir a todos los estamentos que rodean al paciente, pues de ellos depende en gran parte el éxito del mismo. En el presente estudio se pudo establecer que uno de los principales obstáculos a la evaluación nutricional consistía en la falta de preparación del equipo terapéutico (médico, enfermera, nutricionista, auxiliar), que manifestó no sentirse apto para monitorizar y evaluar el estado nutricional de los pacientes. Estableciendo programas de educación continua que no sólo impartan conocimientos, sino que concienticen al personal sobre la importancia de dicho tema en la salud de los pacientes de la institución, se podrá garantizar un enfoque integral del paciente. La carencia de recursos, no sólo económicos sino humanos, hace urgente una autoevaluación a nivel institucional, pues a

más de la implementación de la evaluación nutricional del paciente como una política institucional, es prioritario una re-organización y coordinación de actividades entre los miembros del equipo terapéutico, con la finalidad de establecer responsabilidades, de manera tal que se pueda exigir y controlar el cumplimiento de las mismas, que a la larga permitirá una optimización del trabajo del personal de la Fundación ABEI. Se sugiere además una mayor participación del departamento de nutrición en la toma de decisiones en cuanto a la terapéutica nutricional, a través de una mejor comunicación entre este departamento y el departamento médico.

Aunque esta problemática ha sido pobremente estudiada en el país, los hallazgos de este estudio coinciden con los encontrados por Freire, Sheridan y cols en el Hospital Carlos Andrade Marín, por lo que, pese a tratarse de un estudio a menor escala, los datos aquí expuestos reflejan una visión de la situación nutricional actual de los pacientes hospitalizados, poniendo de manifiesto la necesidad de una evaluación efectiva del estado nutricional al ingreso del paciente, y el monitoreo del mismo durante el tiempo de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barbosa-Silva M, Barros A. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*: May 2006 - Volume 9 - Issue 3 - p 263-269
- 2 Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C. Programa de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica del paciente hospitalizado. *Rev Cubana Aliment Nutr*.1999;13:137-44.
- 3 Barreto Penié J.: State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005;21:487-497.
- 4 Bistran BR, Sherman M, Blackburn GL, et al. Cellular immunity in adult marasmus. *Arch Intern Med* 1977;137:1408-11
- 5 Brozek J. Effects of generalised malnutrition on personality. *Nutrition* 1990; 6:389-95
- 6 Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr*. 2003;22:235-9
- 7 Correia MI, Campos ACL, for the ELAN Cooperative Study. Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003; 19:823-825.
- 8 Deitch EA, Winterton J, Li M, Berg R. The gut as a portal of entry for bacteremia: role of protein malnutrition. *Ann Surg* 1987;205: 681-90
- 9 Donna G Grigsby, MD, Harohalli R Shashidhar. Malnutrition. *Emedicine from WebMD* <http://www.emedicine.com/ped/topic1360.htm>
- 10 Freire W, Sheridan E, Fierro J, Silva M, Rodas F. Evaluación Nutricional de pacientes hospitalizados. Factores que limitan una adecuada evaluación y manejo nutricional del

paciente hospitalizado en el Carlos Andrade Marín. Instituto de Investigación en Salud y Nutrición. Universidad San Francisco de Quito.

- 11 Galván L. Valoración Global Subjetiva (VGS). Universidad Nacional Autónoma de México, Red de Comunicación e Integración Biomédica. 2009, pp. 1-5
- 12 Gomez-Candela, C. et al. Valoración global subjetiva en el paciente neoplásico. *Nutr. Hosp.* [online]. 2003, vol.18, n.6 [citado 2009-11-05], pp. 353-357 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000600006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0212-1611
- 13 Heymsfield SB, Bethel RA, Ansley JD, Gibbs DM, Felner JM, Nutter DO. Cardiac abnormalities in cachectic patients before and during nutritional repletion. *Am Heart J* 1978;95:584-94
- 14 Holmes R, MacChiano K, Jhangiani SS, Agarwal NR, Savino JR. Nutritional know-how. Combating pressure sores-nutritionally. *Am J Nursing* 1987;87:1301-3
- 15 Keys A, Brozek J, Henschel A, Michelsen O, Taylor HL. In: *The Biology of Human Starvation*, Vol. 2. Minneapolis MN: University of Minnesota Press, 1950:819-918.
- 16 Lobo G, Ruiz MD, Pérez de la Cruz AJ. Desnutrición Hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. *Medicina Clínica*. 2009; 132(10): 377-84
- 17 Monti G. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2008; 121(4): 25 – 28
- 18 Naber THJ, Schermer T, Dbree A, et al. Prevalence of malnutrition in non surgical hospitalized patients and its association with disease complication. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1997.
- 19 O'Flynn J, Peake H, Hickson M, Foster D, Frost G. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: results from three consecutive cross-sectional studies. *Clin Nutr.* 2005 Dec;24(6):1078-88
- 20 Pearson JM, Schlettwein-Gsell D, van Staveren WA, et al. Life style characteristics

- associated with nutritional risk in elderly subjects. *JNutritional Health Aging* 2001 278-83.
- 21 Robinson G, Goldstein M, Levine GM.: Impact of nutritional status on DRG length of stay. *JPEN* 1987;11:49-51.
 - 22 Russell C. The impact of malnutrition on health care cost and economic considerations for the use of oral nutritional supplements. *Clinical Nutrition Supplements* 2007; Vol 2 Issue 1: 25-32
 - 23 Stratton RJ, Marinos Elia M. Deprivation linked to malnutrition risk and mortality in hospital. *Br J Nutr.* 2006;96:870–6.
 - 24 Stratton RJ, King CL, Stroud MA, Jackson AA, Elia M. “Malnutrition Universal Screening Tool” predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *Br J Nutr.* 2006;95:325–30.
 - 25 Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, King C, Elia M. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the ‘malnutrition universal screening tool’ (‘MUST’) for adults. *British Journal of Nutrition* (2004), 92, 799–808
 - 26 Sandars J. The importance of nutrition in elderly: evidence based approach. *GeriatricMed* 2002; 35-38.
 - 27 Ulíbarri J, Gonzalez-Madroño A, Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr. Hosp.* (2002) 17 (4) 179-188
 - 28 Villalobos Gámez JL, García-Almeida JM, Guzmán de Damas JM, Rioja Vázquez R, Osorio Fernández D, Rodríguez-García LM, del Río Mata J, Ortiz García C, Gutiérrez-Bedmar M. Proceso INFORNUTs: validación de la fase de filtro —FILNUT— y comparación con otros métodos de detección precoz de desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2006;21: 491–504.
 - 29 Windsor JA, Hill GL. Risk factors for post-operative pneumonia: the importance of protein depletion. *Ann Surg* 1988;208:209-14

- 30 Wyszynski DF, Perman M, Crivelli A.: Prevalence of Hospital Malnutrition in Argentina: Preliminary Results of a Population-Based Study. *Nutrition* 2003;19:115-119.
- 31 World Health Organization. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva,1999.

ANEXOS

ANEXO A

Formulario de la Valoración Nutricional del Paciente - MUST

Formulario de la Valoración Nutricional del Paciente
Estudio del Estado Nutricional de los Pacientes en ABEI

Entrevistador: Registrar toda la información solicitada. El cuadro en sombra será utilizado como referencia durante la entrevista. Los otros datos (del 1 al 20) se ingresarán a la base de datos.

1. Paciente número:

2.- Género: Masculino 0 Femenino 1

3. Fecha de nacimiento:
 día mes año

4. Edad: años meses

5. Estado civil: Soltero(a) 0 Casado(a) 1 Divorciado(a) 2 Unión libre 3 Viudo(a) 4

6. Ocupación: Activo(a) 0 Jubilado(a) 1

7. Años completos de educación: (0,1,2,3 etc.)

8. Peso kilos

9. Talla metros

10. IMC

11. Puntaje Paso 1: (0,1, o 2)

12. Peso actual kilos

13. Peso usual/anterior kilos

14. % de pérdida de peso %

15. Puntaje Paso 2 0,1, o 2

16. Efecto de enfermedad: 0 o 2

17. Puntaje Paso 3 0 o 2

18. Puntaje MUST final
 (11 + 15 + 17)

19. Nivel de Riesgo: Bajo 0 Intermedio 1 Alto 2

Referencias/ Puntaje MUST

PASO 1: Índice de Masa Corporal

>20 (>30 Obeso) = 0
 18.5 - 20 = 1
 < 18.5 = 2

PASO 2: Porcentaje de Pérdida de Peso

< 5% = 0
 5% - 10% = 1
 > 10% = 2

PASO 3: Efectos de la enfermedad actual

No = 0
 Sí = 2

NIVEL DE RIESGO GLOBAL (paso 1 + paso 2 + paso 3)

Bajo = 0
 Intermedio = 1
 Alto = 2 o más

ANEXO B

Valoración Global Subjetiva

Seleccione la categoría apropiada con una marca, o un valor numérico donde esté indicado con #.

A) Antecedentes

1. Cambio de peso

Perdida general en los pasados seis meses: cantidad= # _____ kg.: % de pérdida= # _____
Cambios en las dos últimas semanas: _____ incremento _____ sin cambio, _____ disminución.

2. Cambio de la ingesta dietética (relación a lo normal)

_____ Sin Cambios

_____ Cambios

_____ duración = # _____ semanas

_____ Tipo:

_____ dieta sólida subóptima _____ dieta

líquida

_____ Líquidos hipocalóricos:, _____ inanición

3. Síntomas gastrointestinales (duran > 2 semanas)

_____ ninguno, _____ náusea, _____ vómito, _____ diarrea, _____ anorexia

4. Capacidad funcional

_____ Sin disfunción

_____ Disfunción

_____ duración = # _____ semanas

_____ Tipo:

_____ trabajando subóptimamente

_____ Ambulatorio

_____ en sillón

_____ En cama

5. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales

Diagnóstico Primario _____

Demandas Metabólicas (estrés) _____ sin estrés _____ estrés leve

_____ estrés moderado _____ estrés alto.

B) Física (especifique: 0= normal, 1+= leve, 2+= moderada, 3+= intensa)

_____ pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)

_____ atrofia muscular (cuadriceps, deltoides)

_____ edema en tobillo

_____ edema sacro

_____ ascitis

C) Clasificación VSG (seleccione una)

_____ A = bien nutrido

_____ B = leve/ moderado

_____ C = severa /gravemente desnutrido

ANEXO C**Datos y Tablas para la Cuantificación de Valoración Global Subjetiva**

Tabla 23.- Cuantificación de la Pérdida de Peso	
Pérdida de peso	Puntuación
Ausencia de Pérdidas	1
Pérdidas < 5%	2
Pérdidas \geq 5% - < 10%	3
Pérdidas \geq 10% - < 15%	4
Pérdidas \geq 15%	5

Tabla 24.- Cambios en la ingesta dietética	
Cambios en la ingesta	Puntuación
- Sin cambios en ingesta	1
- Cambios leves en ingesta - Dieta sólida	2
- Cambios moderados en ingesta - Dieta líquida	3
- Cambios severos - Dieta líquida hipocalórica	3
- Cambios muy severos en ingesta - Inanición	5

Tabla 25.- Cuantificación Grado de Estrés	
Nivel de estrés	Puntuación
No existe estrés	1
Estrés leve Cirugía no complicada Infección controlada Fracturas Simples	2
Estrés moderado Sepsis Politraumatismo	3
Estrés severo Cancer + quimio/radioterapia	4
Estrés muy severo Quemaduras	5

Tabla 26.- Cuantificación de la Enfermedad- Sumatoria total de cada uno	
Enfermedad	Puntuación
Cáncer	1
Caquexia	1
SIDA	1
Úlcera x decúbito, herida abierta, fistula	1
Edad superior a 65 años	1

Tabla 27. Reconocimiento Físico	
Déficit	Puntuación
Sin Déficit	1
Déficit leve	2
Déficit moderado	3
Déficit severo	4
Déficit muy severo	5

Tabla 28. Clasificación Nutricional Final		Categoría VSG
Bien Nutrido	≤ 10 puntos	A
Desnutrición leve	11 – 17 puntos	B
Desnutrición moderada	18 – 24 puntos	B
Déficit severo	25 – 30 puntos	C
Déficit muy severo	≥ 30 puntos	C

ANEXO D**Cuestionario para Médicos/Enfermeras de la Fundación ABEI – Amigos Benefactores De Enfermos Incurables****Sección 1: Información Previa**

1. Tiempo de trabajo en la institución:
2. Ha recibido usted previamente capacitación sobre nutrición? Si No
3. De ser así, indique usted:
- a) Lugar donde recibió la última capacitación: _____
- b) ¿Hace cuánto tiempo recibió dicha capacitación? _____
- c) Número de veces que ha recibido capacitación en un año: _____

Sección 2: Prácticas rutinarias de nutrición (Indique si las siguientes prácticas se realizan. Seleccione una de las casillas para cada pregunta y de su respuesta en función de todos los pacientes y no sólo de algunos de ellos.)

	No pacientes	Sí, para <u>algunos</u> pacientes	Sí, para <u>todos</u> los
1. ¿La evaluación del estado nutricional al ingreso del paciente es un procedimiento de rutina?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Se registra el peso corporal del paciente al ingreso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Se registra el peso corporal del paciente durante su estancia institucional y al dar el alta?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. ¿Es un proceso de rutina el monitoreo nutricional durante la estancia institucional del paciente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. ¿Se usa la terapia nutricional específica para los pacientes con déficit nutricional ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. ¿Se administra colaciones / bebidas suplementarias adicionales entre comidas a pacientes con déficit nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. ¿Se tiene un registro específico para dieta - porción administrada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. ¿Es rutina el calcular el nivel energético deseado para el paciente en 24 horas, antes de prescribir la terapia nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. ¿La historia clínica posee un instrumento específico de una evolución de la mejoría nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. ¿Registran las historias clínicas la duración de terapia nutricional que recibe el paciente durante	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

su institucionalización?

11. ¿, En las órdenes del alta se incluyen planes y prescripciones nutricionales ? 0 1 2
12. ¿Reciben los pacientes o sus familiares consejos nutricionales al momento del alta ? 0 1 2

Sección 3: Su opinión: (Indique su reacción a cada afirmación: Muy de acuerdo, De acuerdo, Desacuerdo, Muy en desacuerdo. Chequee sólo un casillero para cada afirmación.)

en	Muy de	En	Muy
	Acuerdo	De Acuerdo	Desacuerdo
Desacuerdo			
1. El estado nutricional de todos los pacientes debe ser evaluado a su ingreso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2. El estado nutricional de todos los pacientes debe ser evaluado durante su institucionalización al menos 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. Todos los pacientes deben ser pesados a su ingreso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. Todos los pacientes deben ser pesados con intervalos fijos durante su estancia institucional y al dar el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. El cálculo de los requerimientos energéticos debe ser hecho siempre antes de iniciar terapia nutricional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6. Las prescripciones nutricionales deben ser incluidas en las historias clínicas a dar el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
7. Los pacientes en riesgo nutricional deben recibir recomendaciones al momento de dar el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
8. El personal en general está bien entrenado para crear y monitorizar planes nutricionales para pacientes mal nutridos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
9. Debería existir seguimiento sobre el estado nutricional de los pacientes después de darles el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
10. Hay adecuados cursos y materiales de capacitación nutricional disponibles en el hospital.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Sección 4: Barreras para la evaluación y terapia nutricional (Indique si usted piensa que la siguientes barreras para la evaluación y terapia nutricional ocurren en la institución – Frecuentemente, Algunas veces, Rara vez, o Nunca. Chequee sólo un casillero para cada afirmación.)

El estado nutricional del paciente no es medido al ingreso a la institución porque:

	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Los médicos no están entrenados para medir y monitorizar el riesgo nutricional y tratarlo adecuadamente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Las herramientas y la metodología para medir y monitorizar el estado nutricional no están estandarizados en la institución.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Médicos no tienen suficiente tiempo durante el ingreso del paciente para evaluar el estado nutricional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. No existe una política institucional actual que dé normas para la evaluación nutricional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Los médicos creen que su habilidad para mejorar el estado nutricional del paciente está limitado por los recursos existentes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Hay falta de claridad sobre quién es responsable del estado nutricional del paciente al ingreso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Los pacientes no reciben terapia nutricional óptima en la institución porque:

	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
7. Algunas dietas y suplementos dietéticos no están disponibles en la institución.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Los médicos no son motivados a usar ciertas formas de soporte nutricional (Ej.: colaciones, nutrición enteral, suplementos) debido a su alto costo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. El personal de la cocina no cuenta con los recursos para realizar varias dietas especializadas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Las enfermeras y/o nutricionista no están entrenadas para formar parte de un equipo de monitoreo nutricional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Hay falta de claridad sobre quien está encargada del monitoreo del estado nutricional del paciente durante su estancia institucional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. El cumplimiento de la terapia nutricional de los pacientes es baja debido a que problemas en deglución, apetito, náusea etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Los horarios de las comidas no son óptimos para médicos y pacientes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

14. Los horarios de las comidas no son óptimos para ser administrados por el personal de enfermería y/o auxiliares 0 1 2 3
15. El número de pacientes es muy grande para adecuar un plan nutricional para cada paciente. 0 1 2 3
16. La nutrición es un área de poca prioridad para la institución 0 1 2 3

Sección 5: Roles del Staff hospitalario (Indique responsabilidad; usted puede chequear más de un casillero.)

	Medicos	Enfermeras	Nutricionista	Auxiliar	Personal administrat
1. ¿Quién es el responsable de la óptima nutrición de los pacientes ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. ¿Quién realiza recomendaciones para dieta y nutrición de los pacientes ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. ¿Quién decide qué dietas, colaciones, productos de nutrición enteral u otras formas de terapia nutricional deben ser adquiridos para uso institucional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. ¿Quién decide cuando iniciar terapia nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. ¿Quién es el responsable de la valoración nutricional del paciente al ingreso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. ¿Quién realiza la consejería nutricional en los pacientes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Sección 5.1: Rol Familiar (Por favor conteste el siguiente cuestionario. Chequee el casillero para: Sí, No o A veces.)

	Sí	No	A veces
1.- ¿Cree usted que la familia debe estar presente al momento de administrar la dieta?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.- El familiar se encarga de la administración de la dieta durante la estancia en la institución.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.- ¿Cree que se requiere un horario específico para el momento de la alimentación?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Sección 6: Información nutricional (Por favor conteste el siguiente cuestionario. Chequee el casillero para: Sí, No o Desconozco.)

	Sí	No	Desconozco
1. El índice de masa corporal (IMC) se calcula de la siguiente forma: Peso (Kg) / talla (m) ² .	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Un paciente con IMC de 18 es clasificado como mal nutrido.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. La efectividad de la terapia nutricional ha sido clínicamente probada en: a. Reduce la estancia institucional	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

- | | | | | |
|-----|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| b. | Reduce la necesidad de analgésicos | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. | Incrementa la satisfacción del paciente | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. | Reduce la tasa de infecciones | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. | ¿Un paciente que ha perdido el 5% de su peso usual en los últimos tres meses se clasifica como mal nutrido? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5. | ¿Es usted capaz de identificar con alguna herramienta o algún método específico de valoración del estado nutricional? (Conteste sí o no.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 6.- | ¿Son estas preguntas relevantes para usted? (Conteste sí o no.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | |

ANEXO E**Cuestionario para Auxiliares/Personal Administrativo de la Fundación ABEI – Amigos Benefactores De Enfermos Incurables****Sección 1: Información Previa**4. Tiempo de trabajo en la institución: 5. Ha recibido usted previamente capacitación sobre nutrición? Si No

6. De ser así, indique usted:

a) Lugar donde recibió la última capacitación: _____

b) ¿Hace cuánto tiempo recibió dicha capacitación? _____

c) Número de veces que ha recibido capacitación en un año: _____

Sección 2: Prácticas rutinarias de nutrición (Indique si las siguientes prácticas se realizan. Seleccione una de las casillas para cada pregunta y de su respuesta en función de todos los pacientes y no sólo de algunos de ellos.)

	No pacientes	Sí, para <u>algunos</u> pacientes	Sí, para <u>todos</u> los
1. ¿La evaluación del estado nutricional al ingreso del paciente es un procedimiento de rutina?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Se registra el peso corporal del paciente al ingreso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Se registra el peso corporal del paciente durante su estancia institucional y al dar el alta?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. ¿Es un proceso de rutina el monitoreo nutricional durante la estancia institucional del paciente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. ¿Se da una dieta específica para cada paciente según sus necesidades ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. ¿Se administra colaciones / bebidas suplementarias adicionales entre comidas a pacientes con déficit nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. ¿Se tiene un registro específico para dieta - porción administrada?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. ¿Conoce ud. Si en la historia clínica se registra una dieta específica para cada paciente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. ¿La historia clínica posee un instrumento específico de una evolución de la mejoría nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Sección 3: Su opinión: (Indique su reacción a cada afirmación: Muy de acuerdo, De acuerdo, Desacuerdo, Muy en desacuerdo. Chequee sólo un casillero para cada afirmación.)

en	Muy de		En	Muy
	Acuerdo	De Acuerdo	Desacuerdo	
Desacuerdo				
1. El estado nutricional de todos los pacientes debe ser evaluado a su ingreso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. El estado nutricional de todos los pacientes debe ser evaluado durante su institucionalización al menos 2 veces por semana.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Todos los pacientes deben ser pesados a su ingreso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Todos los pacientes deben ser pesados con intervalos fijos durante su estancia institucional y al dar el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. El cálculo de los requerimientos energéticos debe ser hecho siempre antes de iniciar terapia nutricional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Las prescripciones nutricionales deben ser incluidas en las historias clínicas a dar el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Los pacientes en riesgo nutricional deben recibir recomendaciones al momento de dar el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. El personal en general está bien entrenado para crear y controlar la dieta de pacientes mal nutridos.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Debería existir seguimiento sobre el estado nutricional de los pacientes después de darles el alta.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Hay adecuados cursos y materiales de capacitación nutricional disponibles en la institución	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Sección 4: Barreras para la evaluación y terapia nutricional (Indique si usted piensa que la siguientes barreras para la evaluación y terapia nutricional ocurren en la institución – Frecuentemente, Algunas veces, Rara vez, o Nunca. Chequee sólo un casillero para cada afirmación.)

El estado nutricional del paciente no es medido al ingreso a la institución porque:

	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Hay falta de claridad sobre quién es responsable del estado nutricional del paciente al ingreso.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Los pacientes no reciben terapia nutricional óptima

en la institución porque:

	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
2. Algunas dietas y suplementos dietéticos no están disponibles en la institución.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. El personal de la cocina no cuenta con los recursos para realizar varias dietas especializadas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Hay falta de claridad sobre quien está encargada del monitoreo del estado nutricional del paciente durante su estancia institucional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. El cumplimiento de la terapia nutricional de los pacientes es baja debido a que problemas en deglución, apetito, náusea etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Los horarios de las comidas no son óptimos para médicos y pacientes.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Los horarios de las comidas no son óptimos para ser administrados por el personal de enfermería y/o auxiliares	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. El número de pacientes es muy grande para adecuar un plan nutricional para cada paciente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. La nutrición es un área de poca prioridad para la institución	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Sección 5: Roles del Staff hospitalario (Indique responsabilidad; usted puede chequear más de un casillero.)

	Medicos	Enfermeras	Nutricionista	Auxiliar	Personal administra
1. ¿Quién es el responsable de la óptima nutrición de los pacientes ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. ¿Quién realiza recomendaciones para dieta y nutrición de los pacientes ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. ¿Quién decide qué dietas, colaciones, productos de nutrición enteral u otras formas de terapia nutricional deben ser adquiridos para uso institucional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. ¿Quién decide cuando iniciar terapia nutricional?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. ¿Quién es el responsable de la valoración nutricional del paciente al ingreso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. ¿Quién realiza la consejería nutricional en los pacientes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Sección 5.1: Rol Familiar (Por favor conteste el siguiente cuestionario. Chequee el casillero para: Sí, No o A veces.)

	Sí	No	A veces
1.- ¿Cree usted que la familia debe estar presente al momento de administrar la dieta?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

2.- El familiar se encarga de la administración de la dieta durante la estancia en la institución. 0 1 2

3.- ¿Cree que se requiere un horario específico para el momento de la alimentación? 0 1 2

Sección 6: Información nutricional (Por favor conteste el siguiente cuestionario. Marque el casillero para: Sí, No o Desconozco.)

- | | Sí | No | Desconozco |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Conoce ud. qué es el índice de masa corporal (IMC) y para qué sirve: | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Conoce ud. si una dieta adecuada consigue: | | | |
| a. Reducir los días de institucionalización | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Reduce la cantidad de medicamentos | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Aumentar la satisfacción del paciente | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Reducir las complicaciones | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. ¿Sabe ud. como determinar si un paciente se encuentra mal nutrido?
(Conteste sí o no.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 4. De contestar si, indique qué método conoce: _____ | | | |
| 5. ¿Son estas preguntas relevantes para usted? (Conteste sí o no.) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | |

ANEXO F

Guía de Entrevista para Personal del Hospital ABEI

Sexo:

Profesión:

Años de experiencia laboral en la profesión:

Sección I: Papel en la Práctica Nutricional

- Describa su trabajo
- ¿Cuál es su papel en la nutrición de los pacientes?
- ¿Cómo maneja el hospital el estado nutricional del paciente?

Sección II: Prácticas Rutinarias para la evaluación nutricional en los pacientes

- ¿Cómo, cuándo y quién realiza la evaluación nutricional de los pacientes? Si no se realiza, cuál/es es/son los motivos?
- ¿Cómo, cuándo y quién registra el peso de los pacientes? Si no se realiza, cuál/es es/son los motivos?
- ¿Cómo, cuándo y quién inicia la terapia nutricional? Si no se realiza, cuál/es es/son los motivos?
- ¿Cómo, cuándo y quién monitoriza la terapia nutricional? Si no se realiza, cuál/es es/son los motivos?
- ¿Cómo, cuándo y quién brinda el asesoramiento nutricional? Si no se realiza, cuál/es es/son los motivos?
- ¿Considera que el personal encargado de llevar a cabo estas actividades está en la capacidad de realizarlo?

Sección III: Organización institucional

- ¿Existen políticas, cursos de capacitación y materiales sobre nutrición disponibles en el hospital?

- ¿Cuál es el procedimiento a seguir con un paciente aparentemente desnutrido?
- ¿Cómo está integrado el equipo de trabajo encargado de la nutrición de los pacientes?
- ¿Existe buena comunicación entre todos los integrantes del equipo?

Sección IV: Recursos nutricionales

- ¿Con qué tipos de recursos cuenta el hospital para brindar una adecuada terapia nutricional (dieta especializada, colaciones, productos enterales, o parenterales)? Si algunos de estos no son usados, ¿por qué no se usan?
- **Para personal administrativo y médico:** ¿Cómo se adquiere los productos para la terapia nutricional en el hospital?

Tiempo

- ¿Qué efecto piensa ud. que tiene la falta de tiempo de los profesionales en el estado nutricional del paciente?
- ¿Cuáles son sus horas habituales de trabajo?
- ¿Considera que sus horas de trabajo son insuficientes para la cantidad de labores que desempeña en la institución?

Recursos Humanos

- En su piso, ¿existe el número correcto de personal para la cantidad de pacientes.? ¿Debería haber más o menos? ¿Cómo se asigna la cantidad de personal en cada piso?
- **Para personal administrativo:** ¿Cree que existe la cantidad de personal suficiente para la cantidad de pacientes en la institución?

Capacitación

- ¿Recibe el personal de la institución capacitación en temas sobre nutrición? ¿Qué tipo

de capacitación en nutrición se recibe a nivel universitario? ¿Es suficiente?

- ¿Existen folletos con información nutricional para los familiares de los pacientes disponibles en el hospital? Si existen, ¿dónde están, y con qué frecuencia se usan? ¿Son adecuados y claros los folletos?
- ¿Hay material bibliográfico sobre nutrición disponible para el personal de la institución? ¿Dónde se encuentran? ¿Los usa el personal de salud? Si no, ¿por qué no los usa?
- ¿Cree que el personal de la cocina está bien capacitado y cuenta con los recursos para cumplir con dietas especializadas?
- ¿Cree que la nutricionista está en la capacidad para crear y supervisar actividades de terapia nutricional para sus pacientes?
- **Para Administradores:** ¿Tiene el hospital un presupuesto asignado para educación continua sobre terapia nutricional u otros temas relevantes?

Sección V: Factores relacionados a los pacientes

- ¿Cómo piensa usted que los pacientes reaccionan o responden a la terapia nutricional? ¿Cumplen con las dietas especializadas? ¿Por qué sí o por qué no? (Ej. Dificultades con tragar, náusea, debilidad, vómitos, falta de apetito, diarrea, estreñimiento, la comida no es apetecible etc.)
- ¿Se alimentan las veces adecuadas?
- ¿Es atractivo y variado el sabor y presentación de la comida?
- ¿Es el alimento presentado de modo que sea fácil para masticar y tragar?
- ¿Las familias de los pacientes traen comida? ¿Reciben los pacientes otros alimentos de afuera?

Sección VI: Conclusión

- ¿Cuales piensa usted que son los mayores desafíos para una óptima nutrición del paciente en el hospital?
- En su profesión, ¿qué piensa usted que se puede hacer para responder a estos desafíos?