



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO
FACULTAD DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN INFANTIL**

**TÍTULO: DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y NIÑAS
DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE LA
CIUDAD DE RIOBAMBA.
PERIODO SEPTIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR
POR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
NUTRICIÓN INFANTIL**

NOMBRE DEL MAESTRANTE:

ND. CRISTINA CALDERÓN

NOMBRE DEL TUTOR:

Dra. SILVIA GALLEGOS

SAMBORONDON, AGOSTO 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo realizado con mucho esfuerzo, sacrificio y horas de investigación, a Dios, porque sin el nada es posible, a mis padres que son el pilar fundamental en mi vida, gracias a su ayuda ahora puedo escalar un peldaño más, a mis hermanos que pusieron su granito de arena, a mi esposo por su paciencia y comprensión, a mi hijo Mateo Alejandro Pallo que es el motor que me impulsa a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad de Especialidades Espiritu Santo a sus docentes quienes me brindaron sus conocimientos, a mi tutora de tesis la Dra. Silvia Gallegos Espinoza por su dedicación, esfuerzo y horas impartidas, quien me guio paso a paso para poder obtener mi tesis de grado, a la Directora del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, quien no solo me permitió formar parte de su equipo de salud sino también, me brindo las facilidades necesarias para realizar la presente investigación. A todos Ustedes mi agradecimiento.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

CERTIFICACIÓN FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutora de la estudiante CRISTINA VALERIA CALDERÓN VALLEJO, que cursa estudios en el programa de POSTGRADO: Maestría en Nutrición Infantil, en la Facultad de POSTGRADO de la UEES, en modalidad Online.

CERTIFICO:

Que he revisado el trabajo de tesis con el título: DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA PERIODO SEPTIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015., presentado por la estudiante CRISTINA VALERIA CALDERÓN VALLEJO, como requisito previo para optar por el **Grado Académico de Magíster en Nutrición Infantil** y considero que dicho trabajo se encuentra para presentarse a la Defensa Final.

Firma.

Dra. Silvia Gallegos Espinoza

Fecha,

Riobamba, Julio del 2015

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	1
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
CERTIFICADO DEL TUTOR	IV
ÍNDICE DE CONTENIDOS	V
ÍNDICE DE CUADROS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	9
1. ANTECEDENTES	9
1.1. ESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2. JUSTIFICACIÓN	11
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
1.4. OBJETIVOS	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 DEFINICION Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA	14
2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN	17
2.3 DESNUTRICIÓN TIPOS Y SUS CAUSAS	18
2.4 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT, SGA)	20
2.5 CALIDAD NUTRICIONAL	23
2.6 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE LA ANTROPOMETRÍA	24
2.7 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO NUTRICIONAL A NIVEL HOSPITALARIO	28
CAPÍTULO III.METODOLOGÍA	32

3.1	ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.2	VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	32
3.3.1	DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA	33
3.4	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES DE CADA VARIABLE	34
3.5	DETERMINACIÓN DE MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA RECOPIRAR LA INFORMACIÓN	38
3.6	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	39
	CAPÍTULO IV. RESULTADOS	41
4.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	41
4.2	TIPIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SEGÚN SERVICIOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO VILLAGOMEZ	44
4.3	DETERMINANTES CLINICO QUIRURGICAS	46
4.4	DETERMINANTES DE CALIDAD DE ATENCIÓN	49
4.5	VALORACION GLOBAL SUBJETIVA DEL PACIENTE PEDIATRICO	50
4.6	ANÁLISIS BIVARIADO	53
	CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
	BIBLIOGRAFÍA	70
	ANEXOS	72
	FOTOGRAFÍAS	80

ÍNDICE DE CUADROS

1.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN EDAD EN AÑOS	41
2.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIM (NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE)	42
3.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN IRV (ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA)	43
4.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIS (NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DE HOGAR)	43
5.	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA	44
6.	SERVICIOS DE SALUD EN LOS QUE SE ATIENDEN LOS PACIENTES EN ESTUDIO	45
7.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO CLÍNICO AL INGRESO	45
8.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	46
9.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PRESENCIA DE INFECCIÓN	47
10.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DÍAS DE AYUNO	47
11.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN REFERENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN LA H.CL DURANTE EL INGRESO	48
12.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN REFERENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN LA H.CL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	48
13.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	51
14.	ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN DEMANDAS METABÓLICAS	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN SEXO	41
2.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE PESO	50
3.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE LA INGESTA DIETÉTICA	51
4.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL	52
5.	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DEMANDAS METABÓLICAS	52
6.	ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN VGS (VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA)	53
7.	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE PESO	54
8.	DÍAS DE AYUNO SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	54
9.	ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN SEXO	55
10.	ANÁLISIS DE EDAD (A) SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (VGS)	56
11.	ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DE HOGAR (NIS)	57

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. ANTECEDENTES

La desnutrición hospitalaria ha sido considerada como un problema global de salud pública con importantes implicaciones sociales, económicas, políticas y éticas. La desnutrición afecta entre el 30-50% de los internados en cualquier hospital del mundo. La desnutrición se relaciona tanto con las características socioeconómicas del paciente, como con el problema de salud que motiva el ingreso; se incrementa a medida que se prolonga la estadía hospitalaria, constituye una causa importante de fracasos terapéuticos, complicaciones post-quirúrgicas, e incluso la muerte del enfermo, además de ser la causa del incremento de costos en la atención médica (Sánchez-Palomo, E; Viveros, Ángel. , 2011).

La Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo, reconocida internacionalmente por las siglas FELANPE* condujo en el bienio 1999-2001 el Estudio ELAN Latinoamericano de Nutrición, que sirvió para establecer la frecuencia de la desnutrición entre los enfermos internados en los hospitales públicos de la región (Correia M. Campos, Antonio., 2003)

En Ecuador, la Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo (ESPOCH) realizó el Estudio Ecuatoriano ELAN de Nutrición Hospitalaria a fin de determinar la frecuencia de la desnutrición en los hospitales públicos, la prevalencia encontrada fue de 37.1% (Gallegos,Sylvia.Nicolalde, Marcelo. et al, 2015)A pesar de la importancia que estas cifras tienen, en el país todavía se desconoce la incidencia de desnutrición intrahospitalaria en hospitales pediátricos, considerando que cuando este problema se presenta en niños y niñas el efecto negativo sobre el crecimiento dependerá del tiempo, gravedad y duración del déficit nutricio. En general,

los son los más sensibles por su tasa de crecimiento rápida y su vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas.

La malnutrición calórica proteica aguda o la deficiencia de nutrientes específicos, que presentan los niños enfermos en algún momento de su evolución, aumentan el riesgo de morbi-mortalidad e incrementa su magnitud a medida que más órganos se encuentren comprometidos

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La desnutrición asociada a estancias hospitalarias puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades e incluso la muerte si no se previene adecuadamente.

Según el Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS , 2003) la desnutrición es una complicación médica potencial prevenible, influye sobre el resultado de los tratamientos. En el ámbito hospitalario, los pacientes malnutridos son más susceptibles de prolongar su estancia ya que se les asocia con un incremento de la incidencia de infecciones y un retraso en la cicatrización de las heridas, entre otras consecuencias.

La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano, con el fin de entre otros aspectos disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente, minimizar la repercusión en la evolución clínica de los enfermos y la asociación con mayores complicaciones, disminuir el tiempo de estancia hospitalaria e incremento en la mortalidad, con la consecuente asociación con costos aumentados para la institución y la sociedad (D.L. Waitzberg, 2011)

1.2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación analiza un problema cuya magnitud en pacientes pediátricos aún no está bien evaluada en nuestro medio. La presente investigación analiza no solamente la prevalencia de este problema sino el impacto que tiene la desnutrición en los niños y niñas hospitalizados en este Centro de Salud.

Los resultados, permitirán que el Hospital Pediátrico investigado, establezca estrategias para caracterizar a la desnutrición hospitalaria y la morbilidad asociada a la misma, con el fin de atenuar las complicaciones médico-quirúrgicas que presentan los pacientes desnutridos, contribuyendo así, a la reducción de la tasa de mortalidad y morbilidad en la población pediátrica.

La orientación objetiva de los planes Dietoterapéuticos personalizados basados en las características particulares de la desnutrición y el seguimiento del niño con desnutrición hospitalaria, impacta positivamente en la reducción del costo hospitalario.

Cabe mencionar que en el artículo 66, del Plan Nacional del Buen Vivir del año 2013-2017, objetivo 3, se consagra el derecho que tiene la población a una vida digna, que asegure entre otros aspectos la salud, alimentación y nutrición, por lo que corresponde a las Instituciones que prestan estos servicios realizar los esfuerzos necesarios para asegurar esta vida digna tanto en condiciones de salud como de enfermedad, pues la atención oportuna especialmente en niños y niñas garantiza el desarrollo integral de la primera infancia (Senplades, 2013)

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Los determinantes socioeconómicos y la calidad de la atención que los niños y niñas reciben en el hospital pediátrico Alfonso Villagómez determinan la incidencia de desnutrición intrahospitalaria?

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de Desnutrición Intrahospitalaria en niños y niñas y sus determinantes sociodemográficos, hospitalización y calidad de atención en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la Ciudad de Riobamba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

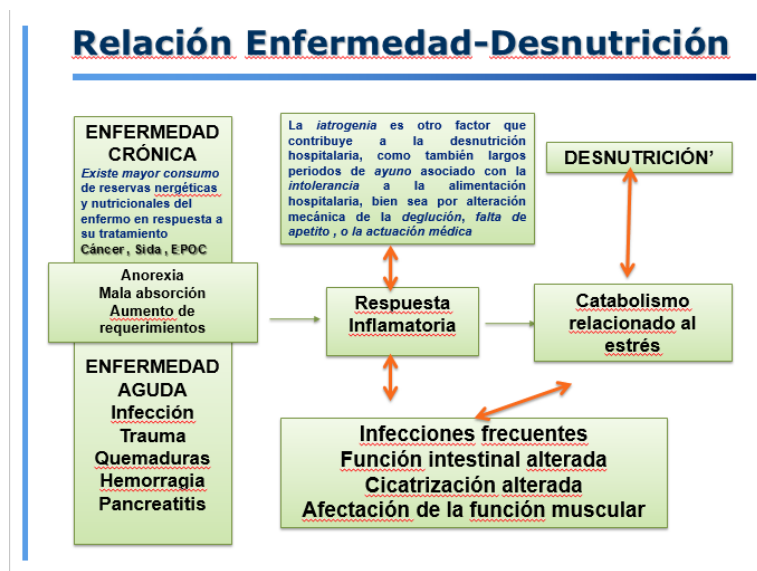
- 1) Identificar la procedencia y características sociodemográficas de la población en estudio y su relación con la prevalencia de desnutrición
- 2) Establecer la prevalencia de desnutrición hospitalaria y su relación con cambios en la ingesta dietética, síntomas gastrointestinales y capacidad funcional.
- 3) Determinar las demandas metabólicas y relacionarla con la prevalencia de desnutrición hospitalaria.
- 4) Identificar la calidad de atención hospitalaria en alimentación y nutrición
- 5) Relacionar la prevalencia de desnutrición hospitalaria por días de hospitalización y por días de ayuno

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

La FAO define la **malnutrición** como la condición fisiológica anormal causada por deficiencia, exceso o desequilibrio energético, proteico y/ o de otros nutrientes. Según Mora (Mora, 2002) el ser vivo es un estado dinámico de la materia que implica un intercambio continuo de sustratos con el medio circundante, para el mantenimiento de su integridad. Cuando este intercambio se trastorna, el equilibrio vital se compromete.

La desnutrición es el conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta y/o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes, ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales. La desnutrición hospitalaria es aquella desnutrición observada en pacientes hospitalizados, muchas veces relacionada con la enfermedad de fondo. Estos pacientes tienen mayor morbilidad y mortalidad, peor respuesta al tratamiento, más



Incrementaban 10 veces la tasa de mortalidad en pacientes hospitalizados.

Estudios realizados en países industrializados, han demostrado que esta patología no es exclusiva de los países en desarrollo encontrándose una gran prevalencia (30-50%) en los pacientes hospitalizados de dichos países. En estos trabajos se ha comprobado el efecto negativo de la desnutrición sobre la morbilidad y mortalidad de los pacientes hospitalizados. (Menéndez 2000).

El estudio IBRANUTRI (*Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional*), demostró que aproximadamente 48,1% de la población hospitalizada (4000 estudiados) presentaba algún tipo de desnutrición (12,6% desnutridos graves). Este estudio demostró que 31,8% de los 813 pacientes evaluados en las primeras 48 horas de hospitalización, tenían desnutrición primaria y consecuente con el bajo nivel socioeconómico asociada con desnutrición secundaria causada por la propia condición clínica del enfermo (cáncer, infección, entre otras). También se observó que el 45,5% de los 1108 pacientes hospitalizados de 3 a 7 días estaban desnutridos; ese índice aumentó a 51,2% de los enfermos hospitalizados de 8 a 15 días y a 61% entre los enfermos que permanecieron en el hospital por más de 15 días. (G. Kac, 2010)

El estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de Desnutrición), realizado en 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Uruguay) demostró que aproximadamente 50,2% de la población hospitalizada (9348 estudiados), presentaba algún tipo de desnutrición, verificándose un 11,2% de desnutridos graves. La desnutrición grave varió entre 4,6% en Chile hasta 18% en Costa Rica. (Lic. Rocío Argüello*, Desnutrición hospitalaria, 2009)

En un estudio multicéntrico de corte transversal realizado en varios hospitales de Argentina, en el que se aplicó la evaluación global subjetiva a 1000 pacientes, se encontró que 36,1% tenía desnutrición moderada, y 11,2% desnutrición grave.(Crivelli, et al, 2000). Mientras que en un estudio similar realizado por la Asociación Chilena de Nutrición Clínica, 528 pacientes hospitalizados, se encontró 32,4% de desnutrición moderada y 4,6% de desnutrición grave. (Kehr, et al, 2000)

Los pacientes desnutridos hospitalizados pueden presentar complicaciones clínicas entre 2 a 20 veces más frecuentes que los pacientes enfermos bien nutridos (Buzby, 1980; Hickman, et al, 1980, Klidjlan, et al, 1982). La incidencia de complicaciones es de 9% en pacientes con desnutrición moderada, mientras que en pacientes con desnutrición grave esta alcanza 42% (Detsky, 1994). En 1988 Reilly, et al, en un estudio de 771 pacientes, comprobó que los pacientes con mayor probabilidad de desnutrición presentaron 2,6 veces más complicaciones menores, y 3,4 veces más complicaciones graves que los pacientes bien nutridos.

El peor resultado de un tratamiento hospitalario es la muerte del paciente. Enfermos desnutridos, o en riesgo nutricional presentaron 3,8 mayor probabilidad de muerte que aquellos pacientes sin riesgo nutricional. Weinsier y cols. (Gallegos S; Nicolalde,M; Porben S., 2013), mostraron que los pacientes desnutridos tienen un índice de mortalidad tres veces mayor que aquellos que se encontraban nutridos. Seltzer y cols. (1979) registraron que enfermos con pérdida de peso por encima de 4,5 kg tenían un aumento de la mortalidad 19 veces mayor. En 1986 Meguid y cols, encontraron una tasa de mortalidad de 12% en pacientes desnutridos y sometidos a tratamiento quirúrgico de cáncer colorrectal, comparados con 6% en pacientes nutridos.

Por otro lado se encontró que los pacientes desnutridos permanecen el doble del tiempo hospitalizados si se compara con los pacientes bien

nutridos. Aquellos con desnutrición evidente permanecieron internados por un tiempo mayor de 90%; aquellos pacientes cuyo estado nutricional se encontraba en el límite permanecieron internados por un tiempo superior al 24%.

En un estudio multicéntrico realizado en Ecuador “ELAN Ecuador” cuyo principal objetivo fue Determinar la prevalencia de desnutrición hospitalaria y sus determinantes sociodemográficos, de condición clínico-quirúrgica, hospitalización y calidad de atención en los servicios hospitalarios del Ecuador y establecer tipologías de hospitales y servicios de salud basados en prevalencias y determinantes que permitan diferenciar, priorizar y particularizar las propuestas de atención al problema, se encontró que de los 5833 pacientes hospitalizados investigados en las 23 provincias del país y en 36 hospitales el 37% se encontraba desnutrido (Gallegos S; Nicolalde,M; Porben S., 2013)

En base a lo expuesto se puede manifestar que la prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados ha sido ampliamente documentada en las últimas tres décadas y es de 19% hacia 80% de los enfermos, como se muestra en la tabla I, de acuerdo con el país y el grupo de pacientes estudiados.

TABLA 1

<i>Incidencia de la desnutrición hospitalaria en los distintos países</i>		
<i>País</i>	<i>Grupos de pacientes</i>	<i>Impacto de la desnutrición hospitalaria</i>
EUA, Bistran et al., 1974 ⁵	Cirugía general	50%
Inglaterra, Hill et al., 1977 ⁶	Cirugía general	25%-40%
Suecia, Warnold et al., 1978 ⁷	Cirugía general	37%
Tailandia, Tanphaichitr et al., 1980 ⁸	La medicina general/cirugía	50%-80%
EUA, Willard et al., 1980 ⁹	La medicina general/cirugía	31%
Suecia, Asplund et al., 1981 ¹⁰	Medicina Interna/Psiquiatría	30%
Dinamarca, Jensen et al., 1982 ¹¹	Cirugía abdominal	28%
Suecia, Symreng et al., 1982 ¹²	Cirugía abdominal	26%
EUA, Meguid et al., 1985 ¹³	Cáncer	44%
España, Gassul et al., 1986 ¹⁴	Enfermedad inflamatoria intestinal	85%
Inglaterra, Bastow et al., 1983 ¹⁵	La cirugía ortopédica en las mujeres mayores	18%
Nueva Zelanda, Pettigrew et al., 1988 ¹⁶	Cirugía general	28%
Brasil, Waitzberg et al., 2001 ¹⁷	La medicina general/cirugía	48%
España, Trellis et al., 2002 ¹⁸	Disfágicos ancianos	32%
América Latina, Correia et al., 2003 ¹⁹	Medicina General	50,2%
Suiza, Pichard et al., 2004 ²⁰	Medicina General	57,8%
España, De la Cruz, 2004 ²¹	Medicina General	65,7%
India, Dwyer et al., 2005 ²²	Ortopedia pacientes	48,8%
Canadá, Singh et al., 2005 ²³	Medicina General	69%
Brasil, Salviano et al., 2007 ²⁴	Enfermedad inflamatoria intestinal	41,7%

Los pacientes hospitalizados con estado nutricional depauperado presentan elevados riesgos de desarrollar tasas de complicaciones y mortalidad elevadas y eso está asociado a costos aumentados para la institución y la sociedad. Mientras más grande es el período de estancia hospitalaria, más grande será el riesgo de empeorar la desnutrición, estableciéndose un ciclo vicioso con perjuicio para el enfermo.

El enfermo hospitalizado sufre cambios en el metabolismo asociados a la propia enfermedad y al tratamiento que la misma demanda. Esa situación puede implicar reducción en la ingesta de alimentos, así como desequilibrios metabólicos. (G. Kac, 2010)

2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, existen otras causas tan importantes como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos.

La desnutrición, especialmente en la infancia es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial.

Se puede decir que el 90% de los estados de desnutrición en nuestro medio, son ocasionados por una sola y principal causa: la sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos.

A su vez en la sub-alimentación intervienen una multiplicidad de causas siendo las más determinantes, problemas culturales reflejados en hábitos, costumbres y creencias inapropiadas, higiene de los alimentos, problemas

infecciosos, bajo peso al nacer, prematuridad, problemas de salud congénitos, entre otros; por último, hay un sector que tiene como origen la estancia larga en hospitales o en instituciones cerradas, es decir, el hospitalismo.

El hospitalismo es una entidad patológica indeterminada y misteriosa que altera profundamente el aprovechamiento normal de los alimentos y que se instala en el organismo de los niños hospitalizados por largo tiempo, a pesar de que están rodeados de todas las atenciones higiénicas y médicas y a pesar también, de que la alimentación a que están sometidas sea correcta desde todos los puntos de vista que se la considere.

Es una especie de disminución profunda de la facultad, defensiva y de aprovechamiento que normalmente tiene el organismo del niño, que afecta la fisiología normal del sistema digestivo y que repercute hondamente en todos los procesos de anabolismo.

La sub-alimentación, causa principal de la desnutrición, tiene múltiples orígenes, pero en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre las causas que corren parejas disputándose la primacía en la patogenia de la sub-alimentación, que acarrea la desnutrición. (D.L. Waitzberg, 2011)

2.3 DESNUTRICIÓN TIPOS Y SUS CAUSAS

- **DESNUTRICIÓN**

El Comité de Nutrición de la Organización Mundial de la Salud, en 1971, asumió que el término "Desnutrición proteica-calórica" incluye las diferentes fases de la desnutrición, desde moderada hacia grave. Posteriormente, la definición que se aplica al paciente hospitalizado es: desnutrición es un estado de morbilidad secundario a una deficiencia

relativa o absoluta, de uno o más nutrientes, que se manifiesta clínicamente o es detectado por medio de exámenes bioquímicos, antropométricos, topográficos y fisiológicos. Después de la desnutrición fue definida como estado de nutrición en el cual una deficiencia, o desequilibrio de energía, proteína y otros nutrientes causan efectos adversos en el organismo (talla, forma, composición) con consecuencias clínicas y funcionales.

Identificar la desnutrición por pérdida es fundamental en el ambiente hospitalario para evitar o minimizar la repercusión en la evolución clínica de los enfermos, en consecuencia de la asociación con mayores complicaciones, en especial, las infecciosas, mayor tiempo de estancia hospitalaria e incremento en la mortalidad. (Ulibarri, 2014)

- **TIPOS DE DESNUTRICIÓN**

En pediatría han sido definidos dos tipos de desnutrición: el marasmo y el kwashiorkor, que pueden ocurrir de manera aislada o combinada. Todavía, esta terminología ha sido muy cuestionada y la tendencia ha sido abandonarla. En la década de los 70 del siglo pasado, se intentó diferenciar, en el adulto, esta misma denominación pero por el cuestionamiento que ya existía en pediatría esa no fue adoptada.

La terminología y la definición de los diferentes estados de desnutrición han sido puntos controvertidos a lo largo de décadas. La definición de desnutrición proteico-calórica se refiere a concepto anciano y muy cuestionable que ha surgido después de dudas sobre el diagnóstico de kwashiorkor (o desnutrición proteica).

Después de la II Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se responsabilizó de evaluar la frecuencia y las causas del

kwashiorkor en países sub-desarrollados. Después de la conclusión de ese estudio, el kwashiorkor se ha renombrado como desnutrición proteica.

En el mismo período, por creer que las tasas mundiales de kwashiorkor eran exorbitantes, las Naciones Unidas desarrollaron un grupo de estudio y para estimular la producción de dietas para niños ricas en proteínas. Posteriormente, en la década de los 70, surgieron dudas sobre la realidad del cuadro de desnutrición proteica. Estudios dietéticos epidemiológicos en diferentes países demostraron que casi todas las dietas alcanzaban las necesidades proteicas determinadas por la OMS, al contrario de las necesidades energéticas, que se encontraban por encima del ofrecido por las mismas dietas.

La OMS demostró, en un estudio realizado en la India, que los niños desarrollaron tanto el marasmo y el kwashiorkor independientemente de la ingesta cuantitativa y cualitativa de alimentos que eran bastante similares.

Para contemporizar esa falta de consenso, la terminología desnutrición proteico-calórica o energética surgió para englobar el gran espectro de los síndromes: que en el marasmo, se caracteriza por la deficiencia de energía y, en el kwashiorkor, por la relativa deficiencia de proteínas. (Ulibarri, 2014)

Actualmente, la mejor terminología a ser utilizada es: desnutrición crónica (substituyendo la palabra marasmo), desnutrición aguda (que substituye el término kwashiorkor) y la mixta (la combinación del marasmo y del kwashiorkor). (Wisbaum, 2011)

2.4 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT, SGA)

Los autores Detsky AS, Smalley PS, Chang J (1987), (Detsky AS, 1987) proponen un instrumento para la Valoración Global Subjetiva que toma en

consideración ciertos componentes relevantes de la historia clínica y del examen físico, estos datos pueden ser obtenidos por profesionales entrenados en nutrición clínica o con instrucción en evaluación del estado nutricional al lado de la cama del paciente, para determinar con rapidez el estado nutricional y el riesgo de complicaciones.

Esta valoración integra consideraciones subjetivas que no pueden ser expresadas cuantitativamente. La VGS suministra resultados inmediatos, lo cual permite una intervención rápida y evita el uso de pruebas costosas de laboratorio; de igual manera, permite evaluar la eficacia de los tratamientos para acortar, en lo posible, la estancia hospitalaria de los pacientes. Es de las pocas escalas que valoran la capacidad funcional. Una de sus limitaciones es que depende en exceso de la valoración del profesional que la utiliza.

Este modelo combina cinco características de la historia clínica y siete del examen físico para evaluar el estado nutricional del paciente.

De la historia clínica se toman en cuenta:

1. Cambios de peso durante los 6 meses y 2 semanas precedentes a la evaluación
2. Cambios en la ingestión dietética durante la última semana y su comparación con la dieta habitual
3. Presencia de síntomas gastrointestinales como náusea, diarrea, vómito
4. Capacidad funcional
5. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales.

Del examen físico se incluyen los siguientes indicadores:

1. Pérdida de grasa subcutánea medida al menos en el tríceps y en el bíceps
2. Tono muscular del deltoides y el cuádriceps detectable a la palpación
3. Presencia de edema en tobillo y/o sacro,
4. Ascitis,
5. Lesiones en mucosas,
6. Lesiones cutáneas,
7. Cambios en el cabello.

Cada uno de los signos físicos es calificado como:

Normal =	0;
Leve	1+
Moderado	2+
Severo	3+

Basados en los hallazgos de la historia clínica y de la exploración de los signos físicos los pacientes son clasificados de acuerdo con las siguientes categorías:

A= bien nutrido

B= moderadamente desnutrido (o sospecha de desnutrición)

C= severamente desnutrido

Las características más significativas en la evaluación son: la pérdida de peso, la pobre ingesta alimentaria, la pérdida de tejido subcutáneo, y el desgaste muscular. Por el contrario, la presencia de edema, ascitis o una gran masa tumoral reducen el significado del peso corporal.

Dado que la Categoría A, pacientes bien nutridos, no amerita intervención nutricional, sólo se considerarán los pacientes que se asignan a las Categorías B y C. La categoría B se establece si hay por lo menos una pérdida de peso del 5% en las dos semanas previas sin estabilización o ganancia de peso, al igual que con una disminución en la ingesta alimentaria y una pérdida leve de tejido subcutáneo.

Los pacientes asignados a la categoría C presentan signos físicos obvios de desnutrición con una pérdida continua de peso, una declinación global de por lo menos 10% de su peso normal y cambios en las otras características. (Barahona, 2009)

2.5 CALIDAD NUTRICIONAL

El Control y Aseguramiento de la Calidad nutricional debe cumplir los siguientes objetivos:

1. Garantizar la correcta evaluación del estado nutricional del paciente hospitalizado.
2. Verificar que los esquemas de alimentación y/o nutrición que se instalen en el paciente le aporten los macronutrientes y micronutrientes necesarios para la conservación/restauración de su estado nutricional.
3. Asegurar que las vías de provisión de alimentos y nutrientes al paciente hospitalizado sean costo-efectivas y costo-beneficiosas.
4. Minimizar primero, y anular después, la presentación de complicaciones asociadas a los esquemas de nutrición artificial.

DEFINICIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

La organización del esquema de provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado implica la definición de los puntos críticos, que constituyen aquellos elementos integrantes del esquema que al fallar en sus especificaciones de calidad, provocan una falla concomitante de los objetivos del Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólico (PRINUMA).

El PRINUMA establece las estrategias, políticas y acciones necesarias para la implementación de las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición que aseguren la conservación/restauración del estado nutricional del paciente hospitalizado, y con ello, el éxito de las medidas médicas y/o quirúrgicas que se instalen sobre él.

El Subsistema de Control y Aseguramiento de la Calidad de las medidas de intervención alimentaria y nutricional ocupa un papel central. La actividad de este subsistema permite identificar y corregir los errores que ocurran en la provisión correcta de los cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado. Es imprescindible establecerse claramente las competencias que el equipo de salud debe asumir para brindar una atención eficaz al paciente. Esto determinará menos costos económicos y sociales para la familia y el centro de Salud. (Jesús Barreto Penié, 2010)

2.6 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE LA ANTROPOMETRÍA

Antropometría proviene del (Del griego ανθρωπος, hombres, y μετρον, medida, medir, lo que viene a significar "medidas del hombre"), es la sub rama de la antropología biológica o física que estudia las medidas del hombre. Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con

el propósito de comprender los cambios físicos del hombre y las diferencias entre razas (Henrich., 2015)

ASPECTOS GENERALES

El punto de partida para obtener una evaluación antropométrica certera es lograr que la valoración se realice con la mayor precisión y exactitud posibles; para ello es indispensable tener en consideración los siguientes aspectos:

- **Vestuario del sujeto a evaluar:** Los niños pequeños se deben pesar y medir desnudos mientras que los de mayor edad usarán ropa interior mínima, todos desprovistos de calzado.
- **Local de mediciones:** Debe tener requisitos mínimos de privacidad e iluminación.
- **Calibración, cuidado y mantenimiento de los equipos:** Al comenzar las mediciones siempre se verificará que los instrumentos a utilizar se encuentren en perfectas condiciones.
- **Lectura y anotación:** Siempre que sea posible las mediciones se efectuarán entre dos personas; aquella que realice la medición hará la lectura de la medida en el momento exacto que se indica en cada caso, pronunciando siempre el número en voz alta y dígito a dígito para evitar errores. La persona que anote la medida repetirá inmediatamente, con los mismos requisitos, la cifra en cuestión y la consignará en la historia clínica.
- **Posición del sujeto a medir:** Los niños mayores de dos años deben mantenerse en una posición estándar de pie que consiste en talones unidos y las puntas de los pies en un ángulo de 45° aproximadamente,

los brazos descansando relajados a los lados del cuerpo, el tronco erecto y la cabeza en el plano de Frankfort. (Kevin Norton, 2000)

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE MEDICIÓN

PESO

Expresa el crecimiento de la masa corporal en su conjunto. Para evaluar adecuadamente su significado hay que tener en cuenta la edad del paciente, la talla, la configuración del cuerpo, las proporciones de grasa, músculo y hueso, el peso al nacimiento y la constitución física de los padres, entre otros.

PLANO DE FRANKFORT

Este plano queda determinado por una línea imaginaria que une el borde superior del orificio auricular con el borde inferior orbitario y que se mantiene paralela al piso, en cuando el niño está de pie (imagen del plano) y perpendicular cuando está acostado, este es el caso de los niños más pequeños.

EQUIPO Y TÉCNICA DE MEDICIÓN

Para medir el peso se utiliza una balanza o báscula, preferiblemente de contrapeso, tipo Romana.

Se debe verificar que el niño se encuentre en el centro de la plataforma sin tocar en ninguna parte; idealmente el peso debe tomarse después de un mínimo de 3 horas de la última comida y siempre que sea posible debe evacuarse la vejiga previamente.

RECOMENDACIONES TÉCNICAS:

- Calibrar la balanza pues la misma podría tener un ligero desnivel que afecte erróneamente la medición del peso.
- Antes de iniciar las mediciones el medidor deberá de familiarizarse con la balanza y saber cuál es su sensibilidad.
- Antes de cada medición debe chequearse que la balanza esté al fiel.
- Nunca se colocará ningún tipo de objetos (papeles, files, lápices, etc.) sobre la superficie de las pesas.

EQUIPOS Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN

- a) Ubique la balanza en una superficie lisa y nivelada.
- b) Debido a las variaciones diurnas del peso es necesario realizar la pesada a las mismas horas del día.

TALLA

Es la dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo; cuando se le toma en posición acostada se le denomina longitud supina y cuando se le toma en posición de pie, estatura. Se considera la dimensión más útil para la evaluación retrospectiva del crecimiento.

TÉCNICA DE MARTIN

El individuo colocado en posición de atención antropométrica o de firmes. La barra vertical del instrumento se pone en contacto con la parte

posterior de la cabeza, espalda y los glúteos del individuo, buscando la línea medio sagital. La barra móvil se hace coincidir con el vértex.

RECOMENDACIONES TÉCNICAS:

- Cuando se utilice un centímetro o una vara graduada para medir la estatura se buscará una pared que carezca de reborde, también se puede utilizar una puerta.
- Se recomienda fijar el cero a cincuenta centímetros del nivel del piso, de modo que a la lectura obtenida será necesario adicionarle esa cifra.
- En el caso de las niñas debe cuidarse que no lleven hebillas, lazos, cintas, o peinados elaborados que puedan introducir errores.
- La posición del individuo no debe variar durante todo el proceso de medición; la mano del medidor que sujeta la mandíbula inferior del sujeto debe corregir cualquier variación del plano de Frankfort.
- El medidor debe situarse de frente al sujeto a evaluar y desplazado hacia su izquierda, para de esta forma facilitar una aplicación correcta de la técnica.

2.7 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO NUTRICIONAL A NIVEL HOSPITALARIO

- a) La atención nutricional no es una opción, es una necesidad impostergable para todo paciente. El soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido o en riesgo. La finalidad del mismo es brindar y satisfacer las necesidades del organismo, aportando los nutrientes precisos cuantitativa y cualitativamente en forma oportuna.

- b) Todo paciente hospitalizado debe ser evaluado dentro de las primeras 24 a 48 horas, con un método de tamizaje validado, y de acuerdo a su resultado deberá ser derivado para evaluación nutricional formal.
- c) El cuidado nutricional del paciente hospitalizado y la administración del soporte nutricional requieren de la implementación de guías de práctica clínica que contemplen:
- El método de tamizaje nutricional en todos los hospitales.
 - Evaluación metabólica-nutricional formal.
 - Implementación del plan de alimentación y/o terapia nutricional y Programa de seguimiento.
 - Reevaluación y reformulación del plan y/o terapia o su finalización.
- d) El soporte nutricional es más costo-efectivo cuando es realizado por un grupo especializado. Cada institución debe contar con un grupo interdisciplinario responsable del Soporte Nutricional. Si esto no es posible cada institución debe proveer la mejor estructura responsable de la realización adecuada del Soporte Nutricional.
- e) Las sociedades científicas deben proveer capacitación y actualización; así como definir guías de práctica clínica. Los sistemas nacionales de salud tienen que sostener y regular su aplicación, todo esto para que:
- Los pacientes tengan garantizado su derecho a recibir el óptimo tratamiento alimentario-nutricional independientemente del lugar donde se encuentren.
 - Los trabajadores de la salud estén respaldados en su práctica clínica.

- Los sistemas nacionales de salud realicen la vigilancia epidemiológica, fiscalización y planificación financiera.

PRÁCTICAS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ALIMENTOS

- Organización del Servicio Hospitalario de Alimentos.
- Legislaciones a nivel nacional que rijan la implementación de los servicios de alimentación hospitalaria.
- Políticas y planes hospitalarios estratégicos tendientes a fortalecer el Servicio de Alimentación de nuestros Hospitales.
- Servicios de Alimentación dirigidos por Profesionales capacitados en Nutrición Humana.

NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

- a) La Evaluación Nutricional debe garantizar una herramienta que permita identificar el riesgo nutricional de todo paciente pediátrico que ingrese en un hospital.
- b) Indicaciones de apoyo nutricional. El apoyo nutricional debe indicarse en todo paciente pediátrico que lo requiera de acuerdo a su patología de base, cuando los requerimientos no puedan ser cubiertos mediante una dieta convencional, deberá administrarse por la vía de acceso enteral o parenteral según su condición patológica.
- c) Terapéutica nutricional. Todo paciente hospitalizado deberá contar desde su ingreso con un plan de cuidado nutricional, que debe ser reevaluado y ajustado a la evolución del paciente. De igual forma debe garantizarse la disponibilidad de leche materna y en casos necesarios de fórmulas infantiles o especializadas por patología.

En caso de no poder utilizar el tracto gastrointestinal, se debe garantizar la existencia de soluciones de nutrientes para empleo parenteral adaptadas a la edad pediátrica, y favorecer la implementación de centros de preparación de mezclas que garanticen la óptima calidad.

d) Aspectos Bioéticos. Se debe asegurar que se cumplan los principios universales de bioética: justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia.

e) Aspectos legales. Deberán de registrarse en el expediente clínico: la evaluación nutricional, el diagnóstico y el plan de cuidado o tratamiento nutricional. Las fórmulas o mezclas nutricionales para uso enteral y parenteral deben cumplir con los requerimientos de identificación y rotulación. (Correia M. Campos, Antonio., 2003).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo descriptivo prospectivo, transversal no experimental, aprobado por la Dirección del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba que es el único Hospital Pediátrico de la red de Salud Pública que brinda atención especializada tanto a la ciudad de Riobamba como a la Provincia de Chimborazo y Provincias de la zona central del País.

3.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El tema investigado permitió a más de conocer el estado nutricional, evaluar el impacto de la desnutrición hospitalaria en los niños y niñas que ingresaron en el hospital pediátrico y los factores que se asocian al problema, por lo que se propone implementar un programa de intervención alimentario, nutrimental y metabólico para el manejo del paciente pediátrico hospitalizado.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Pacientes hospitalizados en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la Ciudad de Riobamba.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de ambos sexos niños y, niñas que se encontraron hospitalizados en los servicios hospitalarios.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron excluidos del estudio los pacientes que después de ingresar a la Unidad de hospitalización permanecieron menos de 24 horas y los niños y niñas cuyos padres no dieron el consentimiento.

3.3.1 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó en base a un estudio censal retrospectivo realizado con el fin de conocer en forma confiable el número de niños y niñas que se han hospitalizado en el año 2014. Las estadísticas de ingreso determinan que durante este año se hospitalizaron 1400 niños y niñas con un promedio mensual de 116 niños y niñas hospitalizados.

Sobre esta base se calculó el tamaño de la muestra se calculó en función del siguiente procedimiento:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 p \cdot q}$$

En donde:	N = Universo 116 niños y niñas
Z = nivel de confianza del 95% (1.96)	e = error de estimación de 0.05
p = Probabilidad a favor 0.5	n = tamaño de la muestra
q = Probabilidad de no ocurrencia. 0.5	

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(1-0.5)(116)}{(116)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(116)}{(116)(0.0025) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{111.36}{1.25}$$

$$n = \underline{\underline{89}}$$

Con el 95% de nivel de confianza la muestra es 89 niños y niñas

Con esta base se estudiaron a 89 niños; si a este número se suma la posibilidad de exclusiones se requirieron 100 niños. Previo a la incorporación de cada paciente al estudio se solicitó a los padres o responsable legal del menor, su consentimiento para la participación en el estudio.

3.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES DE CADA VARIABLE

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Servicio o unidad hospitalaria
- Sexo y Edad
- Procedencia
- Nivel de inserción social de los padres

VARIABLES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS:

- Clasificación patología de ingreso

- Días de hospitalización
- Presencia de infección/sepsis
- Presencia de cáncer
- Días de ayuno
- Referencia en la historia clínica del estado nutricional del paciente al ingreso y durante la hospitalización.

VARIABLES CALIDAD DE ATENCIÓN

Prácticas hospitalarias relacionadas con las condiciones nutricionales del niño hospitalizado.

Este instrumento contempla algunos aspectos a evaluar:

- El peso y la talla del paciente a su ingreso.
- Importancia de las condiciones nutricionales
- Responsabilidad del cuidado nutricional del paciente.
- Uso prolongado de soluciones parenterales salinas y glucosadas son la única fuente de aporte energético.
- Registro de los ingresos alimentarios del paciente.
- Ayunos repetidos debido a la realización de pruebas diagnósticas.
- Administración de alimentos por sondas enterales en cantidades inadecuadas, con composición incierta, y bajo condiciones higiénicamente inadecuadas.

- Quién realiza la composición de las mezclas vitamínicas y otros productos nutricionales.
- Si se les alimenta de acuerdo a las necesidades nutricionales incrementadas debido a la agresión o la enfermedad de base.
- Cómo conducen los procedimientos quirúrgicos y saber si el paciente está nutricionalmente óptimo, y su falla en aportar el apoyo nutricional necesario en el postoperatorio.
- Falla en apreciar el papel de la Nutrición en la prevención y el tratamiento de la infección; la confianza desmedida en el uso de antibióticos.
- Falta de comunicación e interacción entre el médico y la dietista. Como profesionales integrantes de los equipos de salud, las dietistas deben preocuparse del estado nutricional de cada uno de los pacientes hospitalizados.
- Demora en el inicio del apoyo nutricional hasta que el paciente se encuentra en un estado avanzado de desnutrición, que a veces es irreversible.
- Disponibilidad limitada de pruebas de laboratorio para la evaluación del estado nutricional del paciente; falla en el uso de aquellos disponibles.

EFFECTO O RESULTADO:

Estado nutricional (valorado según encuesta de Valoración Global subjetiva para población pediátrica)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
SERVICIO O UNIDAD HOSPITALARIA	Nominal	Clínica Infectología Lactante Neonatología Cirugía
EDAD	Continua	Años
SEXO	Nominal	Femenino Masculino
LUGAR DE PROCEDENCIA	Nominal	Ciudad Cantones
NIM (NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE)	Ordinal	Instrucción Superior de 4 a 6 años secundaria de 1 a 3 años secundaria de 4 a 6 grado de primaria de 1 a 3 grado de primaria ninguna instrucción
IRV (INDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA)	Ordinal	Bajo riesgo Vivienda de mediano riesgo Vivienda de alto riesgo
NIS (NIVEL DE INSERCIÓN SOCIAL)	Ordinal	Estrato medio alto Estrato medio Estrato popular alto Estrato popular bajo
PATOLOGÍAS DE INGRESO	Nominal	Motivo de ingreso
DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Continua	1 día ...n
PATOLOGÍAS IMPORTANTES	Nominal	Infección Cáncer
AYUNO	Nominal	Días Horas
REFERENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ESTADO NUTRICIONAL	Nominal	Si No

DEL PACIENTE AL INGRESO Y DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN		
CALIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL	Ordinal	Bien Aceptable Regular Mal
DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	Ordinal	A. Bien nutrido B. Moderadamente desnutrido o sospechoso de desnutrición C. Severamente desnutrido
PESO	Nominal	Aumento Sin cambio pérdida
INGESTA	Nominal	Sin cambio Cambio
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	Nominal	Si No
CAPACIDAD FUNCIONAL	Nominal	Respuesta normal Disfunción
DEMANDAS METABÓLICAS	Ordinal	Sin estrés Estrés Moderado Estrés leve Estrés severo

3.5 DETERMINACIÓN DE MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA RECOPIRAR LA INFORMACIÓN

- Encuesta de condiciones socio económicas.
- Encuesta de Calidad Hospitalaria relacionada con la nutrición.
- Encuesta de Evaluación Global Subjetiva del Estado Nutricional.

3.6 PROCEDIMIENTOS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Con la autorización de la Directora del Hospital, se tomó la información de 89 pacientes en cama. Para la toma de datos de los pacientes se les informo verbalmente del propósito de la investigación a los padres y a las personas encargadas de los niños, niñas y se registró la firma de aceptación en el documento "Consentimiento informado". (Anexo 1) para la encuesta.

Con el consentimiento de cada uno de los padres y de las personas encargadas se aplicó a los 89 pacientes la encuesta nivel de inserción social y la encuesta de Evaluación Global Subjetiva del Estado Nutricional VGS (ANEXO 2).

La encuesta de Calidad Hospitalaria relacionada con la nutrición (ANEXO 3), se aplicó al personal de salud que trabaja en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, se aplicó a la Nutricionista, a la Enfermera Jefa, a dos doctores especialistas (Pediatras), al médico tratante

Se obtuvo datos registrados en las Historias Clínicas como: peso, talla, datos de identificación, motivo de ingreso, días de hospitalización, patologías importantes, días de ayuno.

La encuesta de condiciones socio-económicas se llenó con la información que me proporcionaron los responsables de los niños y niñas.

Los pacientes y todos los profesionales de la Salud de este Hospital colaboraron y prestaron todas las facilidades para la recolección de los datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se registraron en una Base de Datos de Excel y luego se interpretaron en el Programa JMP 5.1

Se realizó un análisis e informe de la problemática y características de la población hospitalaria que corresponde al estudio de este hospital.

Se realizó un análisis descriptivo o univariado para establecer la prevalencia de los determinantes y su asociación con la variable efecto o resultado, las variables continuas serán presentadas mediante promedios, las variables nominales se expresarán en porcentajes, las variables ordinales se expresarán en porcentajes.

Se realizó un análisis bivariado para establecer las diferencias y si son estadísticamente significativas al relacionar los determinantes con Evaluación Global Subjetiva.

Se estableció como límite de significancia estadística $p < 0,05$ y se utilizó el paquete estadístico JMP 5.1.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Las características generales se lo realizó a través de dos variables: sexo y edad. Se estudiaron un total de 89 pacientes, de los cuales el 47% es de sexo masculino y el 53%, de sexo femenino, ver gráfico 1

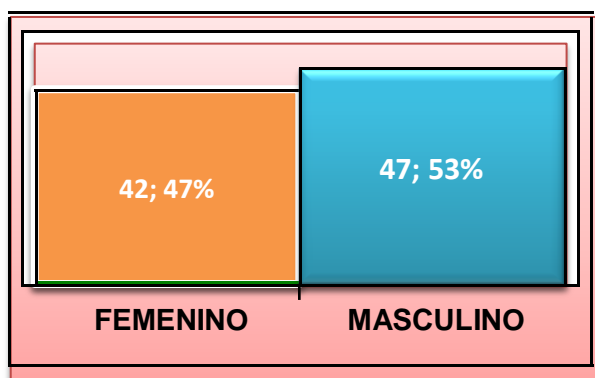


GRAFICO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN SEXO

Las edades de los niños y niñas atendidos en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez durante el período de estudio, fluctuó entre 16 años y 0.5 meses, con una mediana de 2 años y un promedio de edad de 4 años. El 21% están en el intervalo de edad de 1 año esto se puede deber a la vulnerabilidad, una alimentación inadecuada, problemas con la digestión o absorción y ciertas afecciones médicas, ver cuadro 1.

CUADRO 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD EN AÑOS

MAXIMO	16
MEDIANA	2
MINIMO	0,5
PROMEDIO	4
DESVIO ESTANDAR	3

CARACTERÍSTICAS SOCIO ECONÓMICAS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE (NIM)

El 35% de las madres de los niños investigados tienen un nivel de instrucción secundaria han estudiado hasta sexto curso y el 4% no tiene ninguna instrucción, ver cuadro 2

CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIM (NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	NUMERO	PORCENTAJE
INSTRUCCIÓN SUPERIOR	12	13
DE 4 a 6 AÑOS SECUNDARIA	31	35
DE 1 a 3 AÑOS SECUNDARIA	15	17
DE 4 a 6 GRADO DE PRIMARIA	22	25
DE 1 a 3 GRADO DE PRIMARIA	5	6
NINGUNA INSTRUCCIÓN	4	4
TOTAL	89	100

Con respecto al Índice de Riesgo de la Vivienda el 2% de las familias viven en viviendas de alto riesgo, sin disponer de las condiciones mínimas indispensables para asegurar condiciones de vida que garanticen la salud de quienes la habitan, siendo un riesgo para la vida de las familias, afectando el estado nutricional especialmente en el crecimiento y desarrollo de los niños menores de dos años.

El 63% de las familias habitan en viviendas de bajo riesgo en las que tanto las condiciones generales como sanitarias son las adecuadas para asegurar en entorno de vida saludable, ver cuadro 3

CUADRO 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN IRV (ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA)

IRV	NUMERO	PORCENTAJE
BAJO RIESGO	57	63
VIVIENDA DE MEDIANO RIESGO	31	35
VIVIENDA DE ALTO RIESGO	1	2
TOTAL	89	100

Al analizar el nivel de inserción social, se observa que el 66% de las familias son de estrato popular bajo, el jefe de hogar tiene un ingreso económico bajo, pues sus actividades económicas corresponden a los rubros: subempleados, amas de casa y campesinos sin tierra, los cuales tienen un salario básico unificado, el 7% tienen un estrato medio alto, que les permite insertar a sus familias en un mejor nivel económico. cuadro 4.

CUADRO 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN NIS (NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DE HOGAR)

NIS	NUMERO	PORCENTAJE
ESTRATO MEDIO ALTO	6	7
ESTRATO MEDIO	9	10
ESTRATO POPULAR ALTO	15	17
ESTRATO POPULAR BAJO	59	66
TOTAL	89	100

Teniendo el Hospital pediátrico Alfonso Villagómez la característica de provincial, el 23% de los niños atendidos proceden de los diversos cantones de la provincia e incluso se observa pacientes de otras provincias, el 77% de los pacientes son de la ciudad de Riobamba, como se observa en el cuadro 5.

**CUADRO 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN
SEGÚN PROCEDENCIA**

LUGAR DE PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
ALAUSI	3	4
CAJABAMBA	1	1
CHAMBO	3	4
COLTA	1	1
GUAMOTE	2	2
GUANO	2	2
GUARANDA	2	2
MACHALA	1	1
QUITO	3	4
RIOBAMBA	69	77
SAN JUAN	1	1
SAN MIGUEL	1	1
TOTAL	89	100

4.2 TIPIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SEGÚN SERVICIOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO VILLAGOMEZ

SERVICIOS HOSPITALARIOS

El hospital pediátrico Alfonso Villagómez cuenta con diferentes unidades hospitalarias que son muy importantes para cubrir las demandas y necesidades de los pacientes de acuerdo a las diferentes patologías que presentan. El 48% de los pacientes hospitalizados se encuentran en la Unidad Clínica, generalmente estos niños presentan enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales. EL 11% son ingresados en

el área de infectología El 5% de los pacientes que ingresan son hospitalizados en el área de Neonatología, ver cuadro 6.

CUADRO 6: SERVICIOS DE SALUD EN LOS QUE SE ATIENDEN LOS PACIENTES EN ESTUDIO

U. HOSPITALARIA	NUMERO	PORCENTAJE
CIRUGIA	15	17
CLINICA	43	48
INFECTOLOGIA	10	11
LACTANTE	17	19
NEONATOLOGIA	4	5
TOTAL	89	100

4.3 DETERMINANTES CLÍNICO QUIRÚRGICAS

Al relacionar la población con el motivo de ingreso se observó que el 31% de los pacientes son ingresados al hospital pediátrico con un diagnóstico de neumonía y el 26% con enteritis infecciosa, ver cuadro 7.

CUADRO 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO CLÍNICO AL INGRESO

MOTIVO DE INGRESO	NUMERO	PORCENTAJE
ABSCESO CUTANEO, OTITIS MEDIO	1	1
ABSCESO DE TOBILLO DERECHO	1	1
ABSCESO EN GENITALES	1	1
ABSCESO PERIODONTAL	2	3
APENDICÍTIS	1	1
BRONQUIOLITIS	2	3
CEFALEA	1	1
CELULITIS	1	1

CRIPTORQUIDIA	4	5
CUERPO EXTRAÑO EN EL COLON	1	1
ENTERÍTIS INFECCIOSA	24	26
ESTREÑIMIENTO	1	1
FIBROMA DEL PIE DERECHO	1	1
FIMOSIS	3	4
FRACTURA PARIETAL DERECHA	1	1
HIDROCELE	1	1
HIPERBILIRRUBINEMIA	2	3
INTOXICACIÓ POR RATICIDA	1	1
LIPOMA	2	3
NEUMONÍA	30	31
PIELONEFRITIS	2	3
POLIPO RECTAL	1	1
QUISTE EN LA CEJA	1	1
TRANSTORNO HEPÁTICO	1	1
TRAUMA CRANEO ENFEFALICO	1	1
TUBERCULÓISIS PULMONAR	2	3
TOTAL	89	100

Al relacionar a la población según días de hospitalización se determina que los días máximos de hospitalización que tienen los pacientes son 12 días, con un diagnóstico de neumonía, existe una mediana de 7 días y los días mínimos son 2 días, ver cuadro 8.

CUADRO 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

MÁXIMO	12
MEDIANA	7
MÍNIMO	2
PROMEDIA	6
DESVÍO ESTÁNDAR	2

Al analizar la distribución de la población según la presencia de infección se encuentra que el 3% de la población presentó infección durante la hospitalización, y se debe al tipo de enfermedad como, la hiperbilirrubinemia, absceso periodontal, absceso de tobillo derecho, ver cuadro 9.

CUADRO9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PRESENCIA DE INFECCIÓN

PRESENCIA DE INFECCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
NO	86	97
SI	3	3
TOTAL	89	100

Al analizar la distribución de la población según días de ayuno se determina que la mayor parte de pacientes ingresados pasan horas en ayunas, existe un promedio de un día de ayuno en el hospital, lo que no permite que los pacientes bajen de peso y se recuperen pronto, ver cuadro 10.

CUADRO 10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DÍAS DE AYUNO

MAXIMO	2
MEDIANA	0
MINIMO	0
PROMEDIO	1
DESVIO ESTANDAR	3

Al analizar la distribución de la población según la referencia del estado nutricional del paciente en la H.CI durante el ingreso. Se encontró que no

realizan valoraciones nutricionales a los niños y niñas a su ingreso, el 96% no tienen un diagnóstico del Estado Nutricional en sus Historias Clínicas, esto se debe porque los pacientes son ingresados directamente de acuerdo a su patología, en la historia clínica solo existe registrado el peso y la talla. Todavía no se da importancia a las valoraciones nutricionales que se debe hacer a los pacientes, ver cuadro 11.

CUADRO 11: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN REFERENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN LA H.CL DURANTE EL INGRESO.

REFERENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
NO	85	96
SI	4	4
TOTAL	89	100

Al analizar la distribución de la población según la referencia del estado nutricional del paciente en la H.Cl durante la hospitalización, se encontró un 96% que no se encuentra registrado el diagnóstico del Estado Nutricional de los pacientes, solo se registra durante la hospitalización el peso, por lo que es un problema de salud para su pronta recuperación, ver cuadro 12.

CUADRO 12: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN REFERENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN LA H.CL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

REFERENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
NO	85	96
SI	4	4
TOTAL	89	100

4.4 DETERMINANTES DE CALIDAD DE ATENCIÓN

De la investigación sobre prácticas hospitalarias relacionadas con las condiciones nutricionales del niño hospitalizado se obtuvo la siguiente información:

- Médicos Pediatras.- Al analizar la información obtenida se encontró que una práctica hospitalaria que no realizan en el hospital pediátrico Alfonso Villagómez es el registro de ingresos alimentarios de los pacientes, además no realizan la composición de mezclas vitamínicas y otros productos nutricionales.
- Médico Residente.- Al analizar la información obtenida se encontró que una práctica hospitalaria que realizan en el hospital pediátrico Alfonso Villagómez es que la responsabilidad del cuidado nutricional de los niños y niñas se delega al pediatra y no a la nutricionista, además otra práctica hospitalaria relacionadas con las condiciones nutricionales de los niños hospitalizado, es que la alimentación no es acorde a las necesidades nutricionales incrementadas debido a la agresión o la enfermedad de base
- Nutricionista.- Al analizar la información obtenida se encontró que no aprecian el papel de la nutricionista en la prevención y el tratamiento de la infección, además no existe una buena comunicación e interacción entre el médico y la nutricionista en la práctica hospitalaria y esto se relaciona con las condiciones nutricionales de los niños y niñas hospitalizados.
- Enfermera Jefa.- Al analizar la información obtenida se encontró que una práctica hospitalaria que realizan en el hospital pediátrico Alfonso Villagómez es que no se les somete a ayunos repetidos ni prolongados a los niños y niñas, además el hospital no dispone de

todas las pruebas de laboratorio para una evaluación completa del estado nutricional de los pacientes.

Por todas estas prácticas hospitalarias se calificó que la calidad de atención es REGULAR

4.5 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL PACIENTE PEDIATRICO

HISTORIA CLINICA

- Cambios de Peso.- Al analizar la variable cambios de peso de los niños en los días de hospitalización, se encontró que el 47% de la población aumenta de peso, hay niños que por su condición económica no se alimentan bien y en el hospital comen las tres comidas diarias más las dos colaciones, el 45% se mantienen con el peso con el que ingresaron y el 7% pierde peso significativamente, que son gramos, ver gráfico 2

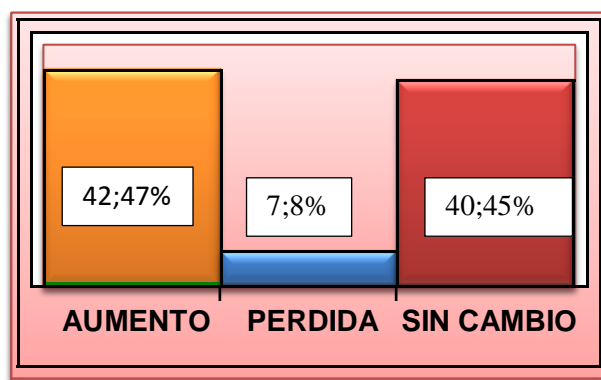


GRAFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE PESO

Cambios en la ingesta dietética.- El 40% de los pacientes tienen cambios en su alimentación, el 60% de los pacientes no cambian su ingesta dietética durante la hospitalización. Es por esta razón que los pacientes que son ingresados en el hospital pediátrico Alfonso Villagómez aumentan

de peso durante su estancia hospitalaria, porque generalmente los cambios en su alimentación significan incremento en la ingesta diaria, ver gráfico 3

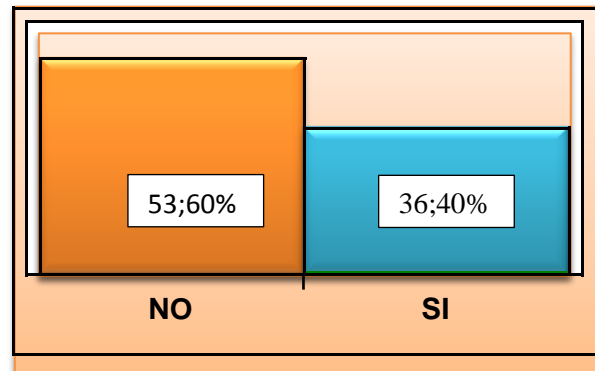


GRAFICO3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE LA INGESTA DIETÉTICA

Síntomas gastrointestinales.- El 77% de los pacientes no presentan ningún síntoma gastrointestinal, el 19% presentan diarreas, por presentar enteritis infecciosa, pero no dejan de alimentarse, el 2% presenta vómito y nauseas, debido a las patologías que presentan, ver cuadro 13.

CUADRO 13: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

SINTOMAS GASTROINTESTINALES	#	%
DIARREA	17	19
NAUSEAS	2	2
NINGUNO	68	77
VOMITO	2	2
TOTAL	89	100

Al analizar la capacidad funcional de los pacientes, se encontró que el 52% presentan disfunción en su capacidad funcional previo al ingreso a

hospitalización, se encuentran decaídos e irritables y en algunos casos no caminan, pero van mejorando durante la hospitalización y su evolución, el 48% no presentan ninguna disfunción, ver gráfico 4.

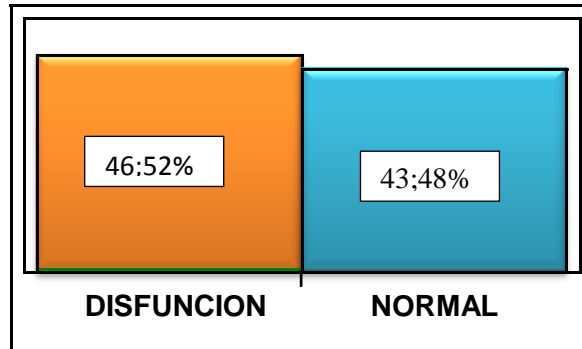


GRAFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL

Demandas metabólicas.- El 55% de los pacientes presentan un estrés leve que se relaciona con la enfermedad de base y sus necesidades nutricionales y un 44% presenta un estrés moderado, ver gráfico 5.

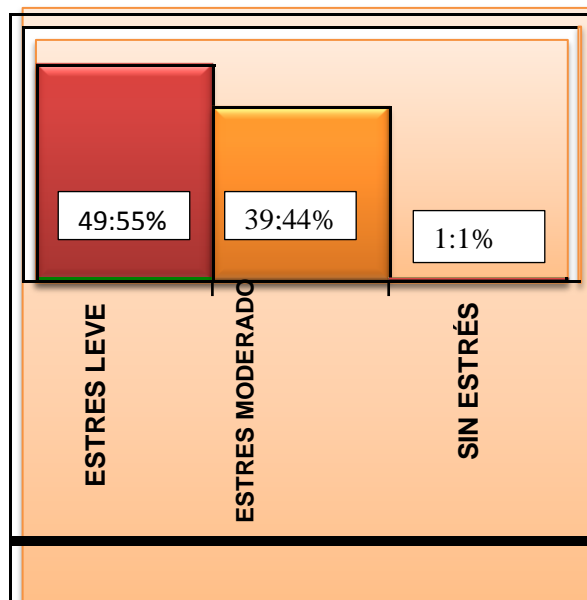


GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN DEMANDAS METABÓLICAS

EXAMEN FISICO

VALORACION SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL

Como resultado de la aplicación de la VGS ya descrita por variables se determina que el 51% de los pacientes presentan sospecha de desnutrición, el 43% se encuentra bien nutrido y el 6% se encuentra severamente desnutrido, ver gráfico 6

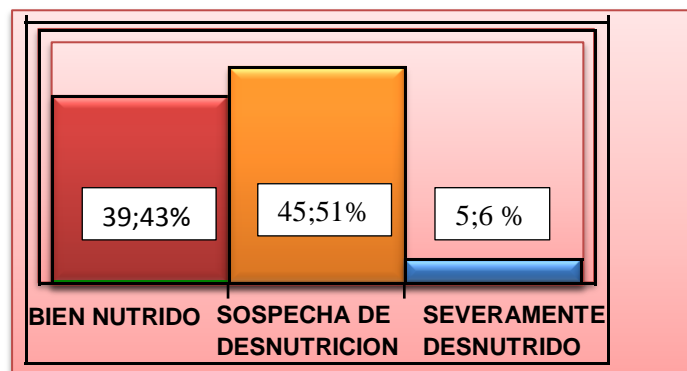


GRAFICO 6: ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN VGS (VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA)

4.6 ANÁLISIS BIVARIADO

RELACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CON EL NIVEL DE INSERCIÓN SOCIAL Y PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INVESTIGADOS

El nivel de inserción social del jefe de hogar tiene mucha relación con el nivel de instrucción de los padres, encontramos en este estudio que el 66% de las familias que tienen hijos que han ingresado al hospital pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba tienen un estrato popular bajo, relacionándose con la sospecha de desnutrición que presentan sus hijos con un 51%, el 6% se encuentran severamente desnutridos, siendo que no tiene las condiciones económicas para proveer a sus hijos de una alimentación variada y equilibrada que cubra sus requerimientos energéticos tanto de macro-micro nutrientes, la mayor parte provienen de la ciudad de Riobamba.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE PESO

Se encontró una correlación directamente proporcional, es decir que a medida que aumenta los días de hospitalización existen cambios en el peso, a mayor estancia hospitalaria el peso tiende a aumentar, esta correlación es estadísticamente significativa, debido que el valor de $p < 0,05$, ver gráfico 7

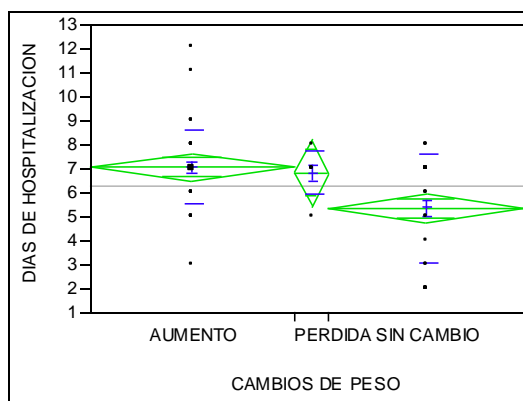
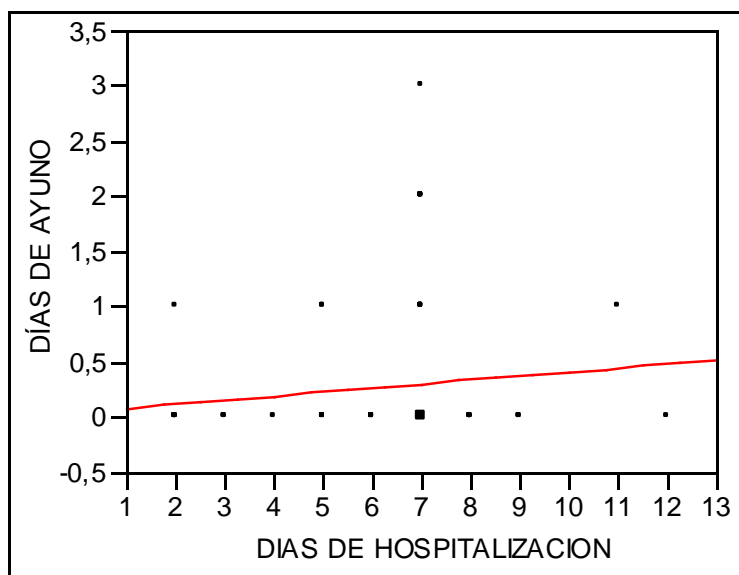


GRÁFICO 7: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CAMBIOS DE PESO

DÍAS DE AYUNO SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

Existe una correlación directamente proporcional, es decir mientras aumenta los días de hospitalización aumenta las horas de ayuno, sin embargo esas diferencias no son estadísticamente significativas, debido a que el valor de $p > 0,05$, ver gráfico 8.

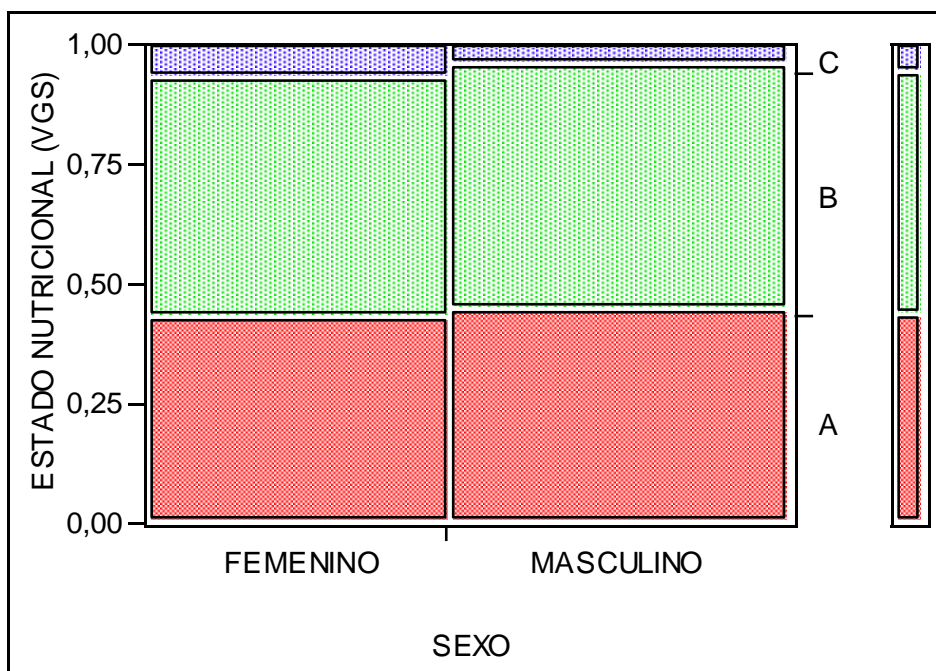


Prob > F
0,2987

GRÁFICO 8: DÍAS DE AYUNO SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN SEXO

Existe mayor probabilidad de encontrar mujeres con desnutrición que hombres con desnutrición sin embargo esas diferencias no son estadísticamente significativas, debido que el valor de $p > 0,05$, ver gráfico9.

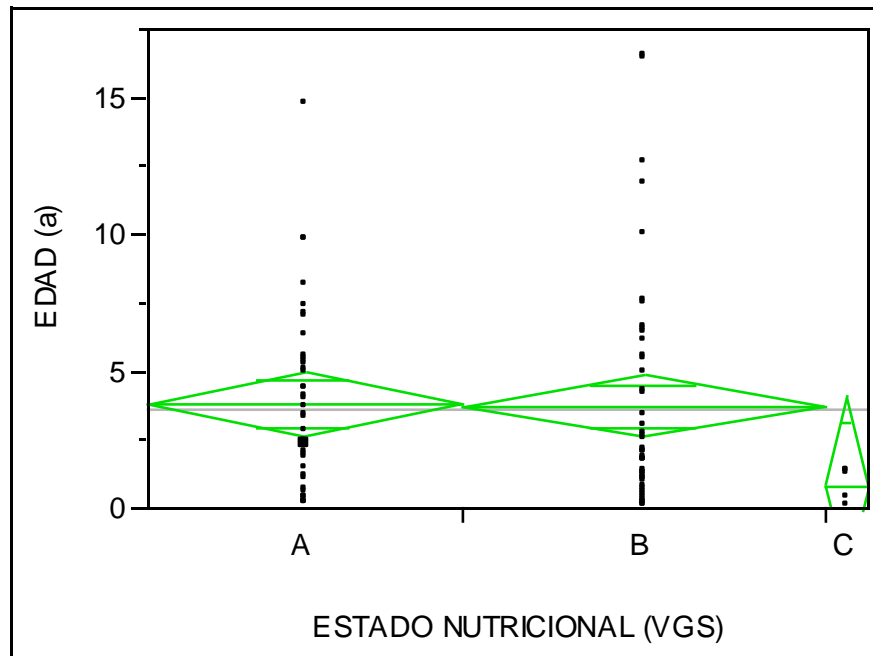


Count NUMERO Total %	A BIEN NUTRIDO	B SOSPECHA DE DESNUTRICION	C SEVERAMENTE DESNUTRIDO	TOTAL
FEMENINO	18	21	3	42
	20	24	3	47
MASCULINO	21	24	2	47
	24	27	2	53
	39	45	5	89
	44	51	6	
Test	ChiSquare	Prob>ChiSq		
Pearson	0,351	0,8390		

GRAFICO 92: ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN SEXO

ANÁLISIS DE EDAD (a) SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (VGS)

Se determina que los niños menores de dos años se encuentran severamente desnutridos, sin embargo esas diferencias no son estadísticamente significativas, debido a que el valor de $p > 0,05$, ver gráfico 10.



ESTADO NUTRICIONAL	NUMERO	PROMEDIO
A BIEN NUTRIDO	39	4
B SOSPECHA DE DESNUTRICION	45	4
C SEVERAMENTE DESNUTRIDO	5	0,8

Prob > F
0,2252

GRAFICO 30: ANÁLISIS DE EDAD (A) SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (VGS)

ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN NIVEL DE CLASE SOCIAL DELL JEFE DE HOGAR (NIS)

Se encontró pacientes severamente desnutridos con un estrato popular bajo, sin embargo esas diferencias no son estadísticamente significativas, debido a que el valor de $p > 0,05$, ver gráfico 11.

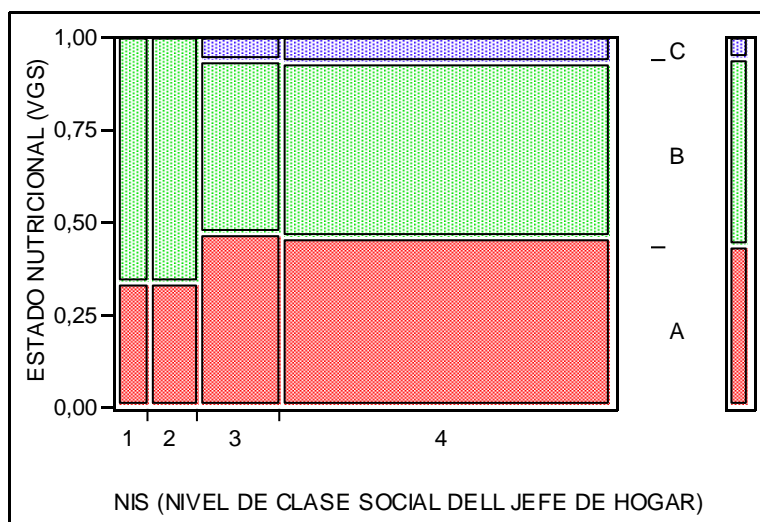


GRAFICO 41: ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DE HOGAR (NIS)

NIS	A	B	C	
1 Estrato medio alto	2	4	0	6
	2	5	0	7%
2 Estrato medio	3	6	0	9
	3	7	0	10%
3 Estrato popular	7	7	1	15
	8	8	1	17%
4 Estrato popular bajo.	27	28	4	59
	30	31	5	66%
TOTAL	39	45	5	89
	43	51	6	100%
Prob>ChiSq				
	0,7842			

DEMANDAS METABÓLICAS SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (VGS)

Los pacientes que se encuentran severamente desnutridos, presentan un estrés moderado, sin embargo esas diferencias son estadísticamente significativas, debido que el valor de $p < 0,05$, ver cuadro 14.

CUADRO 74: ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL (VGS) SEGÚN DEMANDAS METABÓLICAS

	ESTRES LEVE	ESTRES MODERADO	SIN ESTRÉS	
A BIEN NUTRIDO	22	16	1	39
	25	18	1	44
B SOSPECHA DE DESNUTRICION	27	18	0	45
	30	20	0	50
C SEVERAMENTE DESNUTRIDO	0	5	0	5
	0	6	0	6
	49	39	1	89
	55	44	1	100

Prob>ChiSq
0,0369

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación sobre Desnutrición intrahospitalaria en niños y niñas del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba. se basó en un diseño de tipo descriptivo prospectivo, transversal no experimental, La población investigada fueron 89 niños y niñas hospitalizados con un promedio de edad de 4 años,

De las variables estudiadas se concluye que:

- Las características socio económicas de las familias de los niños investigados, reflejadas a través del nivel de instrucción de las madres, índice del riesgo de la vivienda y ocupación del jefe de familia, determina que el 35% de madres tienen un instrucción secundaria, el 10% se encuentra entre sin ninguna instrucción y 1 a 3 grado de primaria. El 63% de la familias habitan en viviendas de bajo riesgo para la salud, el porcentaje restante se distribuye entre mediano y alto riesgo. El 66% de los jefes de familia tiene una actividad económica de baja gradación entre los que se encuentra subempleados.
- En el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, se encontró un 0% de desnutrición intrahospitalaria, los niños y niñas suben de peso.
- El 77% de niños y niñas hospitalizados son de la ciudad de Riobamba el porcentaje restante proceden de diferentes cantones de la Provincia de Chimborazo

- Los motivos de ingreso son en su mayor parte por neumonía y enteritis infecciosa, patologías que dependiendo de la severidad y duración ejercen un efecto sinérgico con la desnutrición, los días de hospitalización promedio son de 6 días, con un tiempo máximo de 12 días,

- En el 96% de las Historias clínicas de los niños no se encuentra información de su estado nutricional al ingreso ni durante los días de hospitalización, lo que demuestra la poca importancia que se da a este indicador de salud del niño, aspecto que se correlaciona con la calidad de atención **regular** que reciben los niños en alimentación y nutrición como lo informa el personal de salud a cargo de la atención del niño enfermo
- Al evaluar el estado nutricional de los niños mediante la “Valoración Global Subjetiva para pacientes pediátricos” el 51% de los pacientes presentan sospecha de desnutrición lo que debería ser definido con mayor precisión usando indicadores objetivos de valoración nutricional, el 5.6% está severamente desnutrido especialmente en el grupo de edad de menores de dos años y el 39% tiene un estado nutricional dentro de los parámetros de normalidad.,
- La prevalencia de desnutrición hospitalaria encontrada fue 51% de los pacientes presentaron sospecha de desnutrición, el 43% se encuentra bien nutrido y el 6% se encuentra severamente desnutrido resaltando el hecho de que ya ingresaron con Desnutrición .
- Existe un correlación significativa entre los días de hospitalización y los cambios de peso en los niños, es decir a mayores días de hospitalización existen cambios en el peso del niño.
- Existe un correlación estadísticamente significativa entre el estrato socioeconómico de los padres y la severidad de la desnutrición, pues los pacientes severamente desnutridos corresponde a familias que se ubican en estrato popular bajo.
- La mayor parte de pacientes cambian su ingesta dietética durante la hospitalización, pues incrementan los tiempos de comida y su ingesta por esta razón los pacientes que son ingresados en el hospital

pediátrico Alfonso Villagómez aumentan de peso durante su estancia hospitalaria.

- Los pacientes presentan un estrés leve que se relaciona con las necesidades nutricionales y la enfermedad de base, por lo que la pérdida de peso no es significativa y no interfiere en el estado nutricional de los niños y niñas.

RECOMENDACIONES

- Realiza la valoración nutricional y consignar en la ficha clínica estos valores para que el personal de salud dé el seguimiento correspondiente
- Brindar capacitaciones a las madres que acuden al hospital pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba en temas de Educación Alimentaria Nutricional, enfocados en alimentación en el embarazo, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, con el fin de reforzar los conocimientos de las madres y que puedan intervenir adecuadamente en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- Implementar un programa de intervención alimentario, nutrimental y metabólica para el manejo del paciente pediátrico hospitalizado, ya que unas medidas de apoyo alimentario y nutrimental correctamente diseñadas, instaladas y monitoreadas pueden elevar la calidad de vida de los pacientes, disminuir la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas, disminuir los tiempos de estadía hospitalaria y reducir significativamente los costos de los cuidados de salud.

LA PROPUESTA

PROPUESTA PARA FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ALIMENTARIO, NUTRIMENTAL Y METABÓLICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO

JUSTIFICACIÓN

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.

Esta problemática no es reciente, pues en 1974, Charles Butterworth en su artículo “El Esqueleto en el Armario del Hospital” denunció sustentadamente la estrecha relación entre la internación y la consiguiente pérdida de peso que llevaba al paciente a presentar verdaderos estados de desnutrición intrahospitalaria definiéndola 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, de disponibilidad escasa de métodos para evaluar el estado nutricional del paciente, entre otras. (Gallegos, Sylvia. Nicolalde, Marcelo. et al, 2015)

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 desnutridos.

En Ecuador, se evidenció una prevalencia de desnutrición infantil del 21 al 30%, la Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo (ESPOCH) realizó el Estudio Ecuatoriano ELAN de Nutrición Hospitalaria a fin de determinar la frecuencia de la desnutrición en los hospitales públicos, la prevalencia encontrada fue de 37.1%.

Con estos antecedentes, la desnutrición hospitalaria constituye uno de los principales retos dentro de la gestión de salud hospitalaria, pues es evidente que el estado nutricional del paciente varía durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, y especialmente por la calidad en los servicios que atienden a los pacientes desnutridos en las salas de hospitalización.

Con respecto a los hospitales pediátricos, la desnutrición calórica proteica (DCP) es un problema común y una causa importante de morbimortalidad en los países en vías de desarrollo. El efecto negativo sobre el crecimiento dependerá del tiempo, gravedad y duración del déficit nutricional. En general, los niños menores de un año son los más sensibles por su tasa de crecimiento rápida y su vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas.

En base a lo anterior surge la necesidad de trabajar de implementar medidas que aseguren la atención en salud como un aspecto prioritario

en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud hospitalario con implicancias directas en la calidad de vida de la población atendida.

FUNDAMENTACIÓN

Se ha documentado hasta la saciedad la influencia negativa de la desnutrición sobre la respuesta al tratamiento médico-quirúrgico, la calidad y los costos de la atención médica, y sobre todas las cosas, la propia vida del enfermo, sin embargo, y a pesar de la enorme cantidad de evidencias acumuladas, la desnutrición hospitalaria es todavía una asignatura pendiente en la América latina.

El niño es especialmente vulnerable a la desnutrición y, por tanto, la instauración del soporte nutricional en el paciente de riesgo debe ser precoz y adaptada a las condiciones biológicas propias de la edad

Al realizar la investigación y determinar la prevalencia de Desnutrición Intrahospitalaria en niños/as, sus determinantes sociodemográficos, hospitalización y calidad de atención en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la Ciudad de Riobamba, se estableció la prevalencia de desnutrición hospitalaria encontrando que el 51% de los pacientes presentan sospecha de desnutrición, el 43% se encuentra bien nutrido y el 6% se encuentra severamente desnutrido.

Al analizar la distribución de la población investigada según las demandas metabólicas, se encontró que el 55% de los pacientes presentan un estrés leve, al identificar la calidad hospitalaria relacionada con la nutrición, se encontró que no se registra los ingresos alimentarios del paciente, no utilizan composiciones de mezclas vitamínicas y otros productos nutricionales, no se determina las necesidades nutricionales incrementadas debido a la agresión o la enfermedad de base, no existe una ficha nutricional.

Al no apreciar el papel de la nutricionista en la prevención y el tratamiento de la infección, además de la falta de comunicación entre el médico y la nutricionista en la valoración nutricional se calificó que la calidad de atención es REGULAR, por toda esta información obtenida es necesario, intervenir mediante la realización de un programa de intervención alimentario, nutrimental y metabólica para el manejo del paciente pediátrico hospitalizado, con el fin de mejorar la calidad de atención hospitalaria.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de intervención alimentario, nutrimental y metabólico para el manejo del paciente pediátrico hospitalizado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Formar un equipo de profesionales que trabajen en el programa de intervención alimentario, nutrimental y metabólico.
- Disminuir la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas.
- Disminuir los tiempos de estadía hospitalaria y reducir significativamente los costos de los cuidados de salud

PERFIL DE LA PROPUESTA

En vista de los resultados del Estudio en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la Ciudad e Riobamba, recomiendo el diseño y la urgente implementación de programas de intervención alimentaria y nutrimental, dirigidos a minimizar los efectos de la desnutrición y mejorar la calidad de

atención hospitalaria, esto se llevará a cabo por el grupo de profesionales asignados y de la siguiente manera:

Se realizara una evaluación del estado nutricional al paciente, utilizando una ficha nutricional, a cual será llenada por la Nutricionista-Dietista especializada. Se establecerán los requerimientos energético-nutrimientales de acuerdo a la edad y sexo de los pacientes pediátricos.

Se llevará una ficha de los esquemas de provisión de alimentos y nutrimentos, con el fin de saber si el paciente está cubriendo sus necesidades nutricionales.

Se realizara una evaluación del efecto de la intervención alimentario-nutricional sobre el estado clínico del paciente y el tratamiento instalado.

Se realizara una evaluación del impacto de las medidas de intervención sobre el presupuesto hospitalario.

IMPORTANCIA Y ESTRATEGIAS

Las metas que me planteo con los resultados esperados es socializar con el Ministerio de Salud Pública la implementación del programa de intervención alimentario, nutricional y metabólica para el manejo del paciente pediátrico hospitalizado formando un equipo de profesionales que trabajen con cada área de salud, específicamente implementar en la zonal tres de la provincia de Chimborazo, a favor de los pacientes hospitalizados.

TALENTO HUMANO / FACTIBILIDAD SOCIAL

Grupo de especialistas que forman parte del hospital pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba.

Cargo	Especialidad
Nutricionista Jefe de Grupo	Master en Nutrición Infantil o Nutrición Clínica.
Médico	Especialista en Medicina Interna
Médico	Especialista en Pediatría
Enfermera	Licenciada en Enfermería. Master en Nutrición Clínica
Farmacéutica	Licenciado en Farmacia

FACTIBILIDAD OPERATIVA

Crear protocolos de aplicación de la alimentación-nutrición asistida en las diferentes enfermedades y supervisar su aplicación correcta.

Se realizará cursos de educación continua al personal médico, brindando conocimientos sobre Alimentación-Nutrición en función de la atención a los pacientes.

Estimular, planificar y realizar diseños de investigación clínica con proyección multicéntrica.

Documentación de las actividades a realizar de cara al enfermo en forma de Procedimientos Normalizados de Operación (PNO).

Asentamiento de las incidencias observadas durante la intervención en los registros de calidad.

La información registrada y reducida servirá para elaborar reportes estadísticos y de pronósticos del PRINUMA (PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ALIMENTARIO, NUTRIMENTAL Y METABÓLICA).

Utilización de programas informáticos para la creación y gestión de bases de datos con la información que sea relevante desde el punto de vista nutricional y las anotaciones comprendidas dentro del PRINUMA.

Realizar análisis costo-beneficio, costo-efectividad y riesgo-beneficio que demuestren la superioridad de opciones terapéuticas donde el apoyo alimentario y nutricional tienen un papel predominante frente a conductas tradicionales, conocer cuánto le cuesta a la institución y al sistema de salud pública la prestación de asistencia médica (incluidos los cuidados nutricionales).

IMPACTO

- Elevación de la calidad de la atención integral al paciente con un nivel de satisfacción óptimo (Excelencia).
- Disminución de los costos hospitalarios totales (tangibles e intangibles) con relaciones óptimas de eficacia y eficiencia
- Mejora de la calidad de vida.
- Reducción de la frecuencia de complicaciones médico-quirúrgicas.
- Reducción de la mortalidad hospitalaria.
- Reducción del tiempo de estadía.
- Reducción de los costos de la atención de salud.

EVALUACIÓN

- Evaluación nutricional y establecimiento de requerimientos energético-nutrimientales.
- Definición de los esquemas de provisión alimentario-nutricional.
- Evaluación del efecto de la intervención alimentario-nutricional sobre el estado clínico del paciente.
- Evaluación del impacto de las medidas de intervención sobre el presupuesto hospitalario

- Control y aseguramiento de la calidad.
- Registro y documentación de la información relevante.
- Educación de pacientes, familiares, personal médico y paramédico en Nutrición Clínica.
- Definición de líneas de investigación en temas de Nutrición Clínica.
- Establecer relaciones de colaboración intra y extra institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Enrique Javier Sánchez-Palomo, Á. V.-C. (2011). Prevalencia de desnutrición en un centro hospitalario de segundo nivel en Yucatán, México. *Revista Biomedica*, 48.
- 2 M. Isabel T. D. Correia, M. P. (2003). Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin. *APPLIED NUTRITIONAL INVESTIGATION*, 825.
- 3 Sylvia Gallegos Espinosa, M. N. (2015). ESTADO DE LOS CUIDADOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL ECUADOR. *Nutrición Hospitalaria*, 442-448.
- 4 Salud, O. P. (2003). *Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- 5 D.L. Waitzberg, G. R. (marzo de 2011). Desnutrición hospitalaria Hospital hyponutrition. *Nutrición Hospitalaria*, 264. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000200003&script=sci_arttext
- 6 Senplades. (2013-2017.). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir*. Quito - Ecuador.
- 7 Mora, R. A. (2002). *Soporte Nutricional especial 3a. edición*. Bogotá: EDITORIAL MEDICA panamericana.

- 8 G. Kac, J. L. (2010). *Epidemiología de la desnutrición en Latinoamérica: situación actual*. *Nutrición Hospitalaria*, 56.
- 9 Lic. Rocío Argüello*, D. M. (julio 2009). Desnutrición hospitalaria. *Tendencias en Medicina* , 27.
- 10 L. E. Veramendi-Espinoza¹, 2. J.-T.-S.-F.-S.-C.-M.-V.-R.-C. (2013). Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general; Perú. *NUTRICION HOSPITALARIA*, 1243.
- 11 D.L. Waitzberg, G. R. (marzo de 2011). Desnutrición hospitalaria Hospital hyponutrition. *Nutrición Hospitalaria*, 264. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000200003&script=sci_arttext
- 12 Ulibarri, J. (2014). DESNUTRICION HOSPITALARIA. *CIELO*, 161.
- 13 Wisbaum, W. (noviembre de 2011). *LA DESNUTRICIÓN INFANTIL Causas, consecuencias y estrategias*. Obtenido de tipos de desnutricion infantil segun la oms 2015: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
- 14 Detsky AS, M. L. (1987). 9. Detsky AS, Mc Laughin JR, Baker JP y cols.: What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr.*

ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO
FACULTAD DE POSTGRADO
MAESTRIA EN NUTRICIÓN INFANTIL
DESNUTRICION INTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y NIÑAS**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA PERIODO SEPTIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015.

Ejecutores del proyecto: ND. Cristina Valeria Calderón Vallejo

Presentación: La investigación “Desnutrición Intrahospitalaria en niños y niñas del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba Periodo Septiembre 2014 - Febrero 2015” es un estudio que se desarrollara en Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez De La Ciudad De Riobamba

Propósito: La presente investigación que le invitamos a participar tiene como objetivo determinar la prevalencia de desnutrición Intrahospitalaria en niños y niñas y sus determinantes sociodemográficos, condición clínico-quirúrgica, hospitalización y calidad de atención en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la Ciudad de Riobamba..

Justificación: Se trata de identificar si los niños y niñas que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de La ciudad de Riobamba durante el Periodo Septiembre 2014 - Febrero 2015, presentan desnutrición Intrahospitalaria

Procedimiento: Si usted decide participar en el estudio y luego de firmar el consentimiento informado, se le entregará un cuestionario. El tiempo que usted dedicará a responder el cuestionario no será mayor a 30 minutos. Finalizado el cuestionario, la investigadora guardara absoluta confidencialidad sobre los resultados.

Incomodidades: La realización del cuestionario en principio, no implica incomodidad para quien lo realiza.

Manejo de la información: Al finalizar la recogida de datos, se procesarán los datos y se los presentará en la tesis de postgrado. Se prevé también emplear los datos obtenidos en la investigación para elaborar una publicación científica.

Reconocimiento económico: La participación en el estudio es voluntaria y no tiene previsto un reconocimiento económico por parte de los investigadores.

Contacto: En caso de tener algún interrogante sobre la investigación y/o sus implicaciones, usted se puede poner en contacto con la investigadora encargada: Cristina Valeria Calderón Vallejo, estudiante de la Maestría en Nutrición Infantil, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, e-mail: cris_val_19@hotmail.com, Teléfono 0998454458.

Lo estamos invitando a participar en el presente estudio que tiene un carácter voluntario y anónimo. De estar interesado en contestar el cuestionario, le invitamos a firmar el siguiente consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Yo _____ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. _____ de _____ manifiesto haber recibido información acerca de la investigación "Desnutrición Intrahospitalaria en Niños Y Niñas del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la Ciudad de Riobamba y doy mi consentimiento informado para participar voluntariamente en la investigación, entiendo que no obtendré remuneración alguna por mi participación, y que puedo retirarme en cualquier momento si lo estimo conveniente, de igual manera acepto que los datos respecto a la condición general y estado de salud de mi niño/ña sean utilizados con fines de investigación científica y se mantenga la debida confidencialidad sobre los mismos.

Responsable del niño/ña

Investigador

Testigo

Fecha: _____ de _____ 2015

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO
FACULTAD DE POSTGRADO
MAESTRIA EN NUTRICIÓN INFANTIL
DESNUTRICION INTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y NIÑAS

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
 Unidad hospitalaria: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Procedencia: _____
 Peso actual: _____ Talla: _____

2. NIVEL DE INSERCIÓN SOCIAL

Nivel de instrucción de la madre (NIM)

Nivel de instrucción de la madre	Puntaje asignado	Puntaje correspondiente
Instrucción superior	1	
De 4 a 6 años secundaria	2	
De 1 a 3 años secundaria	3	
De 4 a 6 grado primaria	4	
De 1 a 3 grado primaria	5	
Ninguna Instrucción	6	

Índice de riesgo de la vivienda (IRV)

Condición de la vivienda	Ítems	P. asignad	P. correspondiente
Hacimiento (sin tomar en cuenta a niños menores de un año)	# de habitantes	≥5-----6	
	# de cuartos dormir	3 a 4-----3	
		1 a 2 -----1	
Piso	Tierra, caña, otro	2	
	Madera, cemento, vinil	1	
Abastecimiento de agua	Lluvia, rio, pozo, vertiente, otro	3	
	Carro repartidor, entubada.	2	
	Potable	1	
Servicio Higiénico	Campo abierto, otro	3	
	Letrina, Excusado uso común	2	
	Excusado uso exclusivo	1	
Eliminación de aguas servidas	Superficial	2	
	Red pública, pozo ciego	1	
Eliminación de basura	Aire libre, otro	3	
	Entierra, incinera	2	
	Recolector público	1	
Ubicación de la cocina	Ambiente compartido	3	
	Ambiente separado	1	

Actividad	Puntaje asignado	P. correspondiente
Empleados públicos, propietarios de gran extensiones de tierra, comerciantes, profesionales independientes	1	

Artisanos, panaderos, sastre, chofer, profesional, empleado público (menor gradación), técnico docente	2	
Obrero, fábrica, minería, construcción, agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militar tropa, jubilado.	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre, cesante, desocupados, jornaleros.	4	

Nivel de clase social del jefe de hogar (NIS)

Puntuación total

IRV	PUNT ASIG	NIS	PUNT ASIG
De 7-8 puntos de bajo riesgo	1	Estrato medio alto	1
De 9-17 puntos vivienda de mediano riesgo	2	Estrato medio	2
De 18 a 22 vivienda de alto riesgo	3	Estrato popular alto	3
		Estrato popular bajo	4

3. CLÍNICO- QUIRÚRGICAS

1. Motivo de ingreso: _____
2. Días de hospitalización: _____
3. Patologías importantes: Cáncer: ____ Infección: ____
4. Días de ayuno: _____
5. Existe alguna referencia en la historia clínica del estado nutricional del paciente al ingreso y durante la hospitalización:
 - Ingreso: si ____ no ____
 - Durante la hospitalización: si ____ no ____
 - Si existe información de que tipo: _____

4. ESTADO NUTRICIONAL

EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN NIÑOS

A. HISTORIA

1. Cambios de peso

Peso habitual:.....

Pérdida global en 1 mes: ----aumentó; ----- sin cambio; -----pérdida

Cambio en las últimas 2 semanas:----aumentó;---- sin cambio; -----pérdida

2. Cambios en la ingesta dietética (con relación a lo normal)

-----Sin cambio

-----cambio Duración -----semanas

Tipo: -----dieta sólida subóptima -----Dieta líquida completa

----- Líquidos hipocalóricos ----- Inanición

3. Síntomas Gastrointestinales (que persistieron 5 o más días)

-----ninguno -----náusea -----vómito ----- diarrea

4. Capacidad Funcional

- a. Previo al ingreso al hospital

-----respuesta normal (capacidad total)

-----disfunción:

Dato observado	Duración	Normal	Afectación moderada	Afectación grave
Clase de llanto				
Actividad física				
Reacción a estímulos de los padres				

b. Durante la evolución

----- sedado/paralizado ----- respuesta normal -----

Disfunción:

Dato observado	Normal	Afectación moderada	Afectación grave
Clase de llanto			
Reacción a estímulos de los padres			

5. Enfermedad y su relación a necesidades nutricionales

Diagnóstico principal (especificar): _____

Demanda metabólica (estrés): ----- sin estrés -----estrés leve
-----estrés moderado ----- estrés severo

B. EXAMEN FÍSICO (Para cada signo, especificar: 0=normal, 1=leve, 2=moderado, 3=severo)

_____ pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tronco)

_____ Desgaste muscular (cuádriceps, deltoides)

_____ edema de tobillo

_____ edema sacro

_____ ascitis

C. EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (elegir una opción)

_____ A = Bien nutrido

_____ B = Moderadamente desnutrido (o sospecha de desnutrición)

_____ C = Severamente desnutrido



ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO
FACULTAD DE POSTGRADO
MAESTRIA EN NUTRICIÓN INFANTIL
DESNUTRICION INTRAHOSPITALARIA EN NIÑOS Y NIÑAS

PRÁCTICAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS CON LAS
CONDICIONES NUTRICIONALES DEL NIÑO HOSPITALIZADO

RESPONSABLE: _____

- 1. Se registrar el peso y la talla del paciente a su ingreso**
Si _____ no _____
Si es no razones: _____
- 2. El equipo de atención al niño da importancia de las condiciones nutricionales**
Si _____ no _____
Si es no porque: _____
Si es si como: _____
- 3. A quien se delega la responsabilidad del cuidado nutricional del paciente.**
Nutricionista _____ Enfermera _____ Pediatra _____ Médico residente _____
- 4. Se utiliza soluciones parenterales salinas y glucosadas como única fuente de aporte energético.**
Si _____ no _____
Si es si cuanto tiempo _____
Si es no, Qué otra fuente de aporte energético utilizan _____
- 5. Se registra los ingresos alimentarios del paciente.**
Sí _____ No _____
Quien lo hace y para qué _____
- 6. A los niños se les somete a Ayunos repetidos debido a la realización de pruebas diagnósticas.**
Sí _____ No _____
Cuántas horas de ayuno: _____
- 7. Se les administra alimentos por sondas enterales**
SI _____ NO _____

Si _____ es _____ si _____ como _____ es _____ su
administración: _____

8. Quién realiza la composición de las mezclas vitamínicas y otros productos nutricionales.

Nutricionista _____ Enfermera _____
Médico residente _____ Ayudantes de cocina _____

9. Se les alimenta a los pacientes de acuerdo a las necesidades nutricionales incrementadas debido a la agresión o la enfermedad de base.

SI _____ NO _____

10. Para realizar procedimientos quirúrgicos al paciente que valoraciones les realizan y que tipo de alimentación postoperatorio reciben.

11. Como se aprecia el papel de la Nutrición y el uso de antibióticos, en la prevención y el tratamiento de la infección

12. Quién prescribe las dietas de los pacientes en la historia clínica.

Medico _____ Nutricionista _____

Porque: _____

13. El apoyo nutricional del paciente se inicia inmediatamente cuando es ingresado

SI _____ NO _____

Porque _____

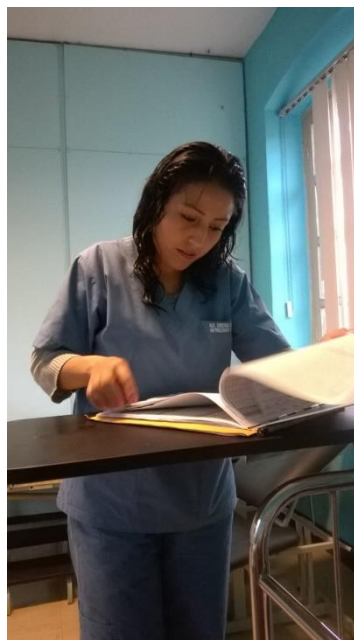
14. Disponen de todas las pruebas de laboratorio para la evaluación del estado nutricional del paciente.

SI _____ NO _____

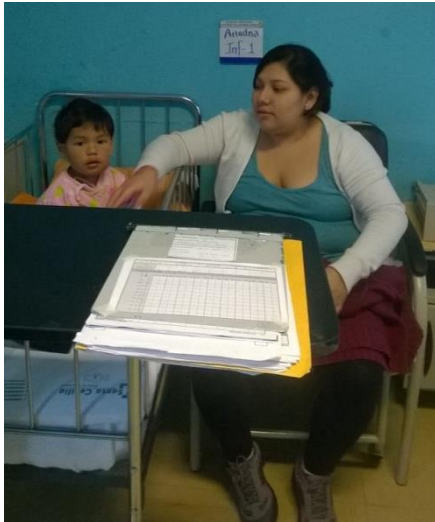
Qué exámenes les realizan _____

FOTOGRAFÍAS

RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



ENTREVISTA A LAS MADRES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO



ENCUESTA DE CALIDAD AL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DE NIÑOS

