

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
NUTRICIÓN HUMANA**

**Identificación de los pasos del proceso de cuidado y manejo nutricional establecido
por la ADA que actualmente se utilizan en la consulta externa de Nutrición del
“Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” en pacientes adultos diagnosticados con
sobrepeso y obesidad en los meses de junio – agosto 2015**

Elaborado por:

HERRERA AYALA GABRIELA ESTEFANIA

VINUEZA SANDOVAL ERIKA RAQUEL

Quito, ENERO 2016

RESUMEN

La falta de estandarización de la atención nutricional ha obligado a la Asociación Americana de Dietética (ADA), a implementar el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional (PCN) a partir del 2003. El objetivo de este estudio es conocer qué pasos de dicho proceso utilizan las Nutricionistas del Hospital estudiado en consulta externa. Se utilizó un Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios de 34 ítems; donde los resultados fueron: la evaluación antropométrica se cumple en un 90%, los diagnósticos por IMC predominan en un 98.92%, los diagnósticos basados en estructura PES (problema, etiología, signos y síntomas) no son utilizados; además que cumplen en su totalidad: la prescripción dietética (calorías, tipo de dieta, fraccionamiento), registro de educación, consejería nutricional y asignación de otra cita para evaluación y monitoreo. Lo que demuestra que a pesar del cumplimiento de varios parámetros del PNC, este no se lleva a cabo en su totalidad por desconocimiento del personal.

Palabras Clave:

Asociación Americana de Dietética (ADA); Proceso de Cuidado Nutricional (PCN); Check list; Problema, Etiología, Signos y Síntomas (PES); Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” (H.E.E.E)

ABSTRACT

The lack of standardization of nutritional care has forced American Dietetic Association (ADA) to implement the Process of Care and Nutritional Management (PCN) since 2003. The aim of this study is to know what the process used Nutritionists Hospital outpatient. A checklist of information Hospital Records and Documents of 34 items was used; where the results were: anthropometric assessment holds 90%, BMI diagnostics dominated by a 98.92% based diagnostics structure PES (problem, etiology, signs and symptoms) are not used; also complying in full: dietary prescription (calories, diet type, fractionation), education record, nutritional counseling and assignment of another appointment for evaluation and monitoring. This shows that despite the fulfillment of various parameters of the NCP, it is not carried out entirely by lack of knowledge of staff.

DEDICATORIA

“Una vida de sacrificios son sueños cumplidos, los sueños mueren si muere el soñador”

Esta tesis queremos dedicarle a nuestros Padres por todo su apoyo, esfuerzo y ser nuestro pilar fundamental; a nuestros Hermanos por ser nuestro sostén y ejemplo a seguir a lo largo de nuestra vida.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente nos gustaría agradecerle a nuestra directora de tesis Msc. Gabriela Suarez, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en nosotros que podamos terminar nuestros estudios con éxito.

De igual manera quisiéramos agradecer a nuestro Director Metodológico Msc. Edgar Rojas por su visión crítica, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudaron a formarnos como personas y profesionales.

Finalmente nos gustaría agradecer a la Doc. Gladys Moreno lectora de nuestra tesis y a nuestros profesores que durante toda nuestra carrera profesional han aportado con un granito de arena a nuestra formación profesional

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
LISTA DE GRÁFICOS.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE SÍMBOLOS O ABREVIATURAS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
Introducción.....	1
Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN 1.....	2
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Justificación.....	6
1.3. Objetivos.....	8
General.....	8
Específicos.....	8
1.4. Metodología.....	9
1.4.1. Tipo de estudio.....	9
1.4.2. Población y muestra.....	9
1.4.3. Fuentes, Técnicas e Instrumentos.....	12
1.4.4. Plan de recolección y análisis de información.....	14
Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS.....	15
2.1 Aspectos Preliminares.....	15
2.1.1 Asociación Americana de Dietética (ADA) o Academia de Nutrición y Dietética	15
2.1.2 Antecedentes del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional.....	16
2.1.3 Modelos antiguos del Proceso de Cuidado Nutricional.....	17
2.1.3.1. Desarrollo de Modelos.....	17
2.1.3.1.1. Modelo de Hammond 1970.....	17
2.1.3.1.2. Modelo de Hammond 1977.....	17
2.1.3.1.3. Modelo de Hammond 1984.....	18
2.1.3.1.4. Modelo de Hammond 1986.....	18
2.1.3.1.5. Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional (2001, 2003 y 2008).....	18
2.2 Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional.....	18
2.2.1. Valoración nutricional.....	20
2.2.2 Diagnostico nutricional.....	21
2.2.3 Intervención nutricional.....	23
2.2.4 Monitoreo y Seguimiento Nutricional.....	24

2.3 Marco General del Modelo de Atención Nutricional	26
2.3.1 Sistemas de apoyo:	28
2.4 Utilidad de la aplicación de Proceso de Cuidado Nutricional	28
2.4.1 Importancia del Proceso de Cuidado Nutricional	28
2.4.2 Beneficios de la aplicación del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA	29
2.4.2.1. Valoración Nutricional.....	29
2.4.2.2. Diagnostico Nutricional	29
2.4.2.3. Intervención Nutricional	30
2.4.2.4. Monitoreo Nutricional	30
2.5 Hipótesis	30
2.6. Operacionalización de variables	31
Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
3.1 Resultados	35
3.1.1 Consulta nutricional que se da en el “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” utilizando el Proceso de Cuidado Nutricional establecido por la ADA	35
3.1.2 Identificación de los pasos aplicados en la etapa de valoración nutricional que se apeguen al sistema establecido por la ADA	36
3.1.3 Tipos de diagnósticos que se manejan para pacientes con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”	39
3.1.4 Manejo de intervención nutricional del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”	40
3.1.5 Manejo la Etapa de monitoreo y su desarrollo del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”	41
3.2 Discusión	43
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXO(S)	53

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO No.1

Estado nutricional de pacientes que asisten a consulta externa del H.E.E.E. en el periodo de junio – agosto 2015.....35

GRÁFICO NO.2

Número de Visita de los Pacientes que Asisten en Consulta Externa del H.E.E.E. en el periodo De Junio – Agosto 2015.....36

GRÁFICO No. 3

Registro de datos de valoración nutricional en la historia clínica de los pacientes que acuden consulta externa del H.E.E.E. en el periodo de junio – agosto 2015.....37

GRÁFICO No. 4

Registro de diagnósticos en la historia clínica de los pacientes que acuden consulta externa del H.E.E.E. en el periodo de junio – agosto 2015.....39.

GRÁFICO No. 5

Registro de datos de intervención nutricional en la historia clínica de los pacientes que acuden consulta externa del H.E.E.E. en el periodo de junio – agosto 2015.....40

GRÁFICO No. 6

Registro de datos de la etapa de monitoreo en la historia clínica de los pacientes que acuden consulta externa del H.E.E.E. en el periodo de junio – agosto 2015.....41

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.

Calculadora de obtención de tamaño de muestra.....11

FIGURA 2.

Marco General del Modelo de Atención Nutricional.....27

LISTA DE SÍMBOLOS O ABREVIATURAS

ADA: Asociación Americana de Dietética

PCN: Proceso de Cuidado Nutricional

H.E.E.E: Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

PES: Problema, Etiología, Signos y Síntomas

IDNT: International Dietetics & Nutrition Terminology

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento informado de pacientes.....53

Anexo 2.

Check List de Información de Registros y Documentos Hospitalarios.....55

Anexo 3.

Pacientes Atendidos en Consulta Externa de Enero a Julio del 2015 Diagnosticados con
Obesidad.....56

Introducción

Alrededor del mundo, las diferentes sociedades y organizaciones relacionadas a la nutrición trabajan en el establecimiento de normas, guías y protocolos con el fin de brindar una mejor atención nutricional a los usuarios, sin embargo, existe una gran cantidad de intentos fallidos por el poco compromiso del paciente por mejorar su estado nutricional e incluso por el desconocimiento del nutricionista para mejorar la calidad de la atención; siendo una parte fundamental en la asistencia al paciente tanto en el área de hospitalización como ambulatoria. Actualmente pocos profesionales en el área de la nutrición manejan un proceso nutricional sistematizado, que permita efectuar sus propios diagnósticos; obteniendo así un liderazgo en su campo y brindando una mejor atención nutricional, con el objetivo de obtener resultados visibles en un corto tiempo, tal cual lo menciona la ADA (American Dietetic Association). Todo esto crea interrogantes de cómo se lleva a cabo la atención nutricional en los hospitales públicos del Ecuador, para lo cual este estudio se enfoca en conocer e identificar qué pasos del proceso de cuidado nutricional de un hospital público se apega a los parámetros del Proceso de Cuidado Nutricional establecido por la ADA o a algún otro proceso sistematizado.

Por tal razón este estudio tuvo como meta observar el desarrollo de la atención nutricional de las profesionales en el área de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el cual se encontraron algunas limitaciones; debido a la falta de profesionales y la afluencia de pacientes, las internas de nutrición de la Universidad Técnica del Norte, aún con poca experiencia colaboran en la atención de los mismos, basando su atención nutricional en las directrices impartidas por las profesionales nutricionistas que laboran en esta institución.

Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN 1

1.1 Planteamiento del Problema

La ADA (American Dietetic Association) estableció en el 2003 un Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional que apoya a los nutricionistas a establecer un juicio continuo basado en la evidencia científica, asegurando una atención de calidad a los pacientes; el desconocimiento de este proceso no ha permitido una estandarización en cuanto a criterios apropiados para la aplicación de una buena y completa atención nutricional (Díez, Souza, & Proenca, 2012).

Esta falta de estandarización en ciertas prácticas relacionadas con el cuidado nutricional del paciente manifiestan varios problemas nutricionales dentro de los cuales están: primero, la falta de responsabilidades designadas al nutricionista; segundo, la poca actualización del personal perjudicando la consulta nutricional y su credibilidad; tercero, la escasa organización sistemática; por último, la poca utilización y conocimiento de una normativa homogénea sobre la gestión en nutrición clínica; siendo estos factores el motivo para que la ADA busque estandarizar el proceso nutricional. y que los nutricionistas superen esta problemática que actualmente están atravesando (Herrera, 2010; Díez, Souza, & Proenca, 2012).

Por otro lado se reconoce que la presencia de un problema nutricional como el sobrepeso y la obesidad están interrelacionadas con una intervención nutricional no adecuada, disminuyendo la calidad de vida del paciente (Montoya & Elena, 2014). Una de estas afecciones y la más recurrente es la malnutrición hospitalaria que es un indicador de baja calidad asistencial (Llopis, Luna, Avellana, & Bou, 2012).

Por tal motivo, se busca mejorar la calidad de atención a los pacientes a través del PCN, para lo cual es necesario que los profesionales conozcan y apliquen el proceso sistematizado y estandarizado que ha establecido la ADA, mejorando la problemática que generalmente ocurre en la atención de los pacientes anteriormente mencionados, evitando así los errores en la evaluación nutricional, recolección y organización de datos, estableciendo nuevas intervenciones estratégicas, tanto en la atención hospitalaria y consulta externa (Díez, Souza, & Proenca, 2012).

En este contexto cabe mencionar un estudio aplicado en un país Asiático, en el que ya se utiliza el PCN, denominado “Encuesta sobre el Cumplimiento de la Implementación del PCN en Hospitales Coreanos”; se encuestó a gerentes de nutrición clínica de 35 hospitales con el fin de conocer su percepción, el estado de ejecución y la opiniones sobre el PCN, debido a que la Asociación Dietética de Korea (KDA) vio que el PCN de la ADA fue diseñado para mejorar la coherencia y la calidad de la atención individualizada y por tal motivo la KDA emprendió proyectos para que el PCN y la terminología para diagnósticos IDNT fuera aplicada y estos fueron traducidos a coreano en marzo del 2012; con la aplicación de este estudio se obtuvieron 35 respuestas de diferentes hospitales arrojando resultados que el 90% conocían sobre la aplicación del PCN mediante programas académicos y programas de educación de la KDA, más del 75% ya habían tenido educación sobre la terminología IDNT; por otro lado el PCN fue aplicado en 9 hospitales con éxito en los cuales se resaltó la fácil toma de decisiones, la evidente mejora en la calidad de atención, la comunicación eficaz y la disminución del tiempo de trabajo con la adaptación; por otro lado mencionaron los profesionales de nutrición que en la etapa inicial la falta de conocimiento y un mayor tiempo dedicado a las consultas fueron las principales dificultades por el cambio en su forma de trabajo (Kim & Baek, 2013).

Por otra parte, con el fin de corroborar la calidad y el efecto del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional, se realizó un estudio denominado “Efecto del Proceso de Cuidado

Nutricio y del tratamiento convencional en los parámetros nutricios de pacientes con síndrome metabólico” en la Universidad Iberoamericana de Puebla, México (Cid Lagunes & Romero, 2012). La muestra fue de 34 pacientes comprendidos entre los 18-60 años divididos en dos grupos, se comparó el tratamiento convencional de la “Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE” frente al efecto del Proceso de Cuidado Nutricional, evaluándolos cada 15 días en un período de dos meses; en donde se estudió los efectos iniciales y finales en cintura, triglicéridos, colesterol HDL e IMC por medio de la prueba estadística T de Student Pareada (Cid Lagunes & Romero, 2012). Dando resultados desfavorables con el tratamiento convencional de la “Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE” ya que en este no se realizó un diagnóstico y tratamiento nutricional adecuado enfocándose más al área médica que a lo nutricional; por otro lado el Proceso de Cuidado Nutricional tuvo un mejor impacto teniendo cambios significativos y además favorables en la evolución de los pacientes ya que solo está diseñado para el campo nutricional con la relación nutriólogo-paciente que se dio al aplicar esta metodología, además es individualizado adaptándose a las características de los pacientes basándose en la historia clínica, formato de seguimiento de pacientes, lista de equivalentes, réplicas de alimentos, formato de evaluación final y una guía de tratamiento nutricional (Cid Lagunes & Romero, 2012).

En este contexto, hasta el momento de investigaciones relacionadas a este tema en el país, existe un estudio realizado por docentes de la ESPOCH (Escuela Superior Politécnica del Chimborazo), para conocer “El Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador”, dentro del cual se contó con una muestra de 5,355 pacientes que se encontraban en 36 hospitales de las 23 provincias del Ecuador entre el año 2011-2012 (Gallegos, Cifuentes, & Santana, 2015). A través del Estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de Nutrición) se conoció una tasa de desnutrición Hospitalaria de 37.1%, además que se identificó los procesos de cuidados alimentarios y nutricionales que recibieron los pacientes durante la hospitalización. Se identificó en este estudio, que más del 50% de

pacientes internados no fueron pesados y tallados, la décima parte de las historias encuestadas tenían los valores iniciales de albumina sérica y solo el 59.2% de las historias registradas tenían conteo totales de linfocitos (Gallegos, Cifuentes, & Santana, 2015). La Encuesta Nutricional Hospitalaria (ENH) identificó que las prácticas implementadas en estas instituciones en cuanto al diagnóstico y registro de desnutrición no eran suficientes para mejorar el cuidado nutricional del paciente. Se concluyó que en los Hospitales del Ecuador existe una deficiente atención nutricional para el paciente, lo que permite afirmar que para llegar a un exitoso proceso de cuidado nutricional este debe ser sistemático y organizado como los parámetros establecido por el ADA (Gallegos, Cifuentes, & Santana, 2015).

Cabe entonces recalcar que la aplicación de este proceso sistematizado tiene como meta principal la prevención y reducción del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se asocian a patrones alimentarios poco saludables y a las inconsistentes recomendaciones hechas por profesionales nutricionistas debido a la falta de una atención sistematizada; esto ha ocasionado una mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en personas adultas de 20 a 74 años de edad con un aumento del 47% entre 1976-1980, posteriormente incrementándose en un 65% en los años de 1999-2002 y actualmente se ha incrementado en un 96%, lo que ocasionando que exista un mayor riesgo de muertes, enfermedades cardiovasculares y derrames cerebrales, por la presencia de hipercolesterolemia, hipertensión y diabetes ocasionada por las constantes hiperglicemias que presentan este tipo de pacientes. Si no existe un control de cada una de estas enfermedades puede desarrollarse un síndrome metabólico el cual necesita ser evaluado por un conjunto de profesionales de la salud, no solamente médico (Stitzel, 2006). De esta forma se mejoraría la calidad y expectativas de vida de los pacientes (Hunot, Vizmanos, & Arellano, 2007).

1.2 Justificación

Entre las metas que la ADA propuso alcanzar al definir el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional (PCN), está el implementar una atención estandarizada, que no tenga tantas variaciones y que exista mayor credibilidad en los resultados. El PCN estandarizado demuestra que los profesionales especializados en nutrición son los únicos que pueden brindar atención nutricional, utilizando un método sistemático que permite desarrollar un pensamiento crítico y tomar las mejores decisiones para proporcionar una atención nutricional segura y eficaz (Montoya & Múnera, 2014).

La aplicación del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional es importante tanto en la prevención como en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares; todas estas relacionadas directamente con la malnutrición (Herrera, 2010; Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010)

Los problemas alimentarios nutricionales llevan a la implementación de protocolos sistemáticos conocidos como: “Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional”, los cuales permitirán a los profesionales de esta área mejorar el estado nutricional de los pacientes, optimizando su calidad de vida en la parte nutricional, beneficiando especialmente su peso corporal evitando así enfermedades crónicas no transmisibles (Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010; Montoya & Múnera, 2014). De esta forma será posible lograr un apoyo nutricional seguro, efectivo y de alta calidad durante el tratamiento individualizado.

Como ya se ha mencionado, esta investigación busca conocer qué pasos del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA se está aplicando en consulta externa de Nutrición en el “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”, por lo que en lo personal se espera que el presente estudio sea de utilidad para conocer la forma real en la que se trata el área nutricional en nuestro país como parte del cuidado integral de salud de los individuos,

generando la necesidad de comparar posteriormente los resultados obtenidos en los pacientes con la actual atención vs. un proceso estandarizado generado por una asociación americana reconocida, aportando así al crecimiento profesional de los nutricionistas dietistas del Ecuador.

En cuanto a la parte académica, los beneficiarios de manera indirecta serán los estudiantes de Nutrición Humana que podrán acceder a este trabajo que les permitirá constatar la importancia de aplicar este proceso establecido y estandarizado por la ADA, con lo que podrán implementarlo dentro de su praxis pre – profesional y profesional, logrando una atención de calidad, basada en juicios críticos acorde a la evidencia científica.

Así mismo, se espera que dicha investigación sirva de base para futuros proyectos que permitan la capacitación de profesionales nutricionistas, para la posterior adopción del proceso de la ADA, beneficiando directamente a la comunidad, pues según lo indicado en los estudios que se han mencionado hasta el momento, el PCN permite mejorar la calidad de atención y por lo tanto el nivel alcanzado de los resultados esperados en los pacientes es mayor.

Finalmente, es importante aclarar que la investigación se realizó en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, mismo que es una unidad de salud de tercer nivel de referencia nacional, orientado a la prestación de servicios con calidad y calidez, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, conforme las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (MSP, 2013).

Está ubicado en la Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi. Los servicios que brinda son:

“Consulta externa, hospitalización, emergencia, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos, quemados, hemodiálisis, oncología, trasplantes, hospital del día, laboratorio clínico, anatomía patológica, imagenología, rehabilitación y entre ellas se encuentra el Área Nutrición y Dietética” (MSP, 2013).

1.3. Objetivos

General

Determinar qué pasos del proceso de cuidado y manejo nutricional establecido por la ADA actualmente se utilizan en la consulta externa de Nutrición del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” en pacientes adultos diagnosticados con sobrepeso y obesidad en los meses de junio – agosto 2015

Específicos

1. Observar la Consulta nutricional que se da en el “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” para su comparación con el Proceso de Cuidado Nutricional establecido por la ADA
2. Identificar los criterios aplicados en la etapa de valoración nutricional que se apeguen al sistema establecido por la ADA
3. Definir los tipos de diagnósticos que se manejan para pacientes con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”
4. Observar si el manejo de intervención nutricional del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” se apega a lo establecido por la ADA
5. Verificar si existe una etapa de monitoreo y evaluación

1.4. Metodología

1.4.1. Tipo de estudio

La investigación realizada fue un estudio descriptivo-observacional, ya que las investigadoras aplicaron herramientas de observación “Check list”, además que no intervinieron, ni afectaron la evolución natural de los eventos en la consulta externa de nutrición del H.E.E.E.

El estudio además tiene un diseño cuantitativo de tipo transversal, ya que los datos fueron recolectados en un tiempo específico de junio a agosto del 2015, es decir que todas las variables fueron medidas en una sola ocasión, además que la recolección de datos para probar la hipótesis, se realizó con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para lo cual se estableció patrones de comportamiento y se probaron teorías, con este diseño se describió y se explicó los beneficios de emplear el Proceso de Cuidado Nutricional; aplicando una lógica deductiva, se partió de los datos recolectados, se observó su semejanza y apego al Proceso de Cuidado Nutricional establecido por la ADA, por lo cual este estudio fue delimitado y específico.

1.4.2. Población y muestra

La población en estudio se consideró finita, porque se tuvo un número específico de pacientes con sobrepeso y obesidad que acudieron a consulta externa en el “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” en el período de un año, el motivo por el cual se eligió esta población de estudio y a partir de esta, una muestra, es la mayor cantidad de pacientes que fueron atendidos en el área nutricional con diagnóstico de sobrepeso y obesidad según las estadísticas proporcionadas por el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. El total de la población fue de 1006 pacientes los cuales cumplieron con las características o criterios de inclusión que fueron: diagnóstico de sobrepeso u obesidad, ser hombre o mujer, que sean

mayores de 18 años de edad y que estuvieran prestos a colaborar; no existiendo criterios de exclusión; a los cuales se les analizó las variables que se basó en las necesidades del estudio en términos de proporciones y frecuencias.

Para conocer la población, se realizó una regla de tres, ya que la información proporcionada por el Área Estadística del "Hospital de Especialidades Eugenio Espejo" fue tan solo de 7 meses, comprendida de Enero a Julio del 2015 (**Anexo 2**). Por lo cual se realizó los cálculos para estimar cuantos pacientes con sobrepeso y obesidad se atendieron aproximadamente en el año del 2015.

Regla de tres:

# Pacientes	# Meses
587	7
X	12 = 1006 paciente con sobrepeso y obesidad atendidos en 1 año

La fuente fueron los datos proporcionados por el Área del Estadística del "Hospital de Especialidades Eugenio Espejo" de la base de datos RDACCA del Ministerio de Salud Pública que es el "Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA)", dicho instrumento es una fuente de consulta que sirve para contextualizar el trabajo de los Profesionales y en la cual existe la recopilación y almacenamiento de las consultas y atenciones; adicionalmente, permite determinar el tipo de consulta primera o monitoreo, tipo de atención, diagnóstico, procedimientos, actividades, referencia, contra referencia e interconsulta solicitada y recibida.

A partir de la población se determinó la muestra comprendida en 150 pacientes con sobrepeso y obesidad en los meses de Junio –Agosto 2015, fue la parte de la población que se seleccionó, la cual nos permitió realmente obtener la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se realizó la observación del Proceso de Cuidado Nutricional realizado

en la consulta externa del H.E.E.E., ya que el tiempo y la gran demanda de pacientes obligaron a los investigadores a obtener una muestra representativa de dicha población.

Se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, también llamado muestreo intencional, este procedimiento dio una selección informal y un poco arbitraria, por lo cual no todos los sujetos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, ya que se seleccionaron a los sujetos de la muestra que fueron llamados pacientes, los cuales reunieron las características de inclusión para que la muestra fuera representativa, además que fue un muestreo por conveniencia que se caracterizó por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas", en este caso 150 pacientes con sobrepeso y obesidad que acudieron a consulta externa de nutrición del H.E.E.E., en donde los sujetos fueron seleccionados por la conveniente accesibilidad y proximidad de los investigadores.

Para dicho proceso de extracción de muestra se utilizó la calculadora para población finita la cual es la siguiente:

CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA							
¿Qué porcentaje de error quiere aceptar? 5% es lo más común	7.4 %	Es el monto de error que usted puede tolerar. Una manera de verlo es pensar en las encuestas de opinión, este porcentaje se refiere al margen de error que el resultado que obtenga debería tener, mientras más bajo por cierto es mejor y más exacto.					
¿Qué nivel de confianza desea? Las elecciones comunes son 90%, 95%, o 99%	95 %	El nivel de confianza es el monto de incertidumbre que usted está dispuesto a tolerar. Por lo tanto mientras mayor sea el nivel de certeza más alto deberá ser este número, por ejemplo 99%, y por tanto más alta será la muestra requerida					
¿Cual es el tamaño de la población? Si no lo sabe use 20.000	1006	¿Cual es la población a la que desea testear? El tamaño de la muestra no se altera significativamente para poblaciones mayores de 20,000.					
¿Cual es la distribución de las respuestas ? La elección más conservadora es 50%	50 %	Este es un término estadístico un poco más sofisticado, si no lo conoce use siempre 50% que es el que provee una muestra más exacta.					
La muestra recomendada es de	150	Este es el monto mínimo de personas a testear para obtener una muestra con el nivel de confianza deseada y el nivel de error deseado. Abajo se entregan escenarios alternativos para su comparación					
Escenarios alternativos para su muestra							
Con una muestra de	100	200	300	Con un nivel de confianza de	90	95	99
Su margen de error sería	9.30%	6.21%	4.74%	Su muestra debería ser de	111	150	233

Figura 1. Calculadora de obtención de tamaño de muestra

Fuente: (Red de Bibliotecas UNNE, 2009)

Para la elección de la muestra se tomó en cuenta tres ítems importantes, los cuales actuaron a favor o en contra del estudio, ya sea disminuyendo o aumentando los sesgos de error y estos fueron: el porcentaje de error, el nivel de confianza y la frecuencia del problema. Para este estudio el porcentaje de error fue de 7.4% que se encontró dentro del rango normal de aceptación permitiendo que exista un menor grado de error, el nivel de confianza fue del 95% lo cual indicó que la muestra fue representativa de la población, lo que permitió que exista una mayor confiabilidad del estudio y por último se tomó en cuenta la frecuencia del problema, la cual se decidió colocar en el 50% por falta de documentación que no se encontró en los artículos científicos correspondientes al problema de estudio. Este porcentaje mencionado anteriormente permitió que la obtención de la muestra fuera más exacta para la elaboración de dicho estudio a pesar de no tener un dato exacto. Estos tres ítems nos permitieron conocer si el estudio era viable o representativo para la muestra escogida.

1.4.3. Fuentes, Técnicas e Instrumentos

El personal de Nutrición del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” fue la fuente principal de la investigación y observación. Como fuente secundaria para este estudio fueron las historias clínicas en físico correspondientes a cada uno de los pacientes que formaron parte de la muestra. Estas nos ayudaron a obtener información indirecta del paciente en caso de que se necesite algún dato que se haya pasado por alto. Tanto el personal de nutrición y las historias clínicas fueron herramientas fundamentales las cuales sustentaron el estudio y brindaron una mayor confiabilidad a la investigación.

Esta investigación se llevó a cabo a través de dos técnicas importantes como la observación y revisión de historias clínicas. Cada una de ellas cumplió un papel fundamental especialmente la de observación, ya que la idea no era intervenir en la atención nutricional que el profesional brindaba, más bien, era ver como se estaba dando este servicio y que pasos

de la atención brindada correspondían a los pasos del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA

El instrumento utilizado fue el: “Check List de Información de Registros y Documentos Hospitalarios”, el cual fue elaborado por docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la Carrera de Nutrición Humana “Verónica Espinoza, William Galarza y Gabriela Suarez”, fue validado en dos Hospitales: Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1 y Hospital Carlos Andrade Marín, en conjunto con las autoras de la presente investigación. Dichos docentes elaboraron esta lista de chequeo pues fue utilizada para la recolección de datos de un proyecto de investigación, del cual este trabajo forma parte.

El “Check List de Información de Registros y Documentos Hospitalarios” (Anexo1), fue empleado para identificar qué pasos del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA se estaba aplicando en el área de nutrición del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”, basándose en los cuatro pasos que la ADA estableció para una correcta evaluación nutricional, por lo cual consta de; datos de valoración nutricional, datos de diagnóstico nutricional, datos de intervención nutricional y los datos de evaluación y monitoreo.

El instrumento utilizado constó de 34 ítems específicos con posibilidades de respuesta predeterminadas es decir Sí o No, cada uno de ellos describió un paso del “Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional”, los cuales se subdividieron en 4 partes: 20 ítems de datos de valoración nutricional, 3 ítems que nos permitieron ver datos de diagnóstico nutricional para pacientes que acudieron por primera vez, 4 ítems que nos permitió recopilar datos de intervención nutricional en pacientes que acudieron por primera vez y 7 ítems exclusivamente para datos de evaluación y monitoreo dedicado a los pacientes subsecuentes.

El tiempo que llevó en completar este check list es el tiempo que el personal de nutrición del H.E.E.E., llevó a cabo la atención nutricional variando entre 30 y 45 minutos

dependiendo del tipo de atención fuera de primera vez o monitoreo, a pesar que les asignan turnos para 20 minutos de atención.

1.4.4. Plan de recolección y análisis de información

La recolección de los datos estuvo a cargo de las dos encuestadoras enviadas al H.E.E.E., las cuales aplicaron 2 guías de observación cada una e intercalándose en cada consulta, se levantó la información mediante el instrumento estandarizado “Check List de Información de Registros y Documentos Hospitalarios” instrumento que constó de dos respuestas que son SI o No, las cuales las investigadoras aplicaron un visto según el cumplimiento o no de los ítems. Los datos se obtuvieron por observación y revisión documental de las historias clínicas físicas, para lo cual las encuestadoras se ubicaron junto a las nutricionistas y frente al paciente para observar el trabajo realizado de la nutricionista y observar su nota de evolución en la Historia Clínica del paciente durante la consulta que aproximadamente duró 45 minutos.

El Check list antes mencionado fue aplicado en el periodo de Junio-Agosto 2015, en pacientes diagnosticados con obesidad y sobrepeso que cumplen con los criterios de inclusión que acudieron a consulta externa del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”. Aproximadamente se recolectaron 4 encuestas por día, de lunes a viernes. Por lo cual se utilizaron instrumentos que demostraron ser válidos y confiables basados en la revisión de la literatura, además fueron aplicados de manera individual con el previo consentimiento informado de los pacientes para que nos permitieran observar su consulta.

Se analizó la información de una matriz de datos a través de gráficas estadísticas, los cuales permitieron conocer qué pasos del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA, se aplicaron con mayor frecuencia, además este análisis de la información se llevó a cabo a través de las respuestas Si o No de cada uno de los ítems del check list proporcionado durante la recolección de los datos. Los resultados se obtuvieron por medio de tablas estadísticas o gráficos estadísticos, los cuales fueron procesados con

proporciones o porcentajes, permitiendo conocer qué pasos de la ADA se estuvieron aplicando dentro del proceso de cuidado nutricional que brindaba el personal de nutrición en consulta externa del "Hospital de Especialidades Eugenio Espejo".

Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1 Aspectos Preliminares

2.1.1 Asociación Americana de Dietética (ADA) o Academia de Nutrición y Dietética

La ADA (American Dietetic Association), llamada así hasta enero del 2012 y actualmente denominada Academia de Nutrición y Dietética es una organización de profesionales del área de nutrición, formada en Cleveland, Ohio en el año de 1917, promocionando la nutrición a través de investigaciones de profesionales y de la continua educación y actualización de nuevos problemas alimentarios-nutricionales basándose en la evidencia científica nutricional (American Dietetic Association, 2007).

La creación de American Dietetic Association (ADA) en un inicio fue destinada para el ahorro de alimentos y para mejorar la salud pública en la época de la Primera Guerra Mundial en el año de 1917 mencionado anteriormente, organización que estuvo a cargo de Lenna F. Cooper y Lulu C. Graves, siendo esta última la primera presidenta de lo que hoy en día se conoce como la Academia de Nutrición y Dietética (Briggs, Fleischhacker, & Mueller, 2010).

Esta Academia actualmente es una de las asociaciones más importantes en el ámbito de la nutrición es decir, la mayor organización estadounidense y mundial de profesionales involucrados en la área de alimentación, llegando a ser aproximadamente 72000 miembros dentro de los cuales se incluyen: investigadores, educadores, estudiantes, profesionales dietéticos en los campos clínicos y de comunidades, así como especialistas y gerentes de servicios y prestaciones de alimentos; además dentro de este grupo los profesionales en

nutrición se llevan el mayor porcentaje 72 % de miembros, por lo cual podemos constatar que los nutricionistas tienen un papel fundamental en cuanto a nutrición y dietética en esta asociación (Briggs, Fleischhacker, & Mueller, 2010).

En un inicio el ADA se estableció en Cleveland (Ohio) y actualmente la sede se encuentra en Chicago (Illinois) y dentro de esta asociación se está llevando a cabo el Modelo del Proceso de Cuidado Nutricional establecido por la ADA con el fin de permitir una interrelación Paciente-Nutricionista, por medio del cual el profesional se puede basar y poner en práctica sus habilidades, pensamiento crítico y la comunicación para mejorar la calidad en la atención nutricional (American Dietetic Association, 2007).

2.1.2 Antecedentes del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional

En el Área de Dietética no existía ningún proceso de atención nutricional estandarizado y mucho menos un modelo bien definido. Por lo que los profesionales nutricionistas han utilizado una variedad de procesos que ha ocasionado que no exista un seguimiento correcto de los pacientes en la comparación de datos y en la evaluación de resultados; limitando así el área de trabajo del nutricionista. (Lacey & Cross, 2002). Por tal razón la Asociación Americana de Dietética (ADA) se comprometió en el año 2002 a elaborar un diseño basado en la evidencia, esto llevó a la adopción del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional en el 2003 y al desarrollo de un lenguaje estandarizado para la etapa del diagnóstico nutricional en el año del 2005 (Defranchi & Nelson, 2009). Este proyecto fue encargado por El Comité de Gestión de la Calidad de la Cámara de Delegados, el cual designó a un grupo de trabajo llamado “Modelo de Atención Nutricional” en mayo del 2002; el resultado o el primer borrador fue presentado al Comité, en septiembre del 2002. Este primer borrador fue discutido en octubre del 2002 en una reunión en Filadelfia, posteriormente se realizaron las revisiones correspondientes, aprobándose el 31 de marzo del 2003 por todos los miembros

del Comité de Gestión de la Calidad de la Cámara de Delegados y los representantes de la ADA (Montoya & Múnera, 2014).

2.1.3 Modelos antiguos del Proceso de Cuidado Nutricional

A partir de la década de 1970 investigadores crearon varios modelos de atención nutricional desde el más simple hasta el más complejo convirtiéndose así en bases firmes para la creación del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional que dio sus inicios en el año 2003 logrando obtener un modelo completo en el año 2008 (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014). La aparición de estos modelos surgió por la necesidad de un docente de enseñar con mayor eficacia a sus estudiantes las cátedras de dietética; Marian I. Hammond creó una serie de diagramas visuales en los años de 1970, 1977, 1984 y 1986 los tres primeros modelos demostraron la mayor evolución significativa, mientras que el último indicó una gran mejoría en la atención nutricional (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014).

2.1.3.1. Desarrollo de Modelos

2.1.3.1.1. Modelo de Hammond 1970

El primer modelo de Hammond se lo llamó “Ciclo de Consejería Nutricional”, este diagrama mencionaba que los dietistas podían proporcionar cuidados nutricionales a pacientes hospitalizados bajo la supervisión del médico (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014). El rol del nutricionista en ese tiempo era transmitir información en lugar de dar un asesoramiento; simplemente ellos indicaban las prescripciones de los médicos en cuanto a las kilocalorías que el paciente debía consumir para una pronta mejoría (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014).

2.1.3.1.2. Modelo de Hammond 1977

Este modelo se desarrolló en un entorno clínico el cual permitió que el dietista tenga una mayor cobertura en cuanto a su campo permitiéndole valorar y aconsejar al paciente, aunque en ese tiempo también la intervención nutricional que se brindaba era netamente prescripción

del médico. Para esta época el dietista se lo consideraba como un consultor del equipo y no como un miembro del equipo (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014).

2.1.3.1.3. Modelo de Hammond 1984

A este modelo se lo conoció como el “Ciclo de Planificación del Cuidado Nutricional” el cual delimitó el rol e indicó las responsabilidades del especialista dietista clínico. Este modelo ya mostró una dimensión práctica para la atención nutricional aunque todavía existía una individualidad entre los colaboradores, en el proceso ocasionando así que se afecte la calidad de los resultados (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014).

2.1.3.1.4. Modelo de Hammond 1986

Este modelo permite que los dietistas cuenten con nuevos protocolos de cuidados nutricionales, aplicaciones y oportunidades de participación en consulta externa para esta época este diagrama se lo llamo como “Proceso de Atención Nutricional” (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014).

2.1.3.1.5. Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional (2001, 2003 y 2008)

Tanto Splett y Mayers profesionales en el área de nutrición fueron los que sintetizaron las aportaciones de los modelos anteriormente mencionados y describieron aspectos relevantes de la atención con el objetivo de alcanzar resultados positivos para la salud de los pacientes, al brindar una mejor atención nutricional a través del desarrollo de una guía y política práctica (Hammond, M, Myers, & Trostler, 2014).

2.2 Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional

El modelo del proceso y cuidado nutricional establecido por la ADA (American Dietetic Association), permite una interrelación Paciente-Nutricionista, por medio del cual el profesional se puede basar y poner en práctica sus habilidades, pensamiento crítico y la

comunicación para mejorar la calidad en el proceso de cuidado y manejo nutricional (American Dietetic Association, 2007).

El fin de este Proceso de Cuidado Nutricional es, proporcionar atención de alta calidad, lo que conlleva a hacer lo correcto en un momento específico, de la mejor manera posible, para una persona adecuada, permitiendo así alcanzar los mejores resultados para el paciente ya sea hospitalizado, ambulatorio, atención prolongada; y en comunidad suministrar atención nutricional a las personas o grupos de la diferentes etapas del ciclo de vida, con el propósito de promocionar la salud y prevenir enfermedades en la comunidad (Montoya & Múnera, 2014).

Lo que se buscó en el Proceso de Cuidado Nutricional (PCN), es implementar una atención estandarizada, que no tenga tantas variaciones y que exista mayor credibilidad en los resultados. El PCN estandarizado demuestra que los nutricionistas son los únicos que pueden brindar atención nutricional, utilizando un método sistemático el cual permite desarrollar un pensamiento crítico y tomar las mejores decisiones para proporcionar una atención nutricional segura y eficaz (Montoya & Múnera, 2014).

Este método sistemático se realiza mediante cuatro pasos del Proceso de Cuidado Nutricional de la ADA y el marco general del Modelo de Atención Nutricional, este proceso no es lineal pero es interrelacionado y estos pasos son:

- a) Valoración Nutricional
- b) Diagnostico Nutricional
- c) Intervención Nutricional
- d) Monitoreo y Evaluación Nutricional (Montoya & Múnera, 2014)

2.2.1. Valoración nutricional

Es el inicio del Proceso de cuidado y Manejo Nutricional, ya que es un proceso sistemático de obtención, verificación e interpretación de datos, siendo la base para la elaboración de diagnósticos nutricionales, con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible, para determinar los problemas y causas nutricionales que el paciente o la comunidad presenten, además permite comparar los datos actuales con los previos y la evidencia científica existente (Montoya & Múnera, 2014).

En este paso los nutricionistas deben estar en la capacidad de poner en funcionamiento su pensamiento crítico el cual les permitirá distinguir entre los datos relevantes e irrelevantes que el paciente ha proporcionado, identificar las señales corporales (verbales y no verbales) para la validación de datos, distinguir qué tipos de datos y herramientas son adecuados para el ciclo de vida del paciente y considerar cuándo un problema requiere una interconsulta con otro profesional (Montoya & Múnera, 2014).

Para esta valoración es importante la ayuda de fuentes y herramientas de referencia como: encuesta, entrevista, informes estadísticos, estudios epidemiológicos, dependiendo del área que se pretenda valorar (Montoya & Múnera, 2014).

Según (Montoya & Múnera, 2014) Estos instrumentos deben recolectar los siguientes datos fundamentales que deben ser relevantes, precisos y oportunos para la valoración y son:

- Adecuación Nutricional
 - Historia dietética
 - Ingesta de nutrientes detallada: para analizar la ingesta alimentaria, conocer los factores que afecten y el riesgo de la nutrición
- Estado de salud

- Medidas antropométricas y datos bioquímicos
- Signos físicos
- Datos clínicos: se evalúa el estado de salud y la enfermedad así como las consecuencias relacionadas con la nutrición
- Estado fisiológico
- Estado funcional y conductual:
 - Función social y cognitivo: se evalúan los factores psicosociales, funcionales y conductuales afines con el acceso de alimentos, selección, preparación
 - Factores psicológicos y emocionales: la comprensión de la condición de salud
 - Medidas de calidad de vida: actividad física
 - Cambio de disposición: se evalúa la disposición del paciente a aprender, y el potencial para el cambio de comportamientos alimentarios (Montoya & Múnera, 2014).

2.2.2 Diagnostico nutricional

Es el segundo paso de Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional, permite identificar, rotular y describir el problema nutricional, los cuales deben ser jerarquizados, agrupados, analizados, y sintetizados independientemente por el nutricionista. Es importante que el profesional sepa distinguir entre un diagnostico nutricional y uno médico, ya que el diagnostico medico se lo define con una enfermedad o patología y no cambia, mientras que el diagnostico nutricional cambia dependiendo la condición nutricional del paciente analizando los datos de la valoración nutricional, además que el diagnostico nutricional es carta de

presentación de los profesionales nutricionistas ante otros profesionales (Montoya & Múnera, 2014).

El profesional debe emplear su pensamiento crítico y debe estar en la habilidad de desarrollar e identificar: las relaciones entre los datos proporcionados por el paciente y las causas que puede originar el problema nutricional, priorizar problemas nutricionales, ser objetivo e indicar claramente el problema, la causa que lo originó y evidenciar con los signos y síntomas (Montoya & Múnera, 2014). Por lo tanto un diagnóstico nutricional debe ser:

- Claro y conciso
- Específico
- Preciso en la etiología
- Basado en datos fiables y precisos de la valoración
- La documentación del diagnóstico nutricional debe ser revisado y actualizado a medida de la evolución del paciente (Kieselhorst, Skates, & Pritchett, 2005).

La herramienta a utilizarse es “International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT)” de la ADA, 2008, que establece tres parámetros y que deben ser escritos en un formato PES que indica el problema (P), la etiología (E), y los signos y síntomas (S).

1. Problema: también se la puede denominar la “etiqueta del diagnóstico”, describe las alteraciones del estado nutricional del paciente o comunidad.
2. Etiología: son los factores causantes de que exista un problema nutricional o que se mantengan, es decir los problemas fisiopatológicos, psicosociales, situacionales, culturales o ambientales, permitiendo saber si la intervención nutricional mejorará el problema

Generalmente la etiología o causas se vinculan directamente con factores primarios (ingesta insuficiente) o factores secundarios (médicos, genéticos, ambientales)

La etiología se adiciona al diagnóstico con la frase “relacionada con”

3. Signos/síntomas: son características del paciente que pueden ser subjetivas y objetivas establecidos para cada categoría del diagnóstico nutricional. Son identificadas en la valoración nutricional ya que son evidencias que justifican la existencia de un problema nutricional

Son datos utilizados para determinar que el paciente tiene el diagnóstico nutricional especificado. Se liga a la etiología por las palabras “evidenciado por” (Montoya & Múnera, 2014).

2.2.3 Intervención nutricional

La tercera etapa del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional es la "Intervención Nutricional" Es un conglomerado de actividades que se emplean para tratar el problema ya que son acciones diseñadas para cambiar hábitos y comportamientos relacionados con la alimentación, aspecto del estado nutricional de un individuo, grupo objetivo, o la comunidad en general. Este paso implica: la planificación y la implementación de las acciones apropiadas para mejorar el estado nutricional del paciente (Montoya & Múnera, 2014).

Las intervenciones deben realizarse en base principios científicos, las cuales deben ser fundamentadas con un alto nivel de investigación de calidad, también es importante la interrelación paciente, nutricionista y familiares a cargo de la alimentación, para poder elaborar un plan nutricional realista y que exista un buen acogimiento y resultados nutricionales (Montoya & Múnera, 2014).

En cuanto al pensamiento crítico del nutricionista se enfoca en la priorización de los objetivos, metas así como el cumplimiento de estos, transferir el conocimiento nutricional hacia los pacientes y familiares, diferenciar que tipo de plan nutricional es adecuado para las diferentes patologías que presentan los pacientes (Montoya & Múnera, 2014).

Las herramientas que se pueden utilizar y elaborar para brindar un mejor tratamiento son: guías nutricionales basadas en la evidencia científica y en la práctica de cada profesional, estas siempre deben ser actualizadas y elaboradas acorde a la condición social, cultural y económica del paciente con la mayor calidad posible.

- 1. Planificación de la intervención nutricional:** es la determinación de un plan de acción acorde a los diagnósticos nutricionales sociales, culturales y económicos, en base a estos datos se elabora las metas y objetivos esperados a corto y largo plazo estos deben ser medibles, claros y concisos según la patología del paciente y el diagnóstico nutricional. Ya que son los cambios deseados que deben alcanzarse a través del tiempo para mejorar el estado nutricional.
- 2. Implementación de la intervención nutricional:** son las actividades que se llevaran a cabo en el proceso de cuidado nutricional, para esto hay que comunicar al paciente y sus familiares el plan de cuidado nutricional individualizándolo y realizar el seguimiento para la verificación del acoplamiento a la dieta (Montoya & Múnera, 2014).

2.2.4 Monitoreo y Seguimiento Nutricional

La cuarta etapa del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional es el "Monitoreo y Evaluación Nutricional" se enfoca en la revisión y medición del estado nutricional del paciente, es el seguimiento que se relaciona con el diagnóstico nutricional, la intervención, metas, resultados, además permite comparar datos previos con datos actuales, lo que nos

permitirá conocer el avance y el cumplimiento de metas y resultados deseados en la atención nutricional. Lo que permitirá crear un sistema de gestión de resultados. La evolución del paciente debe ser constantemente monitoreada y controlada por los cambios del estado nutricional que se da en los pacientes, así como las alteraciones en los indicadores de resultados hasta el alta (Montoya & Múnera, 2014).

Es esencial las herramientas utilizadas en la anterior/es consultas nutricionales para realizar una comparación con los datos actuales. Para esto es necesario: los registros anteriores del paciente, entrevistas, encuestas, pruebas preliminares y pruebas posteriores (Montoya & Múnera, 2014).

Se debe recolectar los siguientes datos que nos permitirán medir los resultados esperados:

- Resultados nutricionales directos:
 - Conocimientos adquiridos
 - Cambio de comportamiento alimentario
 - Cambios en el estado nutricional del paciente
- Los resultados clínicos e indicadores nutricionales:
 - Valores bioquímicos
 - Datos antropométricos
 - Datos clínicos: signos y síntomas, estado clínico, infecciones, complicaciones
- Estado conductual
 - Calidad de vida
 - Satisfacción y acogimiento de la dieta
 - Autoeficacia, autogestión y la capacidad funcional (Lacey & Pritchett, 2006)

Este paso presenta varios componentes interrelacionados: Monitorear el progreso, medir resultados y evaluar los resultados.

1. **Monitorear el progreso:** Se determina el cumplimiento del plan nutricional y se analiza si el paciente está aplicando según lo prescrito, se identifica resultados tanto positivos como negativos y se identifica porque el paciente ha mejorado o no su estado nutricional si es el caso.

2. **Medir los resultados:** Se puede medir a través de la evaluación de los resultados con la comparación de signos y síntomas, si se llegó o no a las metas y objetivos planteados.

3. **Evaluar los resultados:** Se compara los resultados actuales con los datos anteriores (Lacey & Prtichett, 2006).

2.3 Marco General del Modelo de Atención Nutricional

Para un mejor proceso de cuidado y manejo nutricional se identificó varios factores o indicadores representados en un modelo de cuidado nutricional (American Dietetic Association, 2007). El cual consta de varios anillos que describen este proceso y la relación paciente-nutricionista.

Es una representación visual de cada etapa del proceso de cuidado y manejo nutricional, el cual consta de varios factores que influyen en una mejor atención nutricional. Para esto es necesario analizar la **Figura 2** la cual se explica a continuación:

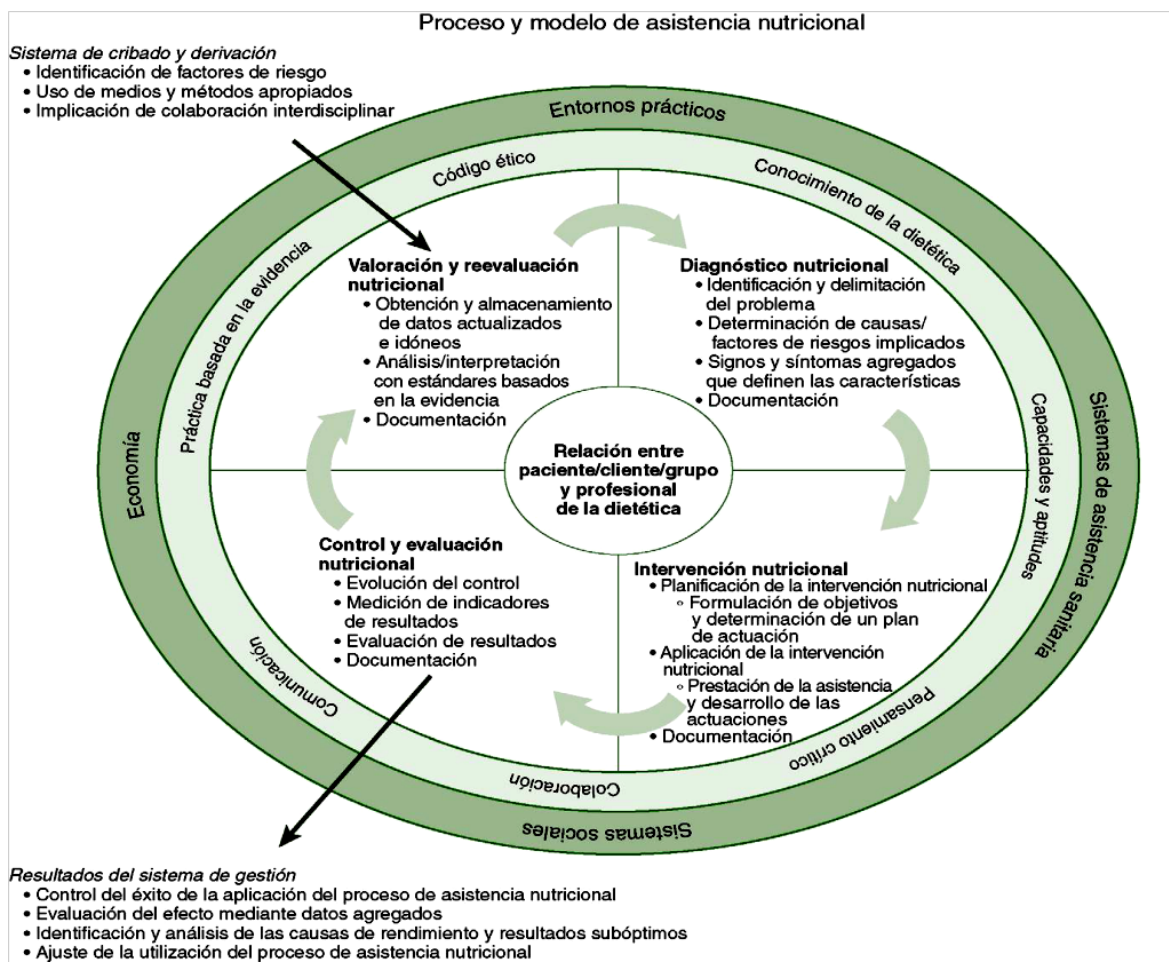


Figura 2. Marco general del modelo de atención nutricional

Fuente: American Dietetic Association, (2007).

Núcleo central: Es la interrelación entre paciente y nutricionista. Tomando en cuenta las cuatro etapas del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional: valoración, diagnóstico, intervención y monitoreo nutricional. Además se toma relevancia en la educación de los nutricionistas, los conocimientos interpersonales adquiridos a lo largo de su vida profesional, la habilidad para escuchar al paciente, la empatía, el coaching, y el refuerzo nutricional (Montoya & Múnica, 2014).

Anillo de Secundaria o denominado anillo medio: Siguiendo por el anillo medio, se basa en la habilidad del nutricionista para la toma de decisiones mediante el pensamiento crítico y su habilidad para influir en los pacientes para una mejor evolución nutricional, poniendo en práctica la ética del profesional, la colaboración y la comunicación, apoyándose en la evidencia práctica y científica, para una mejor toma de decisiones y con el criterio de otros

profesionales de salud cuando la intervención es multidisciplinaria (American Dietetic Association, 2007).

Anillo exterior: que se enfoca en los indicadores del medio ambiente como los factores económicos y sociales, los sistemas de atención de salud, que permiten evaluar que el paciente tenga resultados tanto positivos o negativos al tratamiento, confirmando una correcta evolución nutricional en el paciente (American Dietetic Association, 2007).

2.3.1 Sistemas de apoyo:

Proyección o Sistema de Referencia: nos permite conocer como es el acceso a la Atención Nutricional y no es un paso dentro del Proceso de Atención Nutricional. Sin embargo es importante realizarlo ya que está afuera del "cuidado" real y proporciona acceso al PCN. Este sistema de apoyo se realiza a través de las herramientas: Screening (identifica a los pacientes que requieren una intervención especial) (Montoya & Múnera, 2014).

Resultados del sistema de gestión: evalúa la eficacia y la eficiencia de todo el PCN en sus tres etapas (evaluación, diagnóstico, intervenciones) y el costo, mientras que el cuarto paso (monitoreo nutricional) se refiere a la evaluación progresiva de los resultados. Estos resultados son en base a los niveles anteriores de desempeño; normas organizativas, regionales o nacionales (Montoya & Múnera, 2014).

2.4 Utilidad de la aplicación de Proceso de Cuidado Nutricional

2.4.1 Importancia del Proceso de Cuidado Nutricional

La importancia de aplicar el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional permite que los nutricionistas obtengan una estructura y un método coherente y sistemático mediante el cual les facilita desarrollar el pensamiento crítico para una mejor toma de decisiones,

estableciendo entre si un vínculo de calidad y autonomía profesional (Montoya & Múnera, 2014).

Es una herramienta para la recopilación de datos válidos y fiables para mejorar la calidad general de la atención prestada. El uso PCN ayuda a mejorar los resultados de salud tanto individual como comunitario, en la reducción de costos sanitarios así como de medicamentos e interconsultas (Montoya & Múnera, 2014).

2.4.2 Beneficios de la aplicación del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA

El modelo del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional es un proceso sistemático creado para incrementar la calidad de la atención nutricional. Buscando beneficios tanto a nivel del profesional como del paciente (Defranchi & Nelson, 2009).

2.4.2.1. Valoración Nutricional

Indaga sobre datos cuantitativos y cualitativos del paciente los cuales son analizados e interpretados por el profesional y sirven como una guía para validar la atención nutricional y proporcionar un mejor cuidado (Mathieu, Foust, & Ouellette, 2005).

2.4.2.2. Diagnostico Nutricional

La implementación de un lenguaje estandarizado permite al nutricionista identificar un problema netamente nutricional; lo que conlleva a desarrollar su pensamiento crítico y a mejorar sus habilidades en la resolución de problemas (Lacey K. , 2006). Esto permite elaborar una documentación clara y precisa de los diagnósticos nutricionales y reunir información sobre la efectividad de las intervenciones de los profesionales nutricionistas (Hakel, Lewis, & Eskridge, 2005).

Los términos estandarizados mejoran la comunicación tanto escrita como oral entre el equipo de salud y la atención al paciente logrando así los resultados deseados de los pacientes y del nutricionista (Lacey & Cross, 2002).

Al indagar en la causa del problema nutricional el profesional nutricionista podrá indicar el tratamiento correcto que permita corregir o mejorar el diagnóstico del paciente (Lacey K. , 2006). Además conocer la causa que ayudara al nutricionista a priorizar las intervenciones, ya que la existencia de uno de los problemas puede ser la causa del otro (Lacey & Cross, 2002).

2.4.2.3. Intervención Nutricional

Los nutricionistas al aplicar este nuevo proceso pueden establecer objetivos y metas realistas en la intervención nutricional individualizada de cada paciente, obteniendo así resultados visibles a corto plazo (Lacey K. , 2006).

2.4.2.4. Monitoreo Nutricional

La incorporación de este modelo del Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional en la atención de los pacientes complementa el proceso médico y de enfermería mostrando así una mejor resolución de problemas (Lacey K. , 2006).

Este proceso al proporcionar un lenguaje común, permite que sus resultados sean medibles; dando así un mayor sentido de autonomía al profesional nutricionista y esto ha permitido deslingarnos de buscar el permiso de los diferentes miembros del equipo de salud sino actuar bajo nuestra responsabilidad y la máxima brevedad posible sobre los problemas nutricionales que presentan los pacientes (Mathieu, Foust, & Ouellette, 2005).

2.5 Hipótesis

La nutricionistas del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” actualmente no llevan un proceso de cuidado nutricional sistematizado en consulta externa.

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Valoración nutricional	La valoración nutricional permite interpretar los datos obtenidos del paciente, para conocer los problemas nutricionales	Valoración Antropométrica	La antropometría valora dimensiones físicas, las medidas y proporciones del cuerpo en una posición fija, para la detección de la pérdida o ganancia de peso a nivel corporal.	Porcentaje de pacientes a los que se toma medidas antropométricas.
		Valoración Bioquímica	Los parámetros bioquímicos ayudan a tener una información sobre el estado nutricional, en cuanto al déficit o exceso de nutrientes.	Frecuencia de la revisión de datos bioquímicos

		<p>Valoración Clínica</p>	<p>Conocimiento de la historia nutricional del paciente es decir, todos los datos relacionados a la nutrición</p>	<p>Frecuencia con la que se identifica los signos clínicos relacionados con la nutrición</p>
		<p>Valoración Dietética</p>	<p>Investiga sobre antecedentes, patrones alimentarios, hábitos, conductas alimentarias erróneas, horarios, alimentos consumidos, tamaño de porciones y el uso de suplementos.</p>	<p>Frecuencia con que la nutricionista indaga sobre antecedentes alimentarios</p>
<p>Diagnóstico nutricional</p>	<p>La identificación de un problema nutricional, del cual el profesional de nutrición es</p>	<p>Diagnóstico PES</p>	<p>Es un lenguaje estandarizado, el cual permite conocer el problema nutricional, la</p>	<p>Frecuencia del uso de diagnósticos con estructura PES</p>

	responsable de tratar independientemente		etiología, los signos y síntomas de dicho problema.	
		Diagnóstico por IMC	Permite conocer el estado nutricional del paciente relacionando dos variables peso y talla.	Frecuencia del uso de diagnósticos basados en IMC
		Diagnóstico basado netamente en problemas médicos e IMC	Permite identificar una enfermedad, además de relacionar el peso y la talla.	Frecuencia del uso de diagnósticos basados en problemas médicos e IMC
Intervención nutricional	Utiliza acciones específicas para intervenir y mejorar el diagnóstico nutricional del paciente tomando en cuenta los indicadores de problemas para actuar sobre ellos y	Planificación	Es la priorización nutricional, con una prescripción de requerimientos de energía y nutrientes, estableciendo los objetivos y las estrategias de intervención	Proporción de personas que se benefician de una planificación nutricional

	mejorar la salud nutricional del paciente	Aplicación	Comunicación y socialización con el paciente del plan nutricional, dándole a conocer las estrategias propuestas en la intervención	Proporción de personas que han sido educadas para llevar a cabo su tratamiento nutricional
Monitoreo nutricional	Es un seguimiento y revaloración de las etapas ya antes mencionadas, midiendo el progreso y los resultados de la intervención nutricional en el paciente	Revaloración	Valoración nutricional que permite conocer el cumplimiento de los objetivos propuestos en la intervención	Porcentaje de pacientes que son revalorados
		Nuevos diagnósticos	Permite conocer el nuevo estado nutricional del paciente	Frecuencia de pacientes asignados nuevos diagnósticos
		Intervención	Conjunto de actividades para el cambio de hábitos y comportamientos	Frecuencia de pacientes realizados cambios en la intervención

			alimentarios	
--	--	--	--------------	--

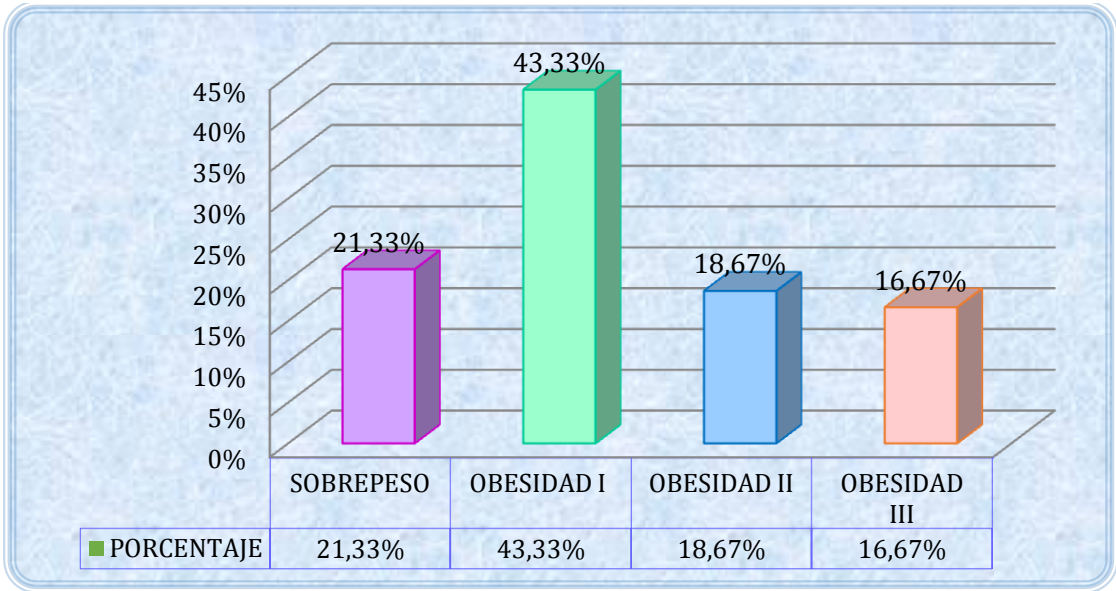
Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Resultados

3.1.1 Consulta nutricional que se da en el “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” utilizando el Proceso de Cuidado Nutricional establecido por la ADA

Gráfico No.1

Estado Nutricional de Pacientes que Asisten a Consulta Externa del H.E.E.E. en el periodo de Junio – Agosto 2015



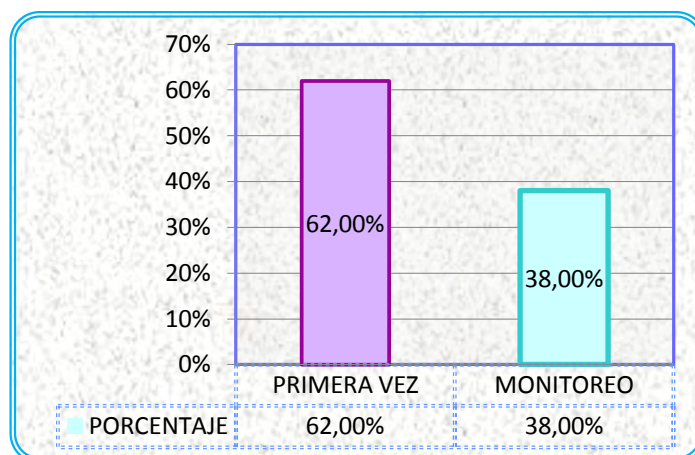
Fuente: Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios aplicado en el H.E.E.E. Consulta Externa de Nutrición, 2015
Elaborado por: Herrera, G, & Vinueza, E., (2015)

Dentro de la muestra escogida el estado nutricional que prevalece en los pacientes del H.E.E.E. es la Obesidad grado I, frente a los demás estados nutricionales como sobrepeso, obesidad II y obesidad III que se mantienen aproximadamente en similares porcentajes, por lo

cual con el menor número de pacientes atendidos en consulta externa de nutrición en el periodo de junio-agosto 2015 es la obesidad grado III.

Gráfico No.2

Número de Visita de los Pacientes que Asisten en Consulta Externa del H.E.E.E. en el periodo De Junio – Agosto 2015



Fuente: Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios aplicado en el H.E.E.E. Consulta Externa de Nutrición, 2015

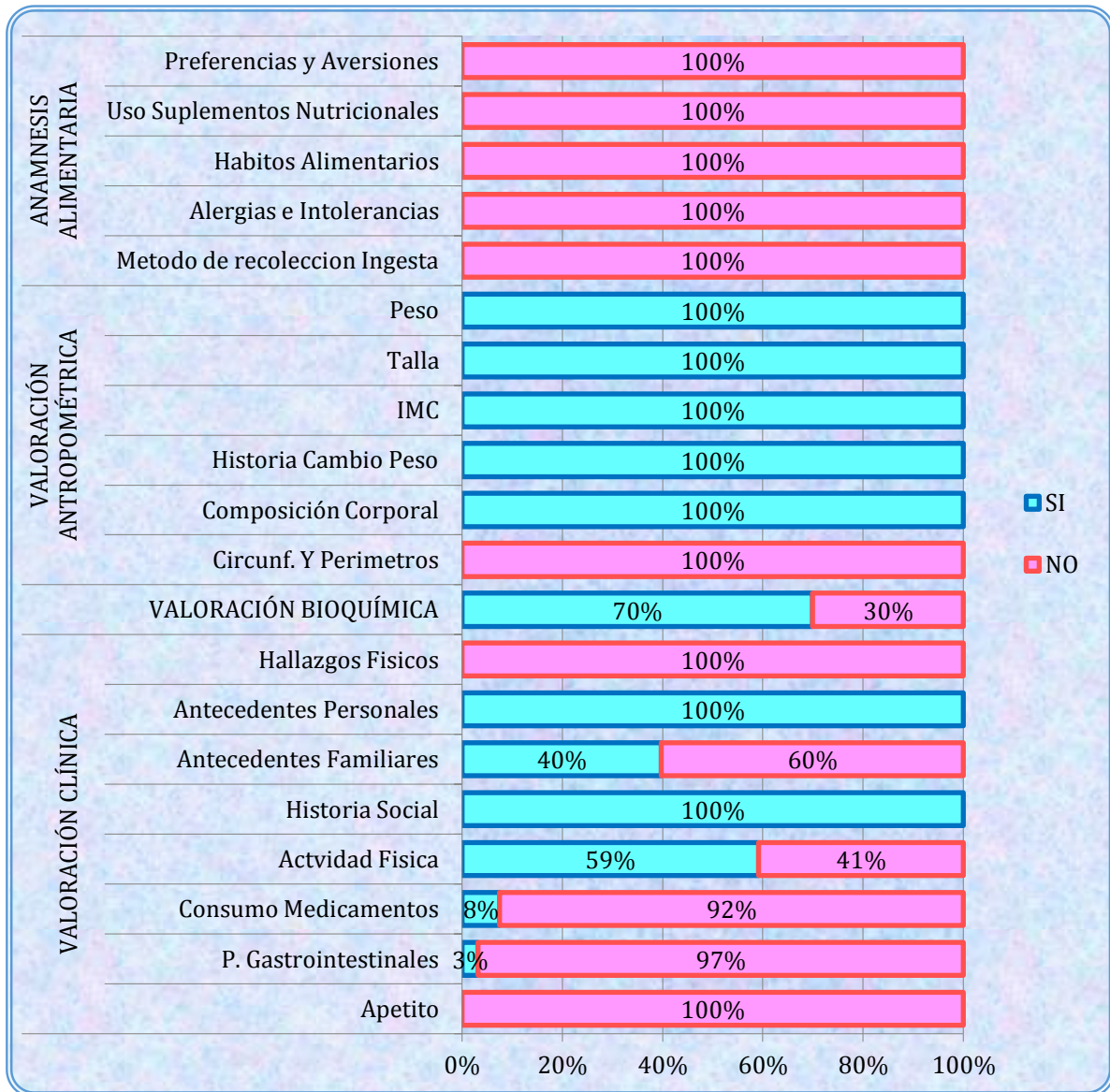
Elaborado por: Herrera, G, & Vinueza, E., (2015)

Para el análisis de la muestra escogida se tomó mayor número de pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de nutrición y un menor número de pacientes de monitoreo, ya que el estudio prevalece en conocer el proceso total que se aplica en consulta externa.

3.1.2 Identificación de los pasos aplicados en la etapa de valoración nutricional que se apeguen al sistema establecido por la ADA

Gráfico No. 3

Registro de Datos de Valoración Nutricional en la Historia Clínica de los Pacientes que Acuden Consulta Externa del H.E.E.E. en el periodo de Junio – Agosto 2015



Fuente: Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios aplicado en el H.E.E.E. Consulta Externa de Nutrición, 2015
 Elaborado por: Herrera, G, & Vinueza, E., (2015)

1. Anamnesis Alimentaria

Las nutricionistas del H.E.E.E. en consulta externa, no registran información sobre la anamnesis alimentaria de los pacientes en su historia clínica, es decir que no quedan registrado datos que evidencien las preferencias y aversiones alimentarias, uso de suplementos nutricionales, hábitos alimentarios, alergias e intolerancias alimentarias y algún método de recolección de ingesta alimentaria.

2. Valoración Antropométrica

Las nutricionistas del H.E.E.E. en consulta externa, realizan y registran casi todas las tomas de mediciones antropométricas establecidas por el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional Establecido por la ADA, es decir que pesan, tallan, realizan los cálculos de IMC, abren y registran una historia de cambios de peso y toman datos de composición corporal (%MG, % Agua, %MM), mientras que a ningún paciente se le realiza tomas de datos o mediciones de circunferencias y perímetros.

3. Datos Bioquímicos propios de la Nutrición

Las nutricionistas del H.E.E.E. en consulta externa, revisan y registran datos bioquímicos relacionados a la nutrición en un mayor número de pacientes (70%) que acuden a la consulta nutricional, generalmente utilizan datos de hemograma, perfil lipídico, glucosa, concentraciones séricas hormonales, proteínograma, según la necesidad del paciente.

4. Historia Clínica

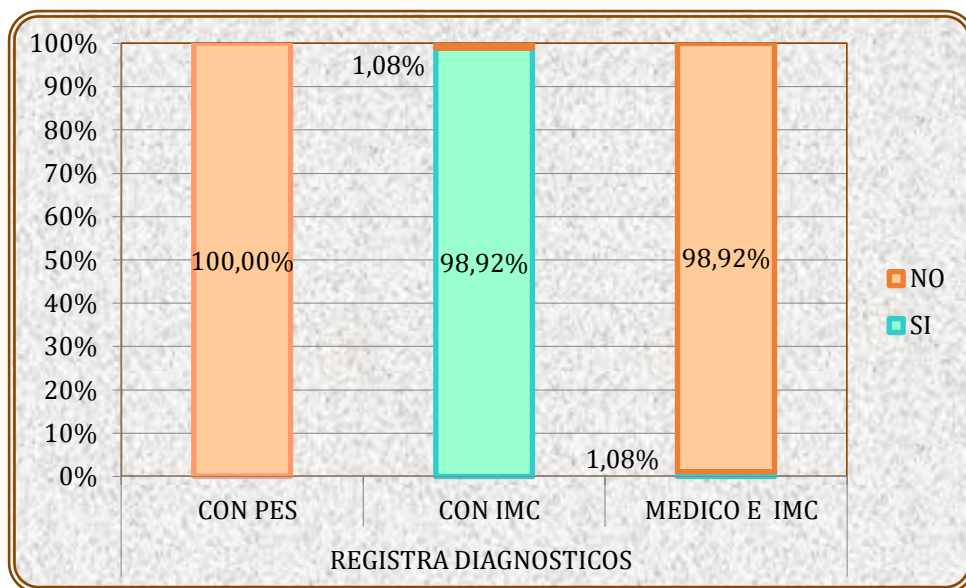
El personal de nutrición del H.E.E.E. en consulta externa, no indaga ni registran en su totalidad información de 2 ítems que son: hallazgos físicos enfocados en la nutrición y el apetito de los pacientes, mientras que si preguntan y registran información de todos los pacientes que acuden, son los antecedentes personales y la historia social del paciente en la cual entra: instrucción, estado civil, ocupación, etc.

En la mayor parte de los pacientes se indaga información sobre actividad física y en una minoría de pacientes se registran en la historia clínica datos acerca de: Antecedentes patológicos familiares en un 40%, consumo de medicamentos se analiza un 8% y por último los problemas gastrointestinales se indaga en un 3% de todos los pacientes con sobrepeso y obesidad que acuden a consulta externa de nutrición.

3.1.3 Tipos de diagnósticos que se manejan para pacientes con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Gráfico No. 4

Registro De Diagnósticos en la Historia Clínica de los Pacientes que Acuden Consulta Externa del H.E.E.E. en el Periodo de Junio – Agosto 2015



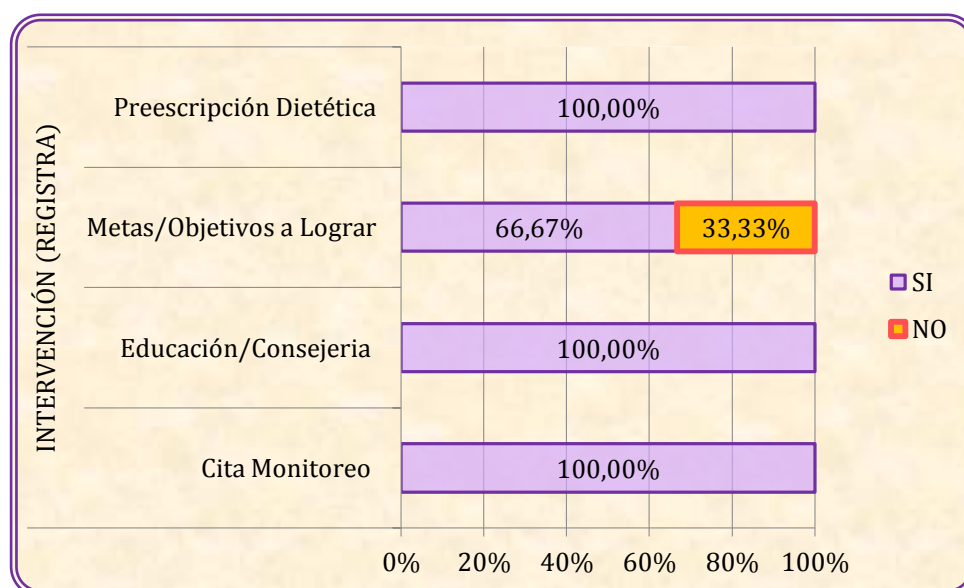
Fuente: Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios aplicado en el H.E.E.E. Consulta Externa de Nutrición, 2015
Elaborado por: Herrera, G, & Vinueza, E., (2015)

El personal de nutrición de H.E.E.E. realiza y registra diagnósticos basados en IMC en casi la totalidad de pacientes que acuden por primera vez y tan solo en un paciente se le estableció el estado nutricional por medio de un diagnostico medico con IMC; por otro lado el personal de nutrición de H.E.E.E. no aplican ningún diagnostico nutricional basándose en estructura PES.

3.1.4 Manejo de intervención nutricional del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Gráfico No. 5

Registro de Datos de Intervención Nutricional en la Historia Clínica de los Pacientes que Acuden Consulta Externa del H.E.E.E. en el Periodo de Junio – Agosto 2015



Fuente: Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios aplicado en el H.E.E.E. Consulta Externa de Nutrición, 2015

Elaborado por: Herrera, G, & Vinueza, E., (2015)

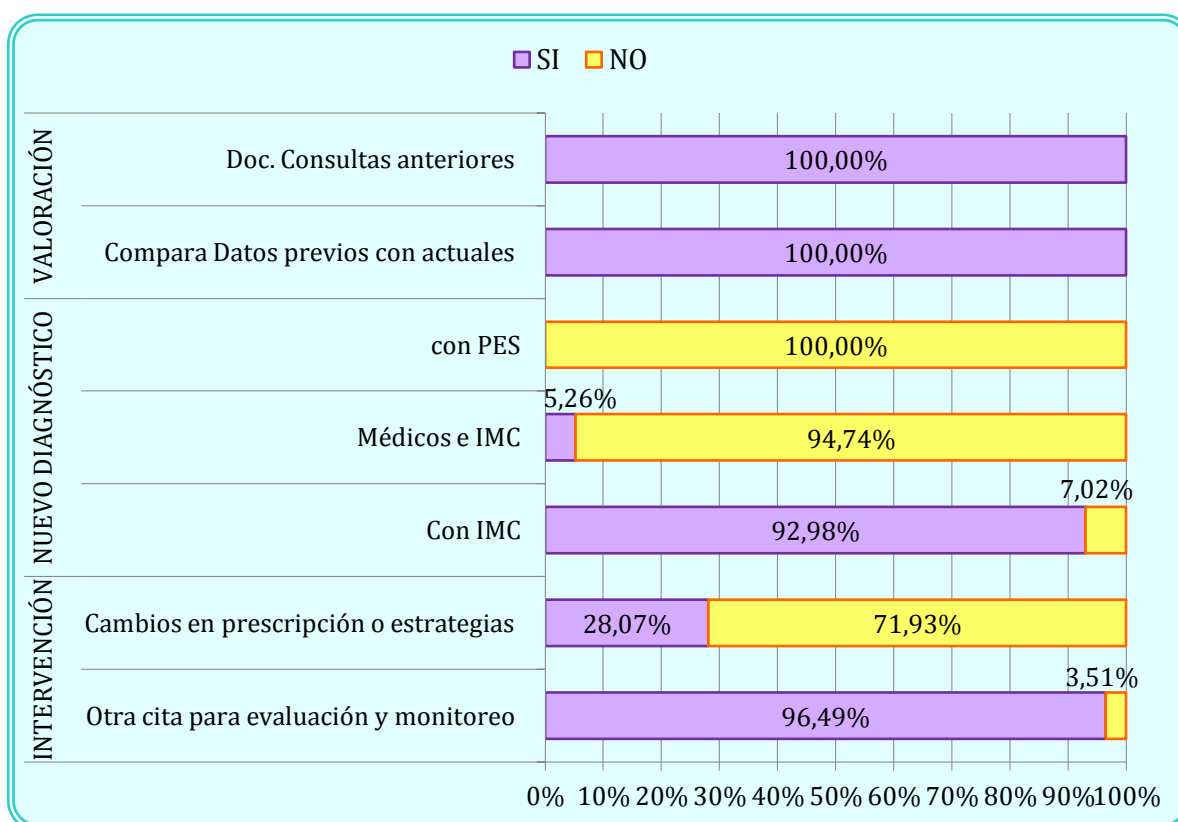
Las nutricionistas del H.E.E.E en la consulta externa, con los pacientes que acuden por primera vez, cumplen totalmente los siguientes parámetros: prescripción dietética (calorías, tipo de dieta, fraccionamiento), registran educación nutricional y/o consejería nutricional y registran otra cita para evaluación y monitoreo, es decir que el 62% de la muestra que son pacientes que acuden por primera vez cumplen con los ítems mencionados, mientras que estos, no se aplican a los pacientes que acuden a monitoreo.

Por otro lado las nutricionistas registran en la historia clínica las metas/objetivos a lograr en 7 de cada 10 pacientes que acuden tanto a primera vez como a monitoreo.

3.1.5 Manejo la Etapa de monitoreo y su desarrollo del Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”

Gráfico No. 6

Registro de Datos de la Etapa de Monitoreo en la Historia Clínica de los Pacientes que Acuden Consulta Externa del H.E.E.E. en el Periodo de Junio – Agosto 2015



Fuente: Check list de Información de Registros y Documentos Hospitalarios aplicado en el H.E.E.E. Consulta Externa de Nutrición, 2015
Elaborado por: Herrera, G, & Vinueza, E., (2015)

Las nutricionistas del H.E.E.E en la consulta externa de monitoreo registran de todos los pacientes, la documentación de consultas anteriores y comparan los datos previos con los datos actuales.

En cuanto a la prescripción y estrategias dietéticas sí se registran cambios en 3 de cada 10 pacientes de monitoreo, por otro lado se observa que las nutricionistas asignan y registran

otra cita para evaluación y monitoreo al 96,5% de pacientes, mientras que el 3,51% no recibe ninguna asignación para otra cita.

Nuevos Diagnósticos en Monitoreo

El personal de nutrición del H.E.E.E en la consulta externa, si realiza nuevos diagnósticos del total de pacientes de monitoreo, el 93% recibe nuevos diagnósticos pero basados netamente en el IMC y el 5,26% basado en diagnósticos médicos con IMC; en cuanto a los diagnósticos basados en el formato PES no se los aplica en un ningún paciente.

3.2 Discusión

Este estudio consiste en identificar qué etapas del proceso de cuidado y manejo nutricional establecido por la ADA utilizan los profesionales en la atención nutricional en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Un estudio realizado en Canadá por Atkins, Basualdo, & Hotson, (2010) mencionan que el proceso establecido por la ADA permite identificar los problemas nutricionales y brinda una intervención adecuada para resolverlos, logrando así mejores resultados que serán medidos en la etapa de monitoreo, permitiendo verificar si la intervención propuesta es la correcta o necesita cambios para mejorar los resultados.

Las nutricionistas del hospital en estudio, en su atención realizan una serie de pasos similares al proceso establecido por la ADA. En la etapa de valoración nutricional: no se registran datos sobre la anamnesis alimentaria (hábitos alimentarios, consumo de suplementos nutricionales, preferencias, aversiones, método de recolección de ingesta alimentaria, alergias e intolerancias) a pesar que en algunos pacientes si se indagan dichos parámetros; la evaluación antropométrica cumple en un 90% los criterios establecidos por la ADA, la valoración bioquímica se cumple en un 70% y la valoración clínica se cumple en un menor porcentaje. En cuanto a la valoración antropométrica se cumple casi en su totalidad, ya que en el H.E.E.E las nutricionistas en su consulta externa cuentan con una balanza tecnológica especializada que arroja datos precisos del porcentaje de agua, masa magra y masa grasa corporal, riesgo metabólico, peso y edad biológica de los pacientes; sin embargo, las profesionales no toman en cuenta las medidas de perímetros ni de circunferencias de los pacientes mientras que, en algunos estudios realizados en distintos países se puede identificar el porcentaje de utilización de este proceso con respecto a la etapa de valoración. En el estudio de Kim & Baek, (2013) se investiga la aplicación del proceso de cuidado nutricional en 7 instituciones de salud de las cuales 4 hospitales han introducido la etapa de valoración nutricional completa en un 57.1%.

El aplicar el PCN ha ocasionado un giro inesperado en nutrición, permitiendo que el profesional dietista desarrolle un pensamiento crítico a través del aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades; proporcionando así una atención nutricional eficaz. (Atkins, Basualdo, & Hotson, 2010), para que sea utilizado este pensamiento crítico como siguiente etapa es el establecimiento de diagnósticos nutricionales, en este estudio se pudo determinar que los diagnósticos no están claramente documentados en cuanto a los problemas nutricionales, por tal motivo las nutricionistas determinan el estado nutricional de los pacientes a través del cálculo del IMC en un 98.92%, ya que el personal nutricionista desconoce de la nueva terminología y esquema de los diagnósticos nutricionales, lo cual no permite brindar una intervención que mejore o corrija específicamente problemas nutricionales. Mientras que en otros países, en donde se ha implementado el proceso de cuidado y manejo nutricional sí desarrollan diagnósticos nutricionales en formato PES junto con la terminología IDNT, los cuales ayudan a los profesionales dietistas a actuar directamente en los problemas nutricionales mejorando signos y síntomas que el paciente presenta (Kim & Baek, 2013). Así, lo encontrado se relaciona con el estudio de Hakel, Lewis, & Eskridge, (2005) donde realizan una comparación entre dos hospitales del Medio Oeste sobre la implementación de diagnósticos nutricionales en estructura PES, dando como resultado que en la institución “A” documentaron aproximadamente tres veces más diagnósticos nutricionales que la institución “B”. En otro estudio realizado en Korea de Kim & Baek, (2013) se investiga 7 hospitales de los cuales todos cumplen con la implementación del paso de diagnóstico nutricionales en formato PES en un 100%.

La intervención establecida tanto por la ADA y el proceso que aplican los profesionales del Área de nutrición en el H.E.E.E. es similar y se sustentan a través del uso de diversos datos obtenidos, tales como: la prescripción dietética (calorías, tipo de dieta, fraccionamiento), el registro de la educación nutricional y consejería nutricional, además del registro de otra cita para evaluación y monitoreo, mismos que se cumplen en un 100%, sin

embargo hay que aclarar que el alcance de objetivos y metas se da en un 66.67% en el Hospital estudiado. Para que se logre obtener mejores resultados y que sean visibles en diferentes hospitales a nivel mundial se han llevado a cabo varios estudios con la implementación de este proceso. Entre estos estudios se puede mencionar el de Hakel, Lewis, & Eskridge, (2005) que nos indica que en la comparación de la institución “A” y “B” la aplicación de este paso es de un 80% y 66.7% respectivamente. Concluyendo que el 30% de las intervenciones se encuentran registradas. Por otro lado, el estudio de Kim & Baek, (2013) indica que de los siete hospitales tan solo dos han introducido este paso en un porcentaje del 28.6% logrando ahorrar tiempo en la consulta nutricional.

Como etapa fundamental y determinante se tiene el paso de monitoreo el cual ayuda al nutricionista a comprobar si la intervención se está cumpliendo. Dentro del proceso de evaluación y monitoreo se encuentra: la revaloración, etapa cumplida en su totalidad con criterios de registro de documentación de consultas anteriores y comparación con datos actuales; la etapa de diagnóstico es similar a la que se lleva a cabo con pacientes por primera vez, pues se basan mayormente en el IMC, dejando de lado el uso de diagnósticos nutricionales con estructura PES, en cuanto a los cambios en prescripción o estrategias dietéticas se dio en un 28,07% esto significa que estas personas no se adaptaron con el plan de alimentación impartido por las nutricionistas; mientras que la asignación de otra cita es del 96.49%, ya que el 3.51% fueron dados de alta por resultados favorables en cuanto a su tratamiento; tal como ocurre en el estudio de Kim & Baek,(2013) donde muestra que de los siete hospitales participantes en la investigación, tan solo 3 aplican todo el proceso del monitoreo en un 42.9%, ocasionando que exista un seguimiento correcto a los pacientes.

La implementación de este proceso estandarizado en la etapa inicial puede ser difícil debido a la nueva metodología que deben aplicar en su trabajo los nutricionistas, pero al ponerlo en práctica y al adaptarse a este proceso el tiempo de trabajo de los dietistas disminuye considerablemente (Kim & Baek, 2013) . El desarrollo de este proceso en los

hospitales estudiados aún se encuentra en etapas tempranas debido a la falta de conocimientos y a la elevada carga de trabajo al poner en práctica dicho proceso (Kim & Baek, 2013).

CONCLUSIONES

La atención que brindan las nutricionistas del H.E.E.E constan de cuatro etapas al igual que el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA; valoración, diagnóstico, intervención y monitoreo nutricional las cuales son indagadas superficialmente y no tienen un orden específico durante la atención individualizada en cada uno de los pasos mencionados anteriormente; en la etapa de valoración se ha puesto en primer plano los datos antropométricos como lo más importante, dejando de lado los datos dietéticos que son indagados en pocas ocasiones; en cuanto a los diagnósticos, tan solo se utiliza la interpretación del IMC, sin tomar en cuenta los problemas nutricionales específicos determinados por diagnósticos con estructura PES; no obstante las etapas de intervención y monitoreo son similares a lo que establece la ADA pero no profundizan por la falta de estandarización de diagnósticos nutricionales.

A través de la observación de la atención nutricional brindada por las nutricionistas, se pudo conocer que el poco interés por las autoridades que manejan las diferentes áreas del H.E.E.E especialmente la de dietética y nutrición, ha ocasionado que la atención brindada a los pacientes sea muy poco significativa, debido a la escases y limitación de profesionales nutricionistas en consulta externa, además por la falta de tiempo y espacio físico en la consulta que son consecuencias de la excesiva demanda de pacientes ha encaminado que no se le dé importancia al nutricionista en su área de trabajo y la falta de capacitación o actualización de los diferentes procesos establecidos a ocasionado que no sobresalgan ante los demás profesionales del área de salud.

La nutricionista realiza una exploración en los ámbitos de valoración antropométrica, clínica, bioquímica y dietética, no indagan en todos los ítems que ha establecido la ADA y en la valoración dietética tan solo indagan sobre la anamnesis y preferencias alimentarias de los

pacientes, pero no los registran físicamente en las historias clínicas una mejor retroalimentación el monitoreo.

Los diagnósticos que brindan las nutricionistas del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo son determinados a través del IMC, el cual solo permite conocer el estado nutricional de forma global, pero no identifica los problemas nutricionales específicos de cada paciente.

La intervención proporcionada por el profesional nutricionista se asemeja a la intervención establecida por la ADA, la cual consta de la prescripción individualizada, metas, objetivos y educación nutricional contribuya a mejorar el estado nutricional del paciente, sin embargo cabe recalcar que dicha intervención no se enfoca en problemas nutricionales específicos sino mas bien en el IMC que se obtuvo de paciente.

Las profesionales nutricionistas no han dejado de lado la etapa de monitoreo, la cual les permite identificar resultados positivos o negativos individualizados de cada paciente, tomando en cuenta que el desarrollo de este paso es poco significativo si el paciente no concientiza en la problemática de su salud, además que por el no registros de datos importantes del proceso nutricional en la consulta de primera vez no se puede llegar a una correcta evolución del paciente ya que se desconocen los datos anteriores en cuanto a la anamnesis alimentaria.

La nutricionistas del “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo” actualmente no llevan un proceso de cuidado nutricional sistematizado en consulta externa, debido a que cumplen con una serie de pasos que se asemejan a los establecidos por la ADA, pero no lo aplican en un orden establecido, es decir que no es un proceso estandarizado, lo cual no les ayuda a brindar una mejor atención determinada para cada paciente, ya que estos pasos similares al Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional son aplicados de una manera global y no especifica para cada paciente.

RECOMENDACIONES

Conjuntamente decanos, subdecanos y profesionales de nutrición que laboran en las distintas Universidades del Ecuador que ofertan la Carrera de Nutrición Humana, deberían llegar a un acuerdo e implementar en cada una de las materias impartidas, el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional establecido por la ADA; el cual además de ser visto teóricamente, debería ser aplicado en el área práctica para facilitar el desenvolvimiento de los futuros profesionales y que a lo largo de toda la carrera se siga implementando.

Sería importante que los profesionales del Ministerio de Salud del Área de Nutrición sean los primeros en capacitarse sobre el tema y los beneficios de la aplicación de este Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional, comparando lo que se ha llevado a cabo hasta el momento en los diferentes países del mundo, para poder difundirlo y aplicarlo en el Ecuador con el fin de brindar y obtener mejores resultados de la atención nutricional, a través de la creación de protocolos e implementación de la lista de diagnósticos en los sistemas informáticos de los hospitales del Ecuador.

Se debería realizar seminarios, congresos, talleres y programas de capacitación del proceso de cuidado y manejo nutricional dirigido a profesionales del área de nutrición permitiéndoles conocer la correcta aplicación de este nuevo proceso estandarizado establecido por la ADA.

BIBLIOGRAFÍA

- ADA. (2008). *Proceso de Cuidado Nutricio - International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Standardized Language for the Nutrition Care Process* (Second Edition ed.). American Dietetic Association.
- American Dietetic Association. (2007). *NUTRITION DIAGNOSIS AND INTERVENTION: Standardized language for the Nutrition Care Process*. USA: Publication Highlights.
- Atkins, M., Basualdo, C., & Hotson, B. (2010). CANADIAN PERSPECTIVES ON THE NUTRITION CARE PROCESS AND INTERNATIONAL DIETETICS AND NUTRITION TERMINOLOGY. *Dietitians of Canada*, 1-10.
- Briggs, M., Fleischhacker, S., & Mueller, C. (2010). Position of the American Dietetic Association, School Nutrition Association, and Society for Nutrition Education: Comprehensive School Nutrition Services. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(6), 360-372.
- Canalizo, E., Favela, E., Salas, J., Gomez, R., Jara, R., Del Pilar, L., & Viniegra, A. (2013). Guía de práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(6), 700-711.
- Cid Lagunes, C., & Romero, A. (2012). Efecto del Proceso de Cuidado Nutricional y del Tratamiento convencional en los parámetros nutricios de pacientes con síndrome metabólico. *Universidad Iberoamericana Puebla*.
- Defranchi, R., & Nelson, J. (2009). Evolution and trends of the dietetics profession in the United States of America and in Argentina: North and South united by similar challenges. *Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutricion*, 59(2), 113-119.
- Díez, R., Souza, A., & Proenca, R. (2012). Qualifying Instrument for Evaluation of Food and Nutritional Care in Hospital. *NUTRICIÓN HOSPITALARIA*, 27(4), 1170-1177.
- Gallegos, S., Cifuentes, M., & Santana, S. (2015). Estado de los Cuidados Alimentarios y Nutricionales de los Hospitales Públicos del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 443-448.
- Group of the Nutrition Care Process/ Standardized Language Commite. (2008). Nutrition Care Process and Model. *American Dietetic Association*, 108(7), 113-117.

- Hakel, N., Lewis, N., & Eskridge, k. (2005). Orientation to Nutrition Care Process Standards Improves Nutrition Care Documentation by Nutrition Practitioners. *American Dietetic Association, 105*(10), 1582-1589.
- Hammond, M, Myers, E., & Trostler, N. (2014). Nutrition Care Process and Model: An Academic and Practice Odyssey. *Academy of Nutrition and Dietetics, 114*(12), 1879-1894.
- Herrera, M. (2010). Guía de la Asociación Americana de Dietética para el cuidado y manejo. *An Venez Nutr, 23*(6), 108-120.
- Hunot, C., Vizmanos, B., & Arellano, L. (2007). Propuesta de una estrategia de terapia medico nutrimental del paciente con obesidad o sobrepeso. *Medigraphic Artemisa, 4*(2), 104-117.
- Hunot, C., Vizmanos, B., & Arellano, L. (2007). Propuesta de una estrategia de terapia medico nutrimental del paciente con obesidad o sobrepeso. *Medigraphic Artemias, 9*(2), 104-117.
- Kieselhorst, K., Skates, J., & Pritchett, E. (2005). American Dietetic Association: Standards of Practice in Nutrition Care and Updated Standards of Professional Performance. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 105*(4), 641-656.
- Kim, E., & Baek, H. (2013). A Survey on the Status of Nutrition Care Process Implementation in Korean Hospitals. *Clinical Nutrition Research, 143*(2), 143-148.
- Lacey, K. (2006). Teaching ADA's Nutrition Care Process and Nutrition Diagnoses. *Top Clin Nutr, 21*(3), 169-175.
- Lacey, K., & Cross, N. (2002). A problem-based nutrition care model that is diagnostic driven and allows for monitoring and managing outcomes. *American Dietetic Association, 102*(4), 578-589.
- Lacey, K., & Prtichett, E. (2006). Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 103*(8), 1061-1072.
- Llopis, P., Luna, P., Avellana, A., & Bou, R. (2012). Organización y Funcionamiento de la Atención Nutricional; el modelo implantado en el Hospital Universitario de la Ribera. *NUTRICION HOSPITALARIA, 27*(2), 529-536.

- Mathieu, J., Foust, M., & Ouellette, P. (2005). Implementing Nutrition Diagnosis, Step Two in the Nutrition Care Process and Model: Challenges and Lessons Learned in Two Health Care Facilities. *American Dietetic Association, 105*(10), 1636-1640.
- Montoya, S., & Múnera, E. (2014). Efecto de la intervención nutricional temprana en el resultado clínico. *Nutrición Hoospitalaria, 29*(2), 427-436.
- MSP. (8 de Junio de 2013). *Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo"*. Recuperado el 28 de Octubre de 2015, de Ministerio de Salud Pública del Ecuador Dirección Nacional de Comunicación: <http://hee.gob.ec/>
- Organizacion Mundial de la Salud. (3 de Enero de 2015). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 28 de Febrero de 2015, de WHO: World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Red de Bibliotecas UNNE. (Octubre de 2009). *CALCULADORA PARA OBTENER EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA*. Recuperado el 1 de Noviembre de 2015, de Departamento de Sistemas Informáticos Integrales de la Facultad de Medicina - Universidad Nacional del Nordeste: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>
- Stitzel, K. (2006). Position of the American Dietetic Association: The Roles of Registered Dietitians and Dietetic Technicians, Registered in Health Promotion and Disease Prevention. *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 106*(11), 1875-1884.

esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que se vea afectada en ninguna manera mi atención en la unidad de salud.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Edad: _____ años

Fecha: _____ Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Participante: _____

Edad: _____ años

Huella dactilar del participante

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____ Día/mes/año

Anexo 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA
CHEK LIST DE INFORMACIÓN DE REGISTROS Y DOCUMENTOS HOSPITALARIOS

Fecha:	Diagnostico Medico:	Edad:		
Género:	Motivo de Consulta:			
Investigador:	Hospital y Servicio:			
	Consulta: Primera Consulta ____ Consulta de monitoreo ____			
Criterios de Observación			SI	NO
a. DATOS DE VALORACIÓN				
1. Anamnesis Alimentaria				
Registra información sobre preferencias y aversiones alimentarias				
Registra información sobre uso de suplementos nutricionales				
Registra datos de hábitos alimentarios				
Registra información sobre alergias o intolerancias alimentarias				
Registra información alimentaria mediante algún método de recolección de ingesta				
2. Valoración Antropométrica				
Registra el peso del paciente				
Registra la talla del paciente				
Registra el IMC				
Registra una historia de cambio de peso				
Registra composición corporal (%M:M, MG)				
Registra circunferencias/perímetros				
3. Datos Bioquímicos propios de la Nutrición				
Registra y utiliza datos bioquímicos				
4. Historia Clínica				
Registra hallazgos físico enfocados en la nutrición				
Registra información sobre antecedentes personales (patologías, cirugías)				
Registra información sobre antecedentes patológicos familiares				
Registra una historia social del paciente (instrucción, estado civil, ocupación, etc.)				
Registra información sobre actividad física del paciente				
Registra información sobre consumo de medicamentos				
Registra información sobre problemas gastrointestinales				
Registra información sobre apetito				
b. DATOS DE DIAGNÓSTICO				
Registra diagnostico basado netamente en problemas nutricionales (PES)				
Registra diagnóstico basado en el IMC.				
Registra diagnóstico basado netamente en problemas médicos e IMC				
c. DATOS DE INTERVENCIÓN				
Realiza prescripción dietética (calorías, tipo de dieta, fraccionamiento)				
Registra metas/objetivos a lograr				
Registra educación nutricional y/o consejería nutricional				
Registra otra cita para evaluación y monitoreo				
d. DATOS DE EVALUACIÓN Y MONITOREO				
Registra documentación de consultas anteriores				
Registra y compara los datos previos con los datos actuales				
Registra nuevos diagnósticos nutricionales (PES)				
Registra nuevos diagnósticos basados en problemas médicos e IMC				
Registra nuevos diagnósticos basado en IMC				
Registra cambios en la prescripción o estrategias dietéticas				
Registra otra cita para evaluación y monitoreo				

ELABORADO POR: - Mtr. Verónica Espinosa E. y Mtr. Gabriela Suárez C. **APOYO:** Mtr. William Galarza
 - Erika Vinueza y Gabriela Herrera (Estudiantes tesistas)

ANEXO 3



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO
GESTION DE ESTADISTICA

PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE ENERO A JULIO DEL 2015 DIAGNOSTICADOS CON OBESIDAD

DIAGNOSTICO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTAL
E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	2	1						3
E662 - OBESIDAD EXTREMA CON HIPOVENTILACION ALVEOLAR						1		1
E668 - OTROS TIPOS DE OBESIDAD	19	22	16	17	10	21	22	127
E669 - OBESIDAD NO ESPECIFICADA	73	79	58	62	58	68	58	456
Total general	94	102	74	79	68	90	80	587

jueves, 10 de septiembre de 2015
 FUENTE: BASE DE DATOS RDACAA

