



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPITULO DE LIBRO

TEMA:

**DESNUTRICIÓN: SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTOR: Dr. Fernando Rafael Campos Proaño

AUTOR: Johanna Alexandra Llumiquinga León

QUITO, 2024

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estos de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre: Johanna Alexandra Llumiquinga Leon

Cédula: 1719867366

Lugar y fecha: Quito, 03 de Febrero del 2024.

DEDICATORIA

Comenzaré por dedicármelo a mí, que jamás me di por vencida porque, pese a todo, sigo creyendo en mí, que cada esfuerzo empleado ha valido la pena y a cada uno de mis seres amados que han estado levantando mis ilusiones y aspiraciones. Mi lucha y mis logros son para Dios, mi amado esposo y mi adora familia.

AGRADECIMIENTOS

Gracias Dios, por ayudarme a cumplir sueño y hoy estoy escalando un peldaño de tu mano, junto a mis seres amados, mi esposo Alexis, Mis papás y familia incondicional, que han estado ahí en este largo camino, pero realmente ha valido la pena todo lo invertido, con gran orgullo, puedo decir lo logramos. Estimado Dr. Fernando Campos Gracias a su guía y ayuda durante esta ardua investigación, y a todos los docentes por su invaluable colaboración. Hoy me atrevo a decir que siempre hay que soñar que todo se cumple y trabajas en ello.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	ii
DEDICATORIA.....	Error! Bookmark not defined.
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA.....	3
3. DESARROLLO	4
3.1. Desnutrición: su impacto en la seguridad del paciente hospitalizado	4
3.1.1. Desnutrición hospitalaria.....	4
3.1.2. Epidemiología de la desnutrición hospitalaria.....	5
3.1.3. Tipos de desnutrición.....	8
3.2. Impacto de la desnutrición en la seguridad del paciente hospitalizado.....	11
3.2.1. Enfermedad crónica y aguda relacionada con desnutrición	13
3.2.2. Aumento de estancia hospitalaria.....	14
3.3. Estrategias para el manejo del paciente en riesgo de desnutrición	15
3.3.1. Implementación del cribado.....	16
3.3.2. Capacitación del personal de salud.....	17
3.3.3. Incorporación de nutricionistas especializados.....	18
3.3.4. Implementación de programas de atención nutricional.....	19
3.3.5. Terapia alimentaria y nutricional.....	19
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	22
Recomendaciones	23
5. BIBLIOGRAFÍA.....	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	5
<i>Algunos componentes del error médico</i>	5
Tabla 2	6
<i>Incidencia de la desnutrición hospitalaria por países</i>	6
Tabla 3	11
<i>Factores de riesgo de desnutrición</i>	11
Tabla 4	15
<i>Estrategias para el manejo de pacientes en riesgo de desnutrición</i>	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	9
<i>Paciente con desnutrición crónica</i>	9
Figura 2	10
<i>Paciente con desnutrición aguda</i>	10
Figura 3	20
<i>Proceso de tratamiento médico nutricional</i>	20

RESUMEN

El capítulo titulado *Desnutrición: su impacto en la seguridad del paciente hospitalizado* se desarrolla a partir de la revisión bibliográfica de artículos académicos publicados en distintos países: España, Perú, Bolivia, Ecuador, México, Cuba, Chile, Uruguay, datos de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud del Ecuador. Se inicia con el análisis de la desnutrición hospitalaria en el escenario regional y mundial. Luego, se describe la epidemiología de la desnutrición hospitalaria, los tipos de desnutrición y se reflexiona sobre el impacto de la desnutrición en la seguridad del paciente hospitalizado. Así también, en este trabajo se realiza un análisis comparativo entre la enfermedad crónica y aguda relacionada con desnutrición y en cómo esta determina un aumento de la estancia hospitalaria. Finalmente, se abordan las estrategias para el manejo del paciente en riesgo de desnutrición como la implementación del cribado, la capacitación del personal de salud, la implementación de programas de atención nutricional y el papel preventivo de la terapia alimentaria y nutricional.

ABSTRACT

The chapter entitled Malnutrition: its impact on the safety of hospitalized patients is developed from the bibliographic review of academic articles published in different countries: Spain, Peru, Bolivia, Ecuador, Mexico, Cuba, Chile, Uruguay, data from the World Organization of Health and the Ministry of Health of Ecuador. It begins with the analysis of hospital malnutrition in the regional and global scenario. Then, the epidemiology of hospital malnutrition, the types of malnutrition, and the impact of malnutrition on the safety of hospitalized patients are described. Likewise, in this work a comparative analysis is carried out between chronic and acute illness related to malnutrition and how this determines an increase in hospital stay. Finally, strategies for managing patients at risk of malnutrition are addressed, such as the implementation of screening, the training of health personnel, the implementation of nutritional care programs, and the preventive role of food and nutritional therapy.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la desnutrición en pacientes hospitalarios ha cobrado relevancia por las implicaciones que tiene sobre los resultados del paciente y por tanto sobre su seguridad, llegando a considerarse su falta de diagnóstico o su desarrollo durante la hospitalización como un error médico o evento adverso relacionado con el desarrollo de complicaciones infecciosas, sobre estancias, dehiscencias de suturas, y aumento del costo de atención.

Es importante considerar que la desnutrición hospitalaria ha sido descrita por varias ocasiones como una alarma ya que a partir de esta enfermedad comienzan los fracasos terapéuticos y el aumento de los costos de la atención médica, debido a que el paciente se expone a tener una mayor posibilidad de complicaciones, principalmente de tipo infeccioso.

De esta manera, se puede conocer que en las unidades de salud existen diferentes tipos de desnutrición que han sido un gran motivo de discusión en el ámbito médico a partir de los noventa, se emplea con mayor aceptación dentro de la comunidad médica los términos desnutrición crónica, aguda y mixta, es decir la desnutrición crónica se ha caracterizado por la reducción de grasa en los depósitos orgánicos del paciente produciendo adelgazado y con un mínimo de masa grasa y muscular, por otra parte, la desnutrición aguda se localiza, especialmente, “en niños con edema, hepatomegalia, alteraciones del cabello y piel, siendo poco encontrada en las enfermedades de adultos” (Waitzberg et al., 2013).

En este contexto, es de vital importancia tomar en cuenta que esta enfermedad debe ser tratada a través de una dieta especial y enfocada en el grado de desnutrición del paciente, de esta manera el personal medico podra evitar que el paciente pague un alto costo por el tratamiento a más del sufrimiento y dolor, que tiene que pasar y en varias ocasiones, se presenta una discapacidad y en otras veces la muerte.

2. METODOLOGÍA

Esta investigación bibliográfica incluye de manera exclusiva datos abiertos y/o públicos. Para la elaboración de este capítulo de libro se exploró y analizó artículos académicos sobre la desnutrición y su impacto en la seguridad del paciente hospitalizado. Se consideraron dos criterios de búsqueda: desnutrición hospitalaria e impacto en la seguridad del paciente.

El primer criterio de búsqueda arrojó cerca de 104.000 resultados y el segundo criterio, 977.000 resultados. Posteriormente se filtraron los resultados por idioma, fecha y frase exacta: páginas en español, del 11 de noviembre del 2013 al 11 de noviembre del 2023 y la frase exacta.

Los artículos fueron publicados en distintos países de la región: España, Perú, Bolivia, Ecuador, México, Cuba, Chile, Uruguay. Datos de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud del Ecuador sustentan este trabajo.

3. DESARROLLO

3.1. Desnutrición: su impacto en la seguridad del paciente hospitalizado

3.1.1. Desnutrición hospitalaria

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad hospitalaria como un paradigma que se enfoca en minimizar “el riesgo de ocurrencia de complicaciones y eventos adversos en el paciente durante la estancia y la atención en el centro de salud” (Garcés y Santana, 2019, p. 410). Sin embargo, la seguridad alimentaria hospitalaria (SAH) no ha sido considerada en este paradigma. La SAH implica que el paciente hospitalizado reciba “alimentos inocuos, nutritivos y saludables durante el tiempo que se prolongue la estancia hospitalaria”. (Garcés y Santana, 2019, p. 410). Cuando esto no ocurre, la salud del paciente puede sufrir un impacto importante. Desde el aumento del tiempo de estancia hospitalaria hasta el desarrollo de enfermedades crónicas y agudas relacionadas con desnutrición.

Hay que considerar además que, la “desnutrición hospitalaria (DH) ha sido identificada en reiteradas ocasiones como un predictor negativo e independiente de fracasos terapéuticos y encarecimiento de los costos de la atención médica”. La desnutrición hospitalaria expone al paciente a tener una mayor posibilidad de complicaciones, especialmente de tipo infeccioso.

Esta situación, que bien puede considerarse como un error médico, puede representar para un estado, millones de dólares. Además del costo humano que significa dolor, sufrimiento y, en ocasiones, discapacidad y muerte. En la Tabla 1 se describen algunos componentes del error médico.

Tabla 1

Algunos componentes del error médico

Descripción	Frecuencia, %
Errores de medicación	26.0
Infecciones intrahospitalarias	
• Infecciones del tracto urinario	32.0
• Infecciones de la herida quirúrgica	22.0
• Neumonía	15.0
• Infecciones del torrente sanguíneo	14.0
Errores diagnósticos	5.0
Errores quirúrgicos	43.0
Errores asociados a exámenes radiográficos y tratamientos radiantes [†]	0.001

Nota. Tomado de *La desnutrición hospitalaria: la pieza perdida dentro del rompecabezas de la seguridad hospitalaria* por (Garcés y Santana, 2019, p. 410)

Con respecto a estas cifras es importante puntualizar que, por ejemplo, un paciente desnutrido es más vulnerable a adquirir una bronconeumonía nosocomial. Así también, el “tratamiento de las infecciones asociadas/secundarias a la desnutrición obligaría al uso de antibióticos” (Garcés y Santana, 2019, p. 413).

3.1.2. Epidemiología de la desnutrición hospitalaria

Las cifras sobre afectaciones asociadas a desnutrición en los sistemas de salud pública son preocupantes. Entre el 7 y el 27% de pacientes hospitalizados llegan a ser afectados por esta condición. En algunos sistemas hospitalarios se alcanzan cifras que llegan a afectar, inclusive, a la mitad de la población hospitalizada. Las principales afectaciones las sufren pacientes en “unidades de cuidados intensivos, pacientes con

SIDA y enfermedades oncológicas” (Flores, Santos, Flores, Capcha y Ubillús, 2022, p. 7).

“La prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados ha sido ampliamente documentada en las últimas tres décadas y es de 19% hacia 80% de los enfermos hospitalizados” (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013, p. 225). El nivel de incidencia de la desnutrición hospitalaria en distintos países del mundo se observa en la Tabla 2.

Tabla 2

Incidencia de la desnutrición hospitalaria por países

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

Nota. Tomado de *La desnutrición hospitalaria* por (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013)

Un análisis de los datos de la región apuntan a un impacto de la desnutrición hospitalaria en Medicina General de 50,2%. En Brasil el porcentaje alcanza un 41,7%. Para este último país, en cirugía general tiene una cifra de 48%. En cualquier caso, el impacto de la desnutrición hospitalaria es alta. Las tasas de complicaciones y de mortalidad en pacientes con desnutrición son elevados. A mayor estancia hospitalaria mayor riesgo y mayores costos para la institución hospitalaria. En los pacientes con desnutrición se dan procesos de desequilibrio metabólico.

Es importante mencionar que un número importante de pacientes, al ser hospitalizados, ya presentan serios niveles de desnutrición. A esto se suman procesos inapropiados de evaluación o intervenciones nutricionales poco adecuadas. Esto empeora su condición médica. Un estudio epidemiológico promovido por la Sociedad Brasileña de Nutrición Parenteral y Enteral evaluó el estado nutricional de 4.000 pacientes hospitalizados. Los resultados fueron los siguientes:

La prevalencia de desnutrición encontrada fue de 48,1%, con 12,6% de enfermos clasificados como desnutridos graves y 35,5% desnutridos moderados. Es importante llamar la atención que 81,2% de los pacientes evaluados no tenían referencias a su estado nutricional en la historia clínica ni en los registros médicos y que la albumina sérica solamente estuvo registrada en el 23,5% de los casos. (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013, p. 256)

Estos datos son una referencia de un sistema sanitario que viene obviando el impacto que la desnutrición genera en las poblaciones hospitalizadas. También es la muestra de inoperantes procesos de evaluación nutricional o ausencia de los mismos.

3.1.3. Tipos de desnutrición

La terminología para clasificar la desnutrición ha sido motivo de discusión en el ámbito médico. La acepción pediátrica propuso una clasificación en marasmo y *kwashiorkor*. Ambos términos han recibido fuertes cuestionamientos en la comunidad médica. A partir de los noventa, se emplea con mayor aceptación dentro de la comunidad médica los términos desnutrición crónica, aguda y mixta.

La desnutrición crónica se caracteriza por la reducción de grasa en los depósitos orgánicos. El paciente se puede observar adelgazado y con un mínimo de masa grasa y muscular. (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013). En un niño, la desnutrición crónica tiene estos rasgos:

1. Peso inferior al 80% del peso ideal.
2. Presencia de pliegue cutáneo del tríceps menor a 3cm.
3. Circunferencia muscular del brazo inferior menor a 15cm.
4. Talla inferior al canon en un 60%.
5. Hipoalbuminemia no inferior a 2,8 g/dl. (Waitzberg et al., 2013, p. 9)

En los pacientes con desnutrición crónica se conservan las condiciones de inmunocompetencia, cicatrización y tolerancia al estrés. El rasgo más visible es el adelgazamiento y la consecuente disminución de funciones corporales, desequilibrio en la temperatura, la frecuencia cardíaca y el metabolismo. Además, es frecuente la constipación intestinal.

Pacientes con desnutrición crónica, niños o adultos, suelen reaccionar de modo positivo a un tratamiento nutricional sistemático y progresivo para evitar síntomas del

síndrome de realimentación. En la Figura 1 se observan algunos de los rasgos anteriormente descritos de un paciente con desnutrición aguda.

Figura 1

Paciente con desnutrición crónica



Nota. Tomado de *Desnutrición hospitalaria* por (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013)

Por otra parte, la desnutrición aguda se localiza, especialmente, “en niños con edema, hepatomegalia, alteraciones de los cabellos y piel, siendo poco encontrada en las enfermerías de adultos” (Waitzberg et al., 2013, p. 258). En pacientes pediátricos y adultos coinciden algunos síntomas: hipoalbuminemia, depresión de la inmunidad celular, edemas y ascitis.

Este tipo de desnutrición complica el cuadro clínico del paciente. Las reservas de grasa y de masa muscular pueden generar una falsa percepción de que no hay desnutrición; sin embargo, se evidencian edema, ruptura de piel, mala cicatrización, pérdida de cabello (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013). En la Figura 2 se observa una fotografía de un paciente con desnutrición aguda con presencia de edema agudo.

Finalmente, suelen presentarse combinaciones de desnutrición crónica y aguda. Esto suele darse entre pacientes con desnutrición crónica que están sometidos a intensos niveles de estrés, trauma, cirugía o infección. Estos signos suponen una condición de gravedad. El paciente con este cuadro debe ser evaluado y tratado de modo urgente.

Figura 2

Paciente con desnutrición aguda



Nota. Tomado de *Desnutrición hospitalaria* por (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013)

Es importante reconocer que al ingreso al hospital existe un elevado nivel de pacientes con desnutrición. La identificación de esta condición puede estar “relacionado con aumentos en la morbilidad de los pacientes y con estancias hospitalarias más largas” (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013, p. 259)

Así también, la prevalencia de la desnutrición puede ser un indicador predictivo de la evolución de complicaciones como infecciones, úlceras de presión; todas estas patologías que ponen en riesgo la vida del paciente.

Se han podido identificar algunos factores de riesgo de desnutrición previo al ingreso al hospital. La edad avanzada, el consumo de medicamentos, enfermedades oncológicas, el sexo masculino. Obsérvense estas cifras en la Tabla 3.

Tabla 3

Factores de riesgo de desnutrición

Factor de riesgo	OR	IC del 95 %
Edad > 65	1,47	0,79-2,70
Varón	2,20	1,15-4,21
Hospitalización previa	2,94	1,49-5,80
Enfermedad crónica	3,28	1,70-6,32
Cáncer	3,86	1,68-8,87
Enfermedad aguda	0,35	0,17-0,75
Cirugía	0,28	0,11-0,72
Trasplante	0,65	0,58-0,72

Nota. Tomado de *Desnutrición hospitalaria* por (Waitzberg, Ravacci y Raslan, 2013)

3.2. Impacto de la desnutrición en la seguridad del paciente hospitalizado

La desnutrición hospitalaria puede ser la causa de fracasos terapéuticos y quirúrgicos. Esto supone un impacto en la seguridad del paciente en términos de calidad cuidados de salud y en términos financieros. En el primer ámbito supone complicaciones médicas, ampliación de la estancia hospitalaria. El costo económico, también genera un impacto a la institucionalidad de la casa de salud.

La DH puede tener un costo económico nada despreciable. Un paciente desnutrido suele consumir una mayor cuota de recursos de todo tipo.¹⁶ De forma similar, el tratamiento de las complicaciones causadas | asociadas con la desnutrición presente en el enfermo implica presupuestos incrementados, sin que este costo adicional implique una mayor efectividad terapéutica. (Santana, 2021, p. 23)

Analizadas ambas premisas, se vislumbra un riesgo a la seguridad del paciente en términos de salud y financieros. Pero, también se multiplica la asignación de recursos

que deberá invertir la casa de salud para intentar recuperar la salud del paciente en condición de desnutrición hospitalaria.

De acuerdo, a la OMS, la desnutrición hospitalaria, en la mayoría de las veces, no es diagnosticada. Se ha “estimado la prevalencia de desnutrición entre el 20 y 50% en los pacientes mayores de 60 años hospitalizados ya sea con varias morbilidades o cirugía gastrointestinal” (Zeña et al., 2020, p. 35). De esta manera, se ha podido conocer que la evaluación nutricional no forma parte de la práctica rutinaria en buena parte de los hospitales. Esto ha generado la ausencia del registro del peso y de la talla en las historias clínicas de buena parte de las instituciones del sistema de salud (Zeña et al., 2020).

Por otra parte, “la desnutrición en el ámbito hospitalario de la pediatría puede llegar a alcanzar de 20 a 25 % en países desarrollados, y hasta 60 % en los países en vías de desarrollo” (Jiménez, 2014, p. 9). Ante este contexto, la desnutrición debe ser evaluada por personal de atención primaria o por especialistas ya que se convierte en un problema de salud que genera un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

Las consecuencias de la desnutrición hospitalaria se han incrementado entre los pacientes hospitalizados. Algunos autores consideran que estas complicaciones pueden ser consideradas como un problema de salud pública.

[...] se ha incrementado la morbilidad y mortalidad del paciente hospitalizado, [...] por no prevenir y distinguir entre pacientes que necesitan terapia nutricional y aquellos que no la precisan. Por esta razón, la desnutrición hospitalaria ha sido siempre un problema de salud pública que ha ido afectando a miles de pacientes en el mundo (Zeña et al, 2020, p. 9).

Varios trabajos de investigación en la región avalan estas conclusiones. Por ejemplo, Zeña (2020), en su trabajo de investigación en hospitales peruanos menciona que “la desnutrición puede favorecer la aparición de complicaciones como infección nosocomial, íleo prolongado y colección intraabdominal, causando reintervenciones quirúrgicas en más de una oportunidad y mayor morbimortalidad, como se observó en nuestro estudio y en el de Ecuador” (p. 9). Estos factores, desnutrición, infección nosocomial, entre otras, aumentan la condición de riesgo de los pacientes hospitalizados.

3.2.1. Enfermedad crónica y aguda relacionada con desnutrición

Las enfermedades crónicas y agudas relacionadas con la desnutrición hospitalaria han sido reconocidas como un problema global de salud debido a que puede afectar a uno de cada dos pacientes hospitalizados. Además, la DH genera causas constantemente complicaciones tan fuertes que, en muchas ocasiones, provocan la muerte del paciente hospitalizado (Santana, 2021).

Así mismo, estas enfermedades crónicas o agudas relacionadas con desnutrición hospitalaria suelen extenderse teniendo que trasladar a los pacientes a instituciones de salud, dificultando muchas veces la salud del paciente, debido, a que deben permanecer un tiempo prolongado en la entidad de salud consumiendo un alto porcentaje de recursos terapéuticos, médicos y con costos que cada día van en aumento (Santana, 2021).

Del mismo modo, se puede evidenciar que el aumento de las enfermedades crónicas o agudas en los pacientes han dado paso a que en los hospitales se encuentren expuestos a un sinnúmero de bacterias y virus, haciendo que la susceptibilidad del paciente vaya en aumento y que se pueda enfermar más, es por esta razón que, actualmente los

problemas de la desnutrición vayan en aumento sobre todo en los países subdesarrollados (Jiménez, 2014).

En este contexto se puede determinar que, si los pacientes con enfermedades crónicas o agudas, en el caso de no intervenir oportunamente, pueden incrementar las complicaciones y la morbimortalidad. Estos eventos, en buena medida se producen, por el escaso conocimiento e interés del personal de salud sobre el estado nutricional de los pacientes (Zeña et al., 2020).

3.2.2. Aumento de estancia hospitalaria

El aumento de la estancia hospitalaria es un continuo problema tanto para los pacientes como para los médicos que deben atender varios pacientes que se presentan con diferentes morbilidades, sobre todo, con desnutrición, debido a que deben ser atendidos tomando en cuenta los factores etiológicos e identificando a los pacientes con alto porcentaje de riesgo de desnutrición, para lo cual, deben ser evaluados de modo periódico. Además, se insta a que se implementen medidas de prevención y tratamiento (Fernández, 2014).

Es importante tomar en cuenta los informes presentados por los médicos, puesto que dan a conocer que de los pacientes con desnutrición no ingieren, aproximadamente, un 30% del aporte de la dieta debido a la presencia de la anorexia que conlleva consigo vómitos, náuseas y síntomas depresivos. Esta es una de las razones por las que los pacientes desnutridos tienen, en promedio, estancias hospitalarias más prolongadas y un alto consumo de recursos médicos, en comparación de los pacientes no desnutridos (Zeña et al., 2020).

En este sentido, se puede conocer que la desnutrición ha venido asociada con morbilidad y la mortalidad en los pacientes con enfermedades de tipo agudo y crónico. Esto altera su recuperación y prolonga, considerablemente, el tiempo de tratamiento, la permanencia hospitalaria y el período de recuperación. De aquí se infiere otra de las razones por las que se debe dar importancia a la valoración nutricional, pues, esta debería formar parte de toda evaluación médica integral con el fin de prevenir afectaciones futuras y dar paso a un tratamiento apropiado y precoz (Fernández, 2014).

3.3. Estrategias para el manejo del paciente en riesgo de desnutrición

Es importante que las organizaciones hospitalarias implementen estrategias para el manejo del paciente en riesgo de desnutrición puesto que, permiten prevenir nuevas complicaciones en su nutrición. En la Tabla 1 se describen algunas de estas estrategias:

Tabla 4

Estrategias para el manejo de pacientes en riesgo de desnutrición

Estrategias para el manejo del paciente en riesgo de desnutrición	
1.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de grupos hospitalarios de apoyo nutricional. Estos equipos deben cumplir con procesos de evaluación del cambio de los patrones de prescripción nutricional. Estos controles se deben extender, especialmente, a enfermos con infecciones, anorexia, depresión. La meta es prevenir potenciales complicaciones generadas por desnutrición.
2.	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilización del personal en las unidades de salud sobre la necesidad de realizar a todo paciente medidas antropométricas como peso y talla. Además, se plantea implementar una instauración temprana de terapia nutricional. Esta medida busca ir disminuyendo la agresividad que puede generar un cuadro de desnutrición en el paciente hospitalario.
3.	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de los factores de riesgo que determinan un potencial cuadro de desnutrición hospitalaria. Esto, especialmente, debe desarrollarse en unidades médicas cuando hay una prevalencia alta de desnutrición en pacientes hospitalarios. El control de estos factores de riesgo puede evitar complicaciones médicas entre esta población de pacientes. En este contexto, es importante que el personal médico, administrativo y las

	autoridades generen propuestas viables que proyecten soluciones a la desnutrición hospitalaria.
--	---

Fuente: Adaptado de *Sobre el impacto económico de la desnutrición hospitalaria y por qué no forma parte de la ecuación de los costos de salud* por Santana, 2021.

El paciente con desnutrición presenta una serie de signos y síntomas que el personal médico debe conocer y considerar en los distintos procesos de control médico. El estudio preventivo de estos factores puede evitar complicaciones a futuro en la salud de los pacientes hospitalarios.

El paciente gravemente enfermo presenta como mínimo una alteración en un órgano vital y diversos trastornos metabólicos que conllevan incrementos en los requerimientos de energía. Los cambios metabólicos que aparecen como respuesta a la agresión incrementan el catabolismo proteico, produciendo una importante pérdida de masa magra corporal que conduce a una mayor incidencia de complicaciones (Fortuño, 2019, p. 8).

La evaluación con herramientas como la valoración global subjetiva (VGS) permite identificar complicaciones que incrementan la morbilidad y mortalidad del paciente hospitalizado. Estas complicaciones médicas, en muchos de los casos, terminan con la muerte del paciente.

3.3.1. Implementación del cribado

El cribado consiste en la aplicación de pruebas diagnósticas a personas que, en un primer momento, se encontraban sanas. Este procedimiento permite distinguir a las personas que están enfermas de quienes probablemente no lo están. Por esta razón, el cribado se trata de una actividad de prevención secundaria, siendo su principal objetivo

la detección temprana de una patología específica. Esto ayuda a evitar eventos de mortalidad prematura (Elizaga, 2015).

Se infiere que la implementación de un protocolo de cribado para el diagnóstico temprano del riesgo nutricional mediante un método de cribado apunta a la necesidad de realizar mediciones válidas sobre el estado nutricional del paciente hospitalizado. Esta evaluación específica y minuciosa sea realizada por especialistas en el área que, además, propongan un plan nutricional adecuado (Peris et al 2019).

3.3.2. Capacitación del personal de salud

La capacitación del personal de salud en temas de nutrición debe ser una actividad prioritaria. Varios trabajos investigativos revelan que el conocimiento del personal de salud sobre nutrición puede generar un impacto importante en su desempeño laboral. Este tipo de conocimiento aumenta su comprensión sobre distintos tipos de dietas a administrar a los pacientes de acuerdo, a su enfermedad. De aquí que, las capacitaciones que reciba el personal en salud sobre alimentación saludable, se vuelven vitales en un desempeño laboral más holístico (Corea, 2016).

Las organizaciones de salud deben tener el compromiso de poder ir mejorando los servicios de salud, de esta manera, se puede involucrar la necesidad de capacitar constantemente al personal médico en nutrición, pues, esto reporta calidad y calidez en la atención y servicio al usuario. Por esa razón, cada unidad de salud, a través de la Unidad de Talento Humano debe realizar una lista de temas de capacitación una vez que se les ha evaluado a los médicos en nutrición a fin de entregarles el conocimiento necesario para atender a los pacientes (Zerón, 2017).

3.3.3. Incorporación de nutricionistas especializados

La desnutrición hospitalaria es un problema que va en aumento en todas las regiones del mundo. Por este motivo, es menester incorporar en las organizaciones sanitarias nutricionistas especializados. La meta sería identificar en la práctica clínica a los pacientes que se encuentren en estado de desnutrición. La detección nutricional temprana permitiría diagnosticar diferentes niveles de desnutrición y precisar la información sobre los pacientes que necesitan terapia nutricional y quienes no la requieren (Zeña et al., 2020).

Por otra parte, cabe mencionar que la alimentación hospitalaria debe ser recomendada con un amplio conocimiento nutricional y clínico basado en la evidencia científica, tomando en cuenta el proceso de cuidado nutricional del paciente, puesto que, constituye una parte fundamental del tratamiento de la enfermedad. (Bejarano et al., 2016).

Es importante comprender que, a pesar de las acciones que ejecutan los profesionales en salud para prevenir y tratar la malnutrición, las unidades sanitarias se encuentran limitadas en la aplicación de sistemas específicos formados por especialistas en nutrición. Estos equipos estarían en capacidad de concentrar su actuar en la prevención de la desnutrición para disminuir los niveles de prevalencia detectadas en el momento del ingreso hospitalario. Estas medidas permitirían identificar a los pacientes con morbilidad y estancia hospitalaria que necesitan, desde las fases más tempranas, una dieta estricta referida por profesionales nutricionistas (Pérez et al., 2016).

3.3.4. Implementación de programas de atención nutricional

Tomando en cuenta que las unidades de salud constantemente tratan de mantener estándares de calidad a fin de mejorar la práctica profesional, se vuelve pertinente implementar programas de atención nutricional mediante el empleo de metodologías contextualizadas a la realidad de la región. Este instrumental debe garantizar la atención nutricional fundamentada en evidencia científica. Por otra parte, los programas de atención nutricional deben sostenerse en el trabajo conjunto de equipos multidisciplinarios que entreguen al usuario del sistema de salud una atención de calidad. (Carvajal et al., 2020).

Del mismo modo, con el propósito de dar solución a los problemas de salud en cuanto a nutrición es necesario la intervención nutricional, en la cual se debe considerar el razonamiento clínico y pensamiento crítico para estructurar el proceso de cuidado nutricional. Puesto, que en la práctica hospitalaria que se realiza a diario con cada usuario, muchas veces no se tiene la claridad de esta estructura, y por lo tanto no se logran los objetivos propuestos de la atención nutricional (Tumani et al., 2020).

3.3.5. Terapia alimentaria y nutricional

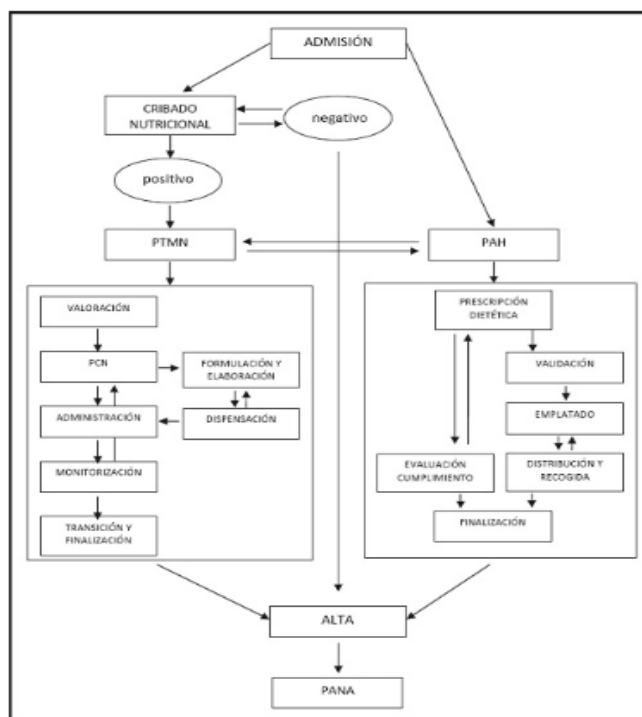
Las unidades de salud han ido modificando su práctica asistencial a partir de los cambios tecnológicos y socioeconómicos que se han vivido en el ámbito de la salud. En el campo de la nutrición hospitalaria es importante fomentar una cultura alimentaria que garantice un estado de salud óptimo a cada paciente. Las medidas a implementarse se basan en la inclusión de una terapia alimentaria y nutricional que sea provista por los sistemas de salud a través de su personal sanitario. Esto permitiría avanzar hacia la

certeza de garantizar un sistema de salud de alta calidad en términos de efectividad, experiencia y seguridad asistencial (Carvajal et al., 2020).

Así mismo, es importante dar a conocer el tratamiento médico nutricional (TMN), el cual está compuesto por el uso de suplementos orales, tomando en cuenta que la nutrición enteral y la nutrición parenteral, son de gran beneficio en el proceso de mantenimiento y recuperación, sobre todo en los pacientes hospitalizados, sin embargo muchas veces el implementar la terapia nutricional puede mostrarse compleja, es decir el querer incorporar de manera progresiva de técnicas de cribado sistemático puede ser efectiva (Martín et al., 2022). A continuación, se puede observar el proceso de tratamiento nutricional recomendado por los profesionales de la salud.

Figura 3

Proceso de tratamiento médico nutricional



Nota. Tomado de Grupo de trabajo SEMPE. Proceso de tratamiento médico nutricional por (Martín et al., 2022)

En este contexto, se puede dar a conocer que el proceso de nutrición está conformado por un conjunto de actividades que están mutuamente relacionadas y que interactúan simultáneamente con la finalidad de transformar elementos de entrada en resultados. De esta manera, se aplica a la nutrición clínica, el proceso que tendrá como entrada al paciente que necesita una valoración y, posteriormente un tratamiento nutricional, y la salida la cual corresponde a la finalización del tratamiento. Es decir, el proceso se divide en varios subprocesos que se van enlazando hasta llegar al resultado final (Martín et al., 2022).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se ha podido conocer de acuerdo, a la investigación que la evaluación nutricional en varios hospitales no forma parte de la práctica rutinaria lo cual, ha generado la ausencia o retraso del registro del peso y talla en las historias clínicas.

La desnutrición ha sido un problema que cada vez va aumentando en todo el mundo, es por esta razón, que se debe incorporar en las unidades sanitarias nutricionistas especializados, a fin de identificar en la práctica hospitalaria a los pacientes desnutridos.

Es importante tomar en cuenta, que las tasas de complicaciones y de mortalidad en pacientes con desnutrición han sido elevados, es decir a mayor estancia hospitalaria existe mayor riesgo y por ende, mayores costos para la institución hospitalaria.

De acuerdo, a la investigación realizada se ha podido conocer que en varias unidades de salud no existe personal de salud capacitado en el tema de desnutrición, debido al bajo presupuesto que deben afrontar las organizaciones de la salud reduciendo el personal especializado en este tema de desnutrición.

De acuerdo, a la investigación realizada se ha podido conocer que en varias unidades de salud no existe personal de salud capacitado en el tema de desnutrición, debido al bajo presupuesto que deben afrontar las organizaciones de la salud reduciendo el personal especializado en este tema de desnutrición.

Se puede conocer que muchas veces en las unidades de salud no se realizan dietas personalizadas para los pacientes debido al alto costo que representa y por la falta de personal especializado en el área de nutrición.

Recomendaciones

Es importante prevenir y distinguir entre pacientes que necesitan terapia nutricional y aquellos que no necesitan, a fin de tanto familiares como médicos tomen conciencia sobre el cuidado nutricional.

Es importante tomar en cuenta las diferentes dificultades médicas, puesto que los pacientes que se encuentran un tiempo extenso en el hospital pueden enfermarse por otros virus que se encuentran en el hospital.

Se recomienda a los profesionales de la salud tener en cuenta a los pacientes que presentan diferentes enfermedades y que se encuentran con bajo peso a fin, realizar un tratamiento de prevención para evitar enfermedades crónicas o agudas que compliquen la salud de los pacientes antes de ser hospitalizados.

Es importante que el personal de la salud sea capacitado en temas de nutrición debiendo ser una actividad prioritaria ya que, el conocimiento del personal puede generar un impacto importante en su desempeño laboral permitiendo que aumente la comprensión sobre los distintos tipos de dietas que deben ser administrados en los pacientes de acuerdo, a su enfermedad y grado de desnutrición.

Es recomendable que las organizaciones de la salud tomen medidas que se basen en la inclusión de una terapia alimentaria y nutricional a fin de que sea provista por los sistemas de salud a través de su personal sanitario permitiendo avanzar hacia la certeza de garantizar un sistema de salud de alta calidad y seguridad asistencial.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bejarano Roncancio Jon Jairo; Cortés Merchán Astrid Johanna; Pinzón Espiti Olga Lucía (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. Escuela de Nutrición y Dietética, *Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia* 18(1), pp. 77-93
- Carvajal, Ángeles, Sierra José Luis, Lorena López-Loraa, Mar Ruperto Rev (2020). Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. *Esp Nutr Hum Diet.* 24(2), 172 – 186
- Corea Abner Chaves, Corrales Irina Zamora, Carmona Daniel Vega, Brenes Mendieta Priscilla (2016). El impacto de una capacitación en nutrición sobre alimentación especializada, para el personal del servicio de alimentación del Ministerio de Justicia y Paz. *Revista Costarricense de Salud Pública.* 25, (1), pp. 21- 29
- Elizaga Nieves Ascunce (2015). Cribado: para qué y cómo. *An. Sist. Sanit. Navar.* 38, (1).
- Fernández López María Teresa, Baamil Olga Fidalgo, Doldán López Carmen María Luisa Bardasco Alonso, María Trinidad de Sas Prada, Fiz Lagoa Labrador, María Jesús García García y José Antonio Mato Mato. (2014). Prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados no críticos. Madrid. [Nutrición Hospitalaria](#). 30 (6).
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7784>
- Flores Yallico, Gemma Lucila (2022). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, Ciudad de México. 6, (6) pp. 9957 – 9974
- DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4113

Fortuño Irene Carmona, Moles Julio María Pilar, Zaragoza Jessica Puig (2019). Una guía de práctica clínica aplicada al tratamiento de desnutrición en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 3, (2), pp. 67-71

Gordillo Cortaza, Janet; Sócrates Pozo Verdesoto b; Fausto Orozco Vilema c. (2018). Lilia Toral Morante d Riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados en el hospital universitario de Guayaquil. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2 (2), pp. 105-117. DOI: 10.26820/recimundo/2.(2).2018.105-117

Jiménez García Rafael, Lázaro Alfonso Novo, Santana Porbén Sergio, Dr. Eduardo Piñeiro Fernández, Evelio Pérez Martínez, Rafael Domínguez Jiménez. (2014). Evolución de la desnutrición hospitalaria. *Revista Cubana de Pediatría*. 86(3). pp. 298-307

Martín-Folgueras, Tomás, Vidal-Casariago, Alfonso, Álvarez-Hernández, Julia, Calvo-Hernández, María Victoria, Sirvent-Ochando, Mariola, Caba-Porras, Isabel, Rodríguez-Penín, Isaura, Velasco-Gimeno, Cristina, Ballesteros-Pomar, María Dolores, Benítez-Brito, Néstor, García-Luna, Pedro Pablo, Luengo-Pérez, Luis Miguel, & Irlés-Rocamora, José Antonio. (2022). Proceso de tratamiento médico nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 39(5), pp. 1166-1189.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04265>

Pérez de la Cruz y Fernández Soto (2016). La desnutrición hospitalaria: un viejo problema sin resolver. *Nutr Hosp*. 33(3), pp.13-514.

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.251>

Peris Pilar García, Cristina Velasco Gimeno, Laura Frías Soriano, Isabel Higuera Pulgar, Irene Bretón Lesmes, Miguel Cambor Álvarez, Marta Motilla de la Cámara y Cristina Cuerda Compés (2019). Protocolo de implantación de un cribado para la detección precoz del riesgo nutricional en un hospital universitario. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 66, (9), pp. 555-562

Santana Porbén Sergio (2021). Sobre el impacto económico de la desnutrición hospitalaria, y por qué no forma parte de la ecuación de los costos de salud *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 31 (2), pp. 497-512

Tumani María Fernanda, Silvana Valdés, Constanza Figueroa, Alejandra Parada (2020). Atención clínico nutricional: ¿cómo estructurar el trabajo del nutricionista? *Rev. chil. nutr.* 47 (4), pp. 685-691.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400685>

Zeña-Huancas PA, Pajuelo-García D, Díaz-Vélez C. (2020). Factores asociados a desnutrición en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía de emergencia de un hospital del seguro social peruano. *Acta Med Peru*. 37(3) pp. 278-84. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1849>

Zerón-Gutiérrez, Lydia E.; Montañó-Fernández (2017) Gerardo La capacitación del personal de salud y la mejora en la atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 55, (3).

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750970001>