



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA**

**Tesis previa la obtención del título de Licenciatura en Nutrición y  
Salud Comunitaria**

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS/AS PROFESIONALES  
MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE  
DE PAÚL, SOBRE DESNUTRICION DEL ADULTO MAYOR  
Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN  
NUTRICIONAL”. IBARRA 2010 - 2011.”**

**Autoras:** Ana Cristina Galeas  
Andrea Morales

**Tutora:** Dra. Romelia Goyes H.

**IBARRA, 2011**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN  
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

## 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100321079-4		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	MORALES PALACIOS ROSA ANDREA		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Luis Alfonso Moreno 1 - 70 y Gabriela Mistral		
<b>EMAIL:</b>	morales_andrea@hotmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2953162	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0999722658

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1718239559		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	GALEAS SALAZAR ANA CRISTINA		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Velasco sector el condado calle F , N 74 113		
<b>EMAIL:</b>	crissmi25@hotmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	-	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0989777335

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS/AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, SOBRE DESNUTRICION DEL ADULTO MAYOR Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL“. IBARRA 2010 - 2011.
<b>AUTOR (ES):</b>	GALEAS CRISTINA Y MORALES ANDREA
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	LICENCIADA EN NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	DRA. ROMELIA GOYES H.

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, ANDREA MORALES, con cédula de identidad Nro. 100321079-4 y CRSITINA GALEAS con cédula de identidad Nro. 1718239559, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 143.

## 3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 28 días del mes de Febrero de 2013

### LOS AUTORES:

(Firma).....  
Nombre:  
ANDREA MORALES  
C.C.: 1003210794

(Firma).....  
Nombre:  
ANA CRISTINA GALEAS  
C.C.: 1718239559

### ACEPTACIÓN:

(Firma).....  
Nombre:  
Ximena Vallejo  
Cargo: **JEFE DE BIBLIOTECA.**

Facultado por resolución de Consejo Universitario.....



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### **CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Nosotros: ROSA ANDREA MORALES PALACIOS con cédula de identidad Nro.1003210794, Y ANA CRISTINA GALEAS SALAZAR con cédula de identidad Nro 1718239559 manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS/AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, SOBRE DESNUTRICION DEL ADULTO MAYOR Y ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL“.** **IBARRA 2010 - 2011.**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: LICENCIADAS EN NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma).....  
Nombre:  
ROSA ANDREA MORALES  
C.C.: 1003210794

(Firma).....  
Nombre:  
ANA CRISTINA GALEAS  
C.C.: 1718239559

Ibarra, a los 28 días del mes de febrero del 2013

## DEDICATORIA

El presente trabajo producto de mi arduo esfuerzo y dedicación lo dedico a mi Dios, por ser un pilar constante en mi vida, dándome luz y tenacidad en mis días, para continuar con ésta investigación que me llena de orgullo y felicidad.

A la persona más grande de mi vida, mi Madre; admirable, incansable, protectora y apoyo idóneo en mi aprendizaje y crecimiento profesional, a usted Madre le dedico este trabajo, por ser usted la principal participe en el cumplimiento de mis metas estudiantiles.

A mi pequeña y sublime inspiración, con su cariño, amor y comprensión en mis días de investigación, a ti mi hija querida Paula.

Mi Daniel, a ti te atribuyo las ganas y las fuerzas que supiste brindarme en mi trabajo diario para obtener este trabajo, tu compañía y tu apoyo no tienen comparación. Gracias por estar en mis días.

A mi familia y mis amistades por el soporte y ayuda incondicional, por su anhelo de verme convertida en una profesional y continuar exitosa en el camino laboral.

Ana Cristina

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo producto de mi esfuerzo, lo dedico a Dios que es la luz que ilumina mi mente, alma y corazón siendo el sentido de mi existencia.

Les dedico con todo cariño a mis padres Gerardo y Lucy, pilar fundamental de este sueño cumplido, quienes jamás dejaron de confiar en mí y siempre me apoyaron en todas las formas posibles. Especialmente a mi madre mi amiga y compañera le dedico este triunfo.

A mi hermana Karinita que a pesar de la distancia siempre es mi ejemplo a seguir y salir adelante

A mi pequeño hijo SEBASTIÁN ALEJADRO que con su cariño de cada día es mi inspiración y fuerza.

**ANDREA**

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestro agradecimiento principalmente va dirigido a Dios, por estar guiándonos durante este proceso, dándonos fuerza e impulso para continuar y culminar con un trabajo de alta calidad, en el cual demostramos nuestro talento y capacidad profesional.

Gracias a las personas que nos rodearon con su apoyo, nuestras familias y amistades, que no dejaron de darnos la mano ni un instante, y ayudarnos alcanzar tan trascendental meta.

A nuestra tutora Dra. Bella Romelia Goyes, por su tiempo, soporte y su inagotable paciencia para compartir su sabiduría y conocimientos, tanto para nuestro trabajo de investigación como para nuestra vida diaria, gracias por dejarnos el conocimiento como legado clave para nuestro desarrollo profesional.

Gracias a la Universidad Técnica del Norte y a la Escuela de Nutrición y Salud Comunitaria por acogernos y formarnos en lo que nos convertimos, Profesionales, ayudándonos a cumplir nuestras metas y sueños para encaminarnos en el campo laboral exitosamente.

Finalmente agradecemos al Hospital San Vicente de Paul y a sus profesionales médicos y nutricionistas por la colaboración brindada para el cumplimiento de ésta investigación.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Planteamiento del problema .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Justificación .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Objetivos .....</b>	<b>5</b>
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos .....	5
<b>1.4 Preguntas de investigación .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>7</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 El conocimiento .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Práctica .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Intervención y participación del equipo de salud en la atención en nutrición del adulto mayor .....</b>	<b>8</b>
<b>2.4. Definición de la edad. Adulto mayor .....</b>	<b>9</b>
<b>2.5. Influencia del envejecimiento sobre el estado nutricional .....</b>	<b>10</b>
2.5.1. Cambios Biológicos.....	10
2.5.1.1. Cambios en la estatura y en el peso corporal .....	10
2.5.1.2. Cambios de los compartimentos corporales .....	11
2.5.2. Cambios en el aparato digestivo.....	12
2.5.3. Cambios en el sistema nervioso .....	12
2.5.4. Cambios en los órganos de los sentidos.....	12
2.5.5. Cambios en el metabolismo .....	12
2.5.6. Cambios psicosociales .....	13
<b>2.6. Concepto de desnutrición .....</b>	<b>13</b>
2.6.1. Prevalencia de la desnutrición .....	13
2.6.2. Indicadores de desnutrición .....	14
2.6.3. Tipos de desnutrición.....	15
2.6.3.1. Desnutrición crónica o marasmo .....	15
2.6.3.2. Desnutrición aguda o Kwashiorkor .....	15
2.6.3.3. Desnutrición mixta .....	15
2.6.4. Causas de la desnutrición.....	15
2.6.5. Causas de la desnutrición en la persona de edad avanzada.....	16
2.6.5.1. La ingesta de alimentos .....	16
2.6.5.2. La digestión y absorción de nutrientes .....	16
2.6.5.3. La utilización de nutrientes .....	17
2.6.6. Consecuencias de la desnutrición .....	17
<b>2.7. Valoración del estado nutricional .....</b>	<b>18</b>
2.7.1 Valoración global .....	18
2.7.2. Parámetros antropométricos .....	18
2.7.3. Parámetros bioquímicos.....	19
2.7.4. Parámetros inmunológicos .....	19
2.7.5. Historia dietética .....	20
<b>2.8. Instrumentos o escalas de valoración del estado nutricional .....</b>	<b>20</b>
2.8.1. Mini Nutritional Assessment“ (MNA)“: .....	20
2.8.2. Short- Form Mini Nutritional Assessment“ (MNA-SF)“: .....	21

2.8.3. Cuestionario “DETERMINE su salud nutricional” .....	21
2.8.4. Valoración Global Subjetiva (VGS).....	22
<b>2.9. Recomendaciones dietéticas .....</b>	<b>22</b>
<b>2.10. Requerimientos nutricionales .....</b>	<b>22</b>
<b>2.11. Requerimientos energéticos .....</b>	<b>23</b>
2.11.1. Ecuaciones predictivas.....	23
2.11.2. Calorimetría indirecta.....	24
<b>2.12. Actividad física en el adulto mayor .....</b>	<b>25</b>
<b>2.13. Intervención nutricional en el adulto mayor.....</b>	<b>25</b>
2.13.1 Alimentación básica adaptada (ABA).....	25
2.13.2. Suplementos Nutricionales (SN).....	26
2.13.3. Nutrición Enteral (NE).....	26
2.13.4. Complicaciones del soporte nutricional .....	26
2.13.5. Nutrición Artificial Domiciliaria .....	27
<b>2.14. Interacción fármaco-nutriente.....</b>	<b>28</b>
2.14.1. Factores que influyen en la presencia de interacciones entre fármacos y nutrientes en población geriátrica .....	28
2.14.2 Efecto de los medicamentos sobre la utilización de nutrientes .....	29
2.14.3. Interacciones que pueden causar deficiencias de micronutrientes. 29	
<b>2.15 Guía de atención .....</b>	<b>30</b>
<b>2.15.1 Concepto.....</b>	<b>30</b>
<b>2.15.2 Objetivos de una guía de atención .....</b>	<b>31</b>
<b>2.15.3 Metodología para elaborar una guía de atención.....</b>	<b>32</b>
2.15.3.1 Desarrollo de una guía de atención .....	32
<b>2.15.4 Formato de una guía de atención .....</b>	<b>33</b>
Portada.....	33
Contraportada .....	33
Presentación oficial por escrito de la guía por parte de gerencia médica ....	34
Índice de los contenidos de la guía .....	34
Introducción .....	34
Objetivos generales y específicos de la guía de atención integral.....	34
Objetivos generales.....	34
Objetivos específicos .....	34
Glosario de términos y abreviaturas utilizadas .....	35
Proceso de elaboración.....	35
Descripción del problema de salud o de la situación de salud por tratar: ....	36
Descripción de las intervenciones y las actividades.....	36
Anexos .....	37
Bibliografía.....	38
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>39</b>
<b>3. MATERIALES Y METODOS .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1. Tipo de investigación .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2. Localización.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3. Universo y población .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4. Variables: definición.....</b>	<b>40</b>
<b>3.5 Operacionalización de variables.....</b>	<b>41</b>
<b>3.6. Materiales y equipos.....</b>	<b>50</b>
<b>3.7. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</b>	<b>50</b>

<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>53</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1. Condiciones sociodemográficas de los profesionales médicos y     nutricionistas.....</b>	<b>53</b>
4.2 Conocimientos y prácticas sobre diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación nutricional en el adulto mayor desnutrido.....	57
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>97</b>
<b>5.1. Conclusiones.....</b>	<b>97</b>
<b>6.2. Recomendaciones .....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFIA: .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>

# CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS/AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, SOBRE DESNUTRICION DEL ADULTO MAYOR Y ELABORACION DE UNA GUIA DE ATENCION NUTRICIONAL.

**AUTORAS: Ana Cristina Galeas**

**Andrea Morales**

**TUTORA: Dra. Romelia Goyes Huilca**

## RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio descriptivo de corte transversal se efectuó para determinar "Conocimientos Y Prácticas de los Profesionales Médicos y Nutricionistas del Hospital San Vicente de Paul, sobre Desnutrición del Adulto Mayor". La población estuvo conformada por médicos tratantes, residentes y nutricionistas. Fueron variables principales de estudio 1) Características socio demográficas 2) Conocimientos y prácticas de profesionales Médicos y Nutricionistas para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación de la desnutrición del paciente Adulto Mayor hospitalizado. Se aplicó una encuesta semi estructurada para investigar datos socios demográficos, conocimientos generales de la Desnutrición, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y preguntas sobre educación. Entre los resultados más importantes se destacan: la mayoría de los profesionales de la salud son adultos jóvenes, sobresaliendo el género masculino, un dato muy relevante que de los 84 profesionales médicos, 2 son las Nutricionistas que cubren la demanda de dicho Hospital. El 80% de los-as profesionales no realizan diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación, asumiendo como causa el bajo índice (24%) de profesionales médicos que han recibido capacitación para tratar la Desnutrición en el Adulto Mayor. Se concluye que los conocimientos y prácticas de los profesionales médicos y nutricionistas son insuficientes para el Manejo Nutricional del Adulto Mayor con Desnutrición. En respuesta a la problemática detectada las investigadoras proponen una Guía de Atención Nutricional para el Adulto Mayor con Desnutrición para uso en las Unidades de Salud. Se recomienda dar mayor capacitación a los-as profesionales de la Salud en contenidos de nutrición y se desarrollen nuevos estudios enfocados a conocer la situación general de salud de Adultos Mayores.

**Palabras claves:** conocimientos, desnutrición, adulto mayor.

# **KNOWLEDGE AND PRACTICES OF / AS PROFESSIONAL HOSPITAL DOCTORS AND NUTRITIONISTS SAN VICENTE DE PAUL, ON MALNUTRITION OF OLDER PERSONS AND DEVELOPMENT OF A GUIDE NUTRITIONAL CARE**

**AUTHORS: Ana Cristina Galeas  
Andrea Morales**

**TUTHOR: Dr. Romelia Goyes Huilca**

## **EXECUTIVE SUMMARY**

This cross-sectional descriptive study was performed to determine " Knowledge and practices of medical practitioners and nutritionists Hospital San Vicente de Paul, on Malnutrition of the Elderly ". The population consisted of physicians, residents and nutritionists. Main outcome measures were 1) sociodemographic characteristics 2) Professional Knowledge and practices of doctors and nutritionists for diagnosis, treatment, monitoring and education of malnutrition Elderly hospitalized patient. A survey was semi-structured data to investigate demographic partners, general knowledge of Malnutrition, diagnosis, treatment, monitoring and education questions. Among the most important are: the majority of health professionals are young adults, male gender sticking, a very relevant data of the 84 medical professionals, nutritionists 2 are covering demand for the Hospital. 80% of professionals do not realize-as diagnosis, treatment, monitoring and education, assuming as causes low rate (24%) of medical professionals who have been trained to treat malnutrition in the Elderly. It is concluded that the knowledge and practices of medical professionals and nutritionists are insufficient for the Nutritional Management of the Elderly with malnutrition. In response to problems detected the researchers propose a Nutritional Care Guide for Older Adults with malnutrition for use in health units. It is recommended to provide more training-as health professionals in nutrition content and develop new studies focused on knowing the overall health status of older adults.

**Keywords:** knowledge, malnutrition, elderly.



## **CAPITULO I.**

### **1. Planteamiento del problema**

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad. (1)

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional (3)

Durante el siglo XXI se prevé un aumento de 23,6 % de adultos mayores en América Latina, y habida cuenta de que la nutrición desempeña una importante función en la expectativa de vida, es preciso que los adultos mayores reciban una alimentación rica y variada, pues numerosos estudios señalan la relación existente entre la dieta y las enfermedades crónicas no transmisibles tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias.(4)

En América Latina, la prevalencia de desnutrición en adultos mayores que viven en la comunidad varía entre 4,6% y 18,0%, mientras que en los hospitalizados asciende a más de 50% (2)

Wallace y cols han establecido que una pérdida de peso anual superior al 4% en varones mayores de 65 años tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad del 65% en predecir la mortalidad en los dos años siguientes. Los ancianos que pierden más del 4% de su peso en un año presentan un riesgo relativo de mortalidad del 2,43 (intervalo de confianza del 95%, 1,23-4,41) en ese mismo estudio. Estos hallazgos establecen la necesidad de considerar la pérdida de más del 4% del peso como un factor de riesgo de malnutrición para la población anciana. (5)

“De ahora al año 2020 las personas mayores de 65 años de edad deberán tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad” (5)

En relación con estas metas de salud, podemos decir que la nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecer. No olvidemos que, en la población geriátrica, la malnutrición y la discapacidad funcional son factores que pronostican mortalidad y morbilidad. (5)

En un trabajo realizado por Rasmussen y cols., ha sido aplicado un cuestionario entre médicos y enfermeros, en el cual se ha observado que muchos consideraban la importancia del tratamiento nutricional en la prevención de complicaciones durante la internación, sin embargo, apenas 20% realizaban intervención nutricional incluyendo registros de ingesta dietética y toma de medidas antropométricas básicas como el peso corporal, con el desconocimiento y poca prioridad como los principales motivos para la no-realización de estos procedimientos. (7)

Por todo eso, la identificación de pacientes con riesgo de desnutrición y de desnutridos es fundamental, el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación nutricional se hace necesario para recuperar y/o prevenir la pérdida de peso y las complicaciones que ésta ofrece. En la mayoría de casos, el acompañamiento nutricional en los hospitales solo es dado a pacientes especiales y/o gravemente desnutridos. Como justificativa a la ausencia de una intervención nutricional como rutina hospitalaria, están la falta de tiempo, la falta de profesionales en Nutrición, la falta de actualización de conocimientos en esta área por parte del personal de salud, la no-aplicación de directrices instituidas, la falta de responsabilidades definidas e interés por parte de la administración de los hospitales a este grupo etáreo de alta vulnerabilidad. (29)

Los profesionales médicos y nutricionistas deberían tener un sólido bagaje de conocimientos no sólo de la aplicación práctica de los principios nutricionales y sobre la resolución de situaciones prácticas y habituales en el medio hospitalario, sino que deben también recibir una formación básica adicional sobre Nutrición por dos razones fundamentales: a) no la recibieron de forma suficiente y específica en su etapa formativa(licenciatura, especialización posterior), y b) el avance realizado en los últimos años hace necesaria una actualización de conocimientos para comprender mejor los principios básicos de la práctica médica aplicando estos conocimientos para un mejor servicio a los pacientes.

**¿Cuáles son los Conocimientos y Prácticas de los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paul sobre desnutrición en el adulto mayor**

## 1.2. Justificación

El estudio busca evaluar los conocimientos y prácticas en profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl, así como definir y ampliar las acciones del Departamento de Dietética junto al personal médico, en base a los resultados elaborar un Protocolo de Atención Nutricional que será diseñado con el fin de optimizar la atención, bienestar y salud de los pacientes adultos mayores que presenten desnutrición del Hospital San Vicente de Paul.

En el desequilibrio nutricional de los adultos mayores intervienen las condiciones de vida, la salud dental, cambios fisiológicos del organismo y el estado psicológico.<sup>(5)</sup>

Esos factores interactúan con otros elementos que determinan la compra, la preparación y el consumo de las comidas y el desequilibrio en alguno de esos factores y elementos puede llevar al adulto mayor a la desnutrición. Ese desequilibrio puede deberse a cambios en los sistemas del organismo y las funciones fisiológicas asociados con el envejecimiento (como la disminución en la producción de saliva, los cambios en la percepción de los sabores y en el vaciamiento gástrico, entre otros), el consumo de medicamentos y las enfermedades crónicas (diabetes, artrosis, etc.) <sup>(2)</sup>

Es importante agregar lo elemental de llegar a la conciencia de los pacientes y familiares para que asuman la necesidad de recibir atención nutricional y dieta terapéutica como parte de su tratamiento y recuperación; y además que ellos tengan conocimiento que al salir de la casa de Salud también deben continuar con el seguimiento para mantener su salud en óptimas condiciones.

Por todo ello, se espera que la Guía de Atención Nutricional que será diseñado sirva para ayudar a mejorar la calidad de vida de la

población geriátrica a través de la alimentación y la nutrición, así como para facilitar que los profesionales médicos y nutricionistas puedan abordar con eficacia el problema de la nutrición en el paciente geriátrico.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los conocimientos y prácticas de los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl sobre desnutrición en el adulto mayor y elaboración de una Guía de Atención Nutricional, Ibarra Marzo a Diciembre del 2010.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar las características socio demográficas de los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl.
2. Identificar los conocimientos y prácticas en los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación de la desnutrición en el adulto mayor hospitalizado.
3. Diseñar una Guía de Atención Nutricional para el adulto mayor con desnutrición, orientado a ser aplicado en pacientes que se encuentran hospitalizados en cada uno de los servicios de esta casa de salud.

#### **1.4 Preguntas de investigación**

1. ¿Cuáles son las condiciones socio demográficas de los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl que brindan atención a adultos mayores con desnutrición?
2. ¿Cuál es el nivel de los conocimientos y prácticas de los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl que tienen sobre diagnóstico, tratamiento, recuperación, seguimiento y educación de la desnutrición en el adulto mayor?
3. ¿Qué tipo de conocimientos tienen los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl en el diagnóstico, tratamiento, recuperación, seguimiento y educación de la desnutrición en el adulto mayor?
4. ¿Qué tipo de prácticas realizan los profesionales médicos y nutricionistas del Hospital San Vicente de Paúl en el diagnóstico, tratamiento, recuperación, seguimiento y educación de la desnutrición en el adulto mayor?
5. ¿Los resultados obtenidos servirán para diseñar un protocolo de atención nutricional para adulto mayor con desnutrición, para ser aplicado en pacientes con desnutrición que se encuentran hospitalizados en cada uno de los servicios de esta casa de salud?

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 El conocimiento**

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.<sup>(3)</sup>

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía, sino psíquica, cognoscible, intencional.<sup>(4)</sup>

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.<sup>(4)</sup>

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retemos o memorizamos un conocimiento, con base en conocimientos adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento. (3)

## **2.2 Práctica**

El concepto de práctica en el sentido asumido aquí “Incluye el lenguaje, los instrumentos, los documentos, las imágenes, los símbolos, los roles definidos, los criterios especificados, los procedimientos codificados, las regulaciones y los contratos que las diversas prácticas determinan para una variedad de propósitos. Pero también incluye todas las relaciones implícitas, las convenciones tácitas, las señales sutiles, las normas no escritas, las instituciones reconocibles, las percepciones específicas, las sensibilidades afinadas, las comprensiones encarnadas, los supuestos subyacentes y las nociones compartidas de la realidad. (3)

## **2.3 Intervención y participación del equipo de salud en la atención en nutrición del adulto mayor**

Como miembro del equipo de salud, la nutricionista-dietista desempeña funciones docentes y socio asistenciales que requieren una formación profesional y condiciones de carácter en consonancia con su responsabilidad en los programas de nutrición y alimentación de la comunidad

Para analizar y definir los conocimientos y experiencias fundamentales de una nutricionista-dietista en un servicio integrado de salud, es indispensable referirse a las actividades de nutrición en las que deberá asumir responsabilidades específicas dentro de esos servicios,

siempre que en ellos se incluyan todos los aspectos preventivos y asistenciales de los programas de salud de una región<sup>(6)</sup>

#### **2.4. Definición de la edad. Adulto mayor**

Debido a la gran pluralidad de factores -biológicos, cronológicos, sanitarios, sociales, económicos...- el concepto de edad, y a partir de ella, el de anciano, viejo o persona mayor, es todavía hoy un tema de debate y por el momento no hay un criterio numérico estándar.

El propio Ortega y Gasset afirmaba: “Las edades son de nuestra vida y no, primariamente, de nuestro organismo, son etapas diferentes en que se segmenta nuestro quehacer vital”.

La mayoría de los países desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de “persona mayor”. Sin embargo, debido al aumento de la esperanza de vida y a la heterogeneidad del envejecimiento se distinguen tres grandes grupos para clasificar las personas mayores. Las características sociales y biológicas de estos tres grupos son suficientemente diferentes como para ser significativas y describir cada una de las etapas:

Ancianos jóvenes: personas de edades comprendidas entre los 65-74 años. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia -es independiente para realizar las actividades de la vida diaria-; por ello, el profesional sanitario deberá desarrollar para este colectivo un plan educacional dirigido a prevenir la incapacidad.

Ancianos: personas de 75-84 años. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad.

Ancianos viejos: personas de más de 85 años. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes (7)

## **2.5. Influencia del envejecimiento sobre el estado nutricional**

El envejecimiento es un proceso en el que influyen diferentes factores. Consideraremos factores influyentes los cambios biológicos y los psicológicos y sociales (modificables). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que a menudo es difícil diferenciar entre los cambios aparecidos en el transcurso del envejecimiento y los que surgen a lo largo de enfermedades crónicas.(6)

### **2.5.1. Cambios Biológicos**

Aunque el paso del tiempo es el mismo para todo el cuerpo humano, no todos los órganos sufren sus efectos de la misma forma. Estos efectos acostumbran a tener un carácter universal, progresivo y, en muchos casos irreversible, y suelen afectar de una forma u otra a la alimentación y/o a la fisiología de la nutrición. (6)

#### **2.5.1.1. Cambios en la estatura y en el peso corporal**

A partir de los 60 años hay una disminución progresiva de la talla, de manera que se pierde 1 cm o más por década. Esta disminución se relaciona con la curvatura de la columna vertebral (lordosis o cifosis) y el aplanamiento de las vértebras.

A su vez, el peso corporal que ha aumentado progresivamente hasta los 40-50 años, se estabiliza después y, a partir de los 70 años, empieza a descender paulatinamente (7)

### **2.5.1.2. Cambios de los compartimentos corporales**

Aumento del compartimento graso: aumenta la grasa visceral y disminuye la grasa subcutánea.

La disminución del compartimento muscular es un trastorno frecuente en el anciano debido a la disminución de la proteína del músculo, a la disminución de la sensibilidad a la insulina y a la disminución del ejercicio físico.(6)

Esta pérdida de masa muscular se relaciona con un deterioro de la capacidad funcional, menor autonomía y con una mayor morbilidad. La sarcopenia que conlleva pérdida de fuerza muscular, es relativamente frecuente en geriatría.

La disminución de la masa ósea a causa de la desmineralización de los huesos se produce, entre otras razones, por los cambios en el metabolismo óseo, por alteraciones endocrinas y por la absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio.(6)

Disminución del agua corporal total (en la que destaca la del compartimento extracelular), con una menor capacidad para mantener el balance hídrico, de modo que las personas mayores son más susceptibles a la deshidratación

Involución o reducción del tamaño de diferentes órganos.(6)

### **2.5.2. Cambios en el aparato digestivo**

Los cambios que más afectan al binomio alimentación nutrición son los que actúan sobre el aparato digestivo. (7)

### **2.5.3. Cambios en el sistema nervioso**

Con la edad, el número de las células del sistema nervioso disminuye y, a causa de la pérdida de tono de las neuronas, se produce un enlentecimiento de los movimientos y puede aparecer temblor senil. Los cambios en la memoria y la menor capacidad de adaptación afectarán al binomio alimentación-nutrición (7)

### **2.5.4. Cambios en los órganos de los sentidos**

La vista, el gusto y el olfato disminuyen con la edad; el puede interferir en la palatabilidad de diferentes alimentos y modificar el comportamiento alimentario (6)

### **2.5.5. Cambios en el metabolismo**

El metabolismo basal (mínima energía necesaria para mantener la vida) disminuye entre el 10 y 20% entre los 30 y 75 años debido a la menor masa muscular.

La absorción de los hidratos de carbono no se altera hasta edades muy avanzadas; sin embargo, la intolerancia a la lactosa se presenta frecuentemente debido a una disminución en la actividad de la lactasa. (7)

### 2.5.6. Cambios psicosociales

Los cambios psicológicos y sociales que acompañan al envejecimiento pueden repercutir negativamente sobre el estado nutricional de la persona mayor.

En la vejez las alteraciones emocionales son frecuentes. Los **trastornos adaptativos** o las **depresiones** se presentan con relativa frecuencia en este grupo de población. **Las causas** desencadenantes pueden estar relacionadas con: (7)

### 2.6. Concepto de desnutrición

Es el trastorno corporal producido por un **desequilibrio** entre el **aporte de nutrientes y las necesidades del individuo** motivado por una dieta inapropiada o porque el organismo utiliza defectuosamente los nutrientes. Provoca en el grupo de población anciana un **deterioro rápido** e importante de la **función inmunitaria** y **favorece la aparición de enfermedades**.

Debido a la menor reserva orgánica y a la fragilidad del anciano existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad, que conlleva la aparición de un círculo vicioso difícil de romper: Enferman más los ancianos desnutridos y se desnutren más los ancianos enfermos. (7)

#### 2.6.1. Prevalencia de la desnutrición

El amplio rango de prevalencia de la desnutrición en las personas mayores puede ser debido a la heterogeneidad de los estudios en cuanto a:

- La definición de envejecimiento
- Criterios de selección del anciano según el lugar de residencia
- Presencia o no de enfermedad aguda
- Multiplicidad de métodos para evaluar el estado nutricional
- Esta complejidad de factores explica que los datos que se conocen en la actualidad sean muy dispares <sup>(8)</sup>

### **Prevalencia de desnutrición**

- Ancianos que residen en su domicilio 1-15%
- Ancianos ingresados en un hospital de agudos 35-65%
- Ancianos de instituciones geriátricas de larga estancia 25-60%<sup>(8)</sup>

### **2.6.2. Indicadores de desnutrición**

Los principales indicadores de malnutrición en los ancianos son los siguientes:

- Pérdida de peso involuntaria de un 5% en 1 mes, de un 7.5% en 3 meses o de un 10% en 6 meses
- Bajo peso para la talla, inferior a más de un 20% del peso corporal ideal
- Índice de masa corporal menor a 22
- Albúmina sérica por debajo de 3,5 mg/dl
- Niveles de colesterol sérico menores a 160 mg/dl
- Cambio en el estado funcional:
- cambio de situación “independiente a dependiente”
- Ingesta alimentaria inadecuada
- Circunferencia muscular del brazo inferior al 10° percentil
- Pliegue cutáneo tricipital menor del 10° percentil mayor del 95° percentil. <sup>(9)</sup>

### **2.6.3. Tipos de desnutrición**

#### **2.6.3.1. Desnutrición crónica o marasmo**

Es la consecuencia de un desequilibrio crónico entre la ingesta y las necesidades energéticas del individuo.<sup>(9)</sup>

#### **2.6.3.2. Desnutrición aguda o Kwashiorkor**

Se produce como consecuencia del consumo insuficiente de proteínas en la dieta.<sup>(9)</sup>

#### **2.6.3.3. Desnutrición mixta**

Se produce por carencia global, calórica y proteica. Es la forma más grave y más frecuente en nuestro medio.

Suele afectar a pacientes hospitalizados con desnutrición leve que se ve agravada por una enfermedad aguda sobreañadida.<sup>(10)</sup>

### **2.6.4. Causas de la desnutrición**

La pluripatología, la polifarmacia y los cambios ligados al envejecimiento (cambios biológicos y psicosociales) pueden influir negativamente sobre:

- La ingesta de alimentos
- La digestión y absorción de nutrientes

- La utilización de nutrientes
- Conocer las causas de la desnutrición en las personas mayores es importante para lograr buenos resultados terapéuticos.<sup>(10)</sup>

## **2.6.5. Causas de la desnutrición en la persona de edad avanzada**

### **2.6.5.1. La ingesta de alimentos**

- Ayuno repetido
- Dietas restrictivas para tratar patologías crónicas
- Anorexia
- Pérdida de capacidad funcional
- Alteraciones bucales (xerostomía, pérdida piezas dentarias)
- Alteración del gusto
- Trastornos de deglución
- Pérdida de la agudeza visual
- Alteraciones cognitivas, afectiva y duelo
- Recursos económicos
- Religión. <sup>(11)</sup>

### **2.6.5.2. La digestión y absorción de nutrientes**

- Disminución de secreción de enzimas
- Xerostomía
- Disminución de la motilidad intestinal
- Cambios en la mucosa gástrica
- Fármacos: antidepresivos, antiparkinsonianos y antihistamínicos
- Enfermedades inflamatorias intestinales, cirrosis hepática y la propia desnutrición

- Abuso de laxantes. (12)

### **2.6.5.3. La utilización de nutrientes**

- Estado de hipermetabolismo
- Enfermedades crónicas: EPOC, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia renal avanzada, cirrosis hepática, fístulas y úlceras crónicas
- Enfermedades agudas: infecciones del tracto respiratorio o urinario, estrés quirúrgico, fracturas,
- AVC agudo, descompensaciones cardíacas y enfermedad neoplásica. (12)

### **2.6.6. Consecuencias de la desnutrición**

- Alteración del sistema inmunitario con una elevada incidencia de infecciones
- Fragilidad o menor capacidad de reserva orgánica: inmovilismo, incontinencia de esfínteres, estados confusionales agudos, úlceras por decúbito y anorexia
- Menor respuesta a la medicación
- "Cascada de problemas" con ingresos hospitalarios repetidos, estancias hospitalarias largas, gran consumo de recursos socio sanitarios y supervivencias cortas. (13)

## **2.7. Valoración del estado nutricional**

### **2.7.1 Valoración global**

La valoración del estado nutricional en geriatría debe formar parte de la VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI).

La VGI se considera la herramienta o metodología fundamental en que se basa la clínica geriátrica para evaluar y diagnosticar los problemas clínicos, mentales y sociales que pueda presentar el anciano, con el objetivo de elaborar un plan terapéutico, de cuidados y de seguimiento. (13)

### **2.7.2. Parámetros antropométricos**

Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el anciano son: peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y supra ilíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables , muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los ancianos (13).

Una de las combinaciones de variables antropométricas de uso más generalizado es el índice de Quetelet (peso Kg/ talla<sup>2</sup> m) o índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. (14)

El IMC ideal para los ancianos no está definido pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre 23-28 kg/m<sup>2</sup>. No

existe evidencia de que en el anciano las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocian con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo niveles significativamente más altos o bajos que este rango son claramente no recomendables (13).

### **2.7.3. Parámetros bioquímicos**

Tradicionalmente, la albúmina ha sido considerada como un buen indicador del “status” de las proteínas viscerales.

Muchos estudios han demostrado que los niveles bajos de albúmina se correlacionan con un incremento en la incidencia de complicaciones médicas. Ahora bien, el principal problema de la albúmina es que está influenciada tanto por el estado nutricional, como por la enfermedad de base.

En cualquier población, aunque la hipoalbuminemia puede sugerir malnutrición proteica, en los ancianos pueden existir cambios en la síntesis de albúmina y en su distribución compartimental durante diversas enfermedades. (15)

### **2.7.4. Parámetros inmunológicos**

La evaluación de la inmunocompetencia es un componente de la valoración nutricional, porque la malnutrición afecta negativamente a la inmunidad. Con la edad, aumenta la incidencia de anergia, por lo que es difícil distinguir entre alteraciones relativas a presencia de malnutrición o a otras razones.

Por tanto, el valor de este test es limitado en las personas mayores. (16)

### **2.7.5. Historia dietética**

Estima la ingestión usual de alimentos y de patrón alimentario. Durante un período relativamente largo. Desde un mes, 6 meses, hasta 1 año previo. Obtiene información retrospectiva. Es un método de entrevista que puede durar de 1 a 2 horas y lo realiza.<sup>(17)</sup>

#### **COMPONENTES**

- Recordatorio de 24 horas
- Registro de 3 días
- Frecuencia de consumo

#### **VENTAJAS**

- Capacidad para proveer información sobre la ingestión dietética habitual

#### **DESVENTAJAS**

- Memoria del encuestado
- Estimación del tamaño de las porciones
- No se puede realizar en ancianos o en niños menores de 14 años<sup>(18)</sup>

## **2.8. Instrumentos o escalas de valoración del estado nutricional**

### **2.8.1. Mini Nutritional Assessment“ (MNA)“:**

Diseñado específicamente para valorar la población geriátrica ingresada en hospital de agudos o en institución geriátrica o de la comunidad.

Las variables estudiadas se agrupan en cuatro grupos: antropometría, parámetros globales, hábitos dietéticos y percepción de salud. El MNA analiza 18 ítems en total y su puntuación máxima es de 30 puntos.

Superar los 23,5 puntos significa buen estado nutricional; de 17 a 23,5 existe riesgo de desnutrición; menos 17 puntos es diagnóstico de desnutrición. (19)

### **2.8.2. Short- Form Mini Nutritional Assessment“ (MNA-SF)“:**

Test reducido del Mini Nutritional Assessment. Examina 6 apartados: ingesta alimentaria, evolución del peso, movilidad, deterioro cognitivo e índice de masa corporal. Su puntuación máxima es de 14 puntos.

Si puntúa menos de 11 significa que puede haber riesgo de desnutrición y, por lo tanto, deberá efectuarse el MNA completo de 30 puntos. (20)

### **2.8.3. Cuestionario “DETERMINE su salud nutricional”**

Escala utilizada de forma generalizada por los equipos de atención primaria de Estados Unidos para valorar el estado nutricional de la población anciana ambulatoria.

Contiene 10 preguntas referidas a la cantidad y el tipo de ingesta, limitación para hacer la compra o preparar los alimentos, consumo de medicamentos y ganancia o pérdida de peso en el tiempo. Su puntuación

máxima es de 21 puntos y permite cuantificar el riesgo nutricional en alto, moderado o bueno. (20)

#### **2.8.4. Valoración Global Subjetiva (VGS)**

Método que permite detectar y valorar cambios en el peso del individuo (en los últimos 6 meses y a las últimas 2 semanas); cambios en la ingesta; presencia, durante por lo menos 2 semanas, de síntomas gastrointestinales; cambios en la capacidad funcional; y, por último valorar los requerimientos nutricionales en función del grado de la enfermedad.

Según el VGS de Detsky y cols. los individuos se clasifican en bien nutridos, moderadamente o con sospecha de malnutrición y severamente malnutridos. (21)

#### **2.9. Recomendaciones dietéticas**

La influencia del proceso de envejecimiento sobre las necesidades de nutrientes es objeto de numerosos estudios que han conducido a establecer, desde el punto de vista institucional, unas INGESTAS RECOMENDADAS para cubrir las necesidades de la mayor parte de la población geriátrica sana. Estas recomendaciones especifican las cantidades de energía y de cada uno de los nutrientes que un individuo necesita para obtener un óptimo estado de salud. (29)

#### **2.10. Requerimientos nutricionales**

Se entiende por requerimientos normales la cantidad de alimentos necesarios para mantener un estado de equilibrio en el sujeto adulto y asegurar un crecimiento adecuado en el niño. Las necesidades nutritivas

se cubren mediante una dieta adecuada por vía oral, siempre y cuando la función digestiva sea la correcta y el apetito esté conservado.

Para la realización de una nutrición completa se debe de administrar agua, macronutrientes (proteínas, carbohidratos y grasas), de los que se requieren varios gramos al día de cada uno de ellos para cubrir las necesidades diarias de una persona, y micronutrientes (electrolitos, vitaminas y oligoelementos), de los que solo se requieren unos pocos miligramos o microgramos diarios para cubrirlas.<sup>(28)</sup>

## **2.11. Requerimientos energéticos**

Los pacientes hospitalizados pueden presentar una gran variedad de factores que modifican el valor del gasto energético (GE). Para conocer las necesidades calóricas de los enfermos debemos recurrir a la estimación del GE, o bien a su medición mediante calorimetría. <sup>(28)</sup>

### **2.11.1. Ecuaciones predictivas**

El Gasto Energético Basal (GEB) es el gasto de energía o la pérdida de calor medido en condiciones de total reposo físico y mental. Para la predicción del GEB se emplean numerosas fórmulas o normogramas. Sin embargo, la que sigue siendo más utilizada es la fórmula de Harris-Benedict, que predice el GEB a partir del sexo, la edad, la altura y el peso: <sup>(28)</sup>

*Hombres:  $GEB (Kcal/día) = 66,47 + (13,75 \times \text{Peso en Kg}) + (5 \times \text{Altura en cms.}) - (6,76 \times \text{Edad})$*

*Mujeres:  $GEB (Kcal/día) = 655,1 + (9,56 \times \text{Peso en Kg}) + (1,85 \times \text{Altura en cms.}) - (4,6 \times \text{Edad})$*

Otra ecuación predictiva más simplificada es la siguiente:

*Hombres:  $GEB = 1 \text{ Kcal} / \text{hora} / \text{Kg. de Peso}$*

*Mujeres:  $GEB = 0.9 \text{ Kcal} / \text{hora} / \text{Kg. de Peso}$*

Sin embargo, lo que a nosotros nos interesa conocer es el Gasto Energético en Reposo (GER), que es el gasto de energía medido en sujetos en posición supina y durante el reposo, incluyéndose la termogénesis inducida por la dieta y los factores ambientales o de la temperatura corporal, el estrés físico o psíquico. Long propuso unos factores de corrección según la actividad o la agresión al enfermo:

*$GER \text{ (Kcal)} = \text{Ecuación de H-B} \times \text{Factor de actividad} \times \text{Factor de agresión}$* <sup>(25)</sup>

### **2.11.2. Calorimetría indirecta**

La determinación de los requerimientos calóricos en cada individuo se pueden obtener por medio de la calorimetría indirecta. Se basa en el principio de que el oxígeno consumido por el organismo ( $VO_2$ ) se utiliza en la producción de calor, de  $CO_2$  ( $VCO_2$ ) y de agua, por lo que los requerimientos energéticos se pueden calcular midiendo el consumo de  $O_2$  y la producción de  $CO_2$ , según la fórmula de Weir simplificada la producción de  $CO_2$ , según la fórmula de Weir simplificada <sup>(31)</sup>

$$GE \text{ (Kcal/minuto)} = (3.9 \times VO_2) + (1.1 \times VCO_2)$$

El gasto energético (GE) obtenido por este método es el resultado de extrapolar a 24 horas los resultados medidos durante 15 – 30 minutos.<sup>(31)</sup>

## **2.12. Actividad física en el adulto mayor**

Se define a la actividad física como cualquier tipo de movimiento que requiere el gasto de energía. La actividad física puede ser de tipo laboral, recreativa, deportiva o incluir actividades en el hogar. Por otro lado, utilizaremos el término ejercicio para referirnos a un tipo especial de actividad física, la cual está planificada y estructurada y que tiene el objetivo principal de mejorar la aptitud física y/o la salud del ser humano que lo practica. La aptitud física se puede definir como el grupo de atributos que permite un desempeño físico óptimo sin fatiga excesiva.. (27)

## **2.13. Intervención nutricional en el adulto mayor**

La intervención nutricional en geriatría debe plantearse de manera individual, en función del estado nutricional, de la pluripatología, de los cambios biológicos y psicosociales vinculados al envejecimiento, de la capacidad funcional y de las necesidades nutricionales del individuo. Su objetivo es proporcionar todos los nutrientes necesarios y en las cantidades adecuadas para mantener un buen estado nutricional. (26)

### **2.13.1 Alimentación básica adaptada (ABA)**

La Alimentación Básica Adaptada (ABA) favorece la nutrición de la persona mayor que no pueden alcanzar un adecuado aporte nutricional con la AT, porque está adaptada a sus necesidades en textura, nutrientes, sabor y sencillez de preparación y mantiene, al igual que la alimentación tradicional, el aspecto de “plato hecho en casa” de los desayunos, comidas, meriendas y cenas para el menú diario. (31)

### **2.13.2. Suplementos Nutricionales (SN)**

Cuando la ingesta a través de una AT y/o la ABA sea insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales del anciano, cuando se buscan determinados efectos terapéuticos con la dieta o cuando se precisa un aumento de los aportes nutricionales deberá complementarse cualquiera de las 2 modalidades anteriores con Suplementos Nutricionales (SN). <sup>(31)</sup>

### **2.13.3. Nutrición Enteral (NE)**

Cuando no se cubran los requerimientos nutricionales con la suplementación nutricional se deberá recurrir a la **Nutrición Enteral (NE)**.

Este método artificial de nutrición por sonda está indicado en personas mayores que conservan la función intestinal.

El plan terapéutico con NE deberá ajustarse en función de:

- El estado nutricional y los requerimientos nutricionales del anciano
- La vía de acceso al tubo digestivo<sup>(32)</sup>

### **2.13.4. Complicaciones del soporte nutricional**

La NE es un método de soporte nutricional efectivo y seguro, presenta pocas complicaciones, y éstas suelen ser de escasa importancia y de fácil resolución (Tabla IV). Para prevenirlas, es importante la elección de la fórmula correcta y del método de infusión más adecuado, así como

una valoración del estado clínico y metabólico del paciente antes y durante la alimentación enteral .

Las complicaciones más habituales son las relacionadas con la sonda y las que afectan al tracto digestivo. Las *ulceraciones nasofaríngeas* y *erosiones de la mucosa* digestiva ocasionadas por las sondas de gran calibre se han minimizado gracias a la utilización de sondas finas, que ofrecen una perfecta tolerancia, y la *obstrucción de la sonda*, hecho habitual si no se mantienen unos cuidados mínimos diarios, puede ser prevenida simplemente administrando unos 50 ml de agua después de cada infusión o cuando se administra medicación por la sonda.<sup>(30)</sup>

#### **2.13.5. Nutrición Artificial Domiciliaria**

El soporte nutricional domiciliario surge en respuesta a ingresos prolongados innecesarios y en el contexto de una asistencia más humanizada, situada en el entorno socio familiar del paciente y con similares garantías de seguridad y eficiencia que la hospitalaria.

El soporte domiciliario con nutrición enteral registra un elevado incremento anual (8-10%). Este crecimiento ha requerido la formación de una estructurada red asistencial con un equipo multidisciplinario (médicos, farmacéuticos, personal de enfermería, asistentes sociales, etc.), que acuda al entrenamiento y monitorización de los pacientes candidatos a esta terapia <sup>(30)</sup>

## **2.14. Interacción fármaco-nutriente**

Se entiende por interacción entre fármaco y nutrición (IFN) la modificación de los efectos de un fármaco por la anterior o concurrente administración de nutrientes (también denominada interacción alimento-medicamento: IAM) y/o la modificación de los efectos de los nutrientes y del estado nutricional por la anterior o concurrente administración de un fármaco (también denominada interacción medicamento-nutriente: IMN).

Como consecuencia de estas interacciones, los resultados clínicos (eficacia del soporte nutricional y/o respuesta farmacológica) se verán alterados en mayor o menor grado. <sup>(30)</sup>

Otro factor importante para desarrollar este tipo de interacciones es la polifarmacia.

La media de medicamentos que toman las personas ancianas, según diferentes estudios, oscila entre 4 y 8. Estas características de la población geriátrica predisponen a la aparición de desequilibrios nutricionales. <sup>(32)</sup>

### **2.14.1. Factores que influyen en la presencia de interacciones entre fármacos y nutrientes en población geriátrica**

Las personas de edad avanzada representan una población de riesgo (4) en cuanto a la presentación de reacciones adversas a medicamentos y de interacciones entre fármacos y nutrición. La prevalencia y la manifestación clínica de los efectos adversos originados por IFN en personas de edad avanzada son más acentuados que en personas jóvenes, como consecuencia de diferentes factores que afectan a la población geriátrica.

La coexistencia de varios factores va a determinar la importancia y relevancia de las repercusiones clínicas de las IFN. (22)

#### **2.14.2 Efecto de los medicamentos sobre la utilización de nutrientes**

Independientemente de las interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, los fármacos pueden intervenir sobre la utilización de nutrientes por:

- Alterar la ingesta de alimentos por disminuir el apetito (digoxina, serotonina, noradrenalina, salbutamol, levodopa) o incrementarlo (carbonato de litio, clorpromazina, clordiazepóxido, diazepam, antidepresivos tricíclicos, hipoglucemiantes orales) u originar náuseas, vómitos y diarrea como consecuencia de los efectos secundarios gastrointestinales de determinados medicamentos.
- Modificar la percepción del gusto (hipogeusia o disgeusia) y del olfato (meprobamato, clofibrato, fenitoína, probucol)(23)

#### **2.14.3. Interacciones que pueden causar deficiencias de micronutrientes**

Una proporción importante de ancianos mayores de 70 años presenta deficiencias de micronutrientes (vitaminas y minerales) como consecuencia de interacciones medicamento - nutriente. En la actualidad, en EE.UU. se han establecido guías de requerimientos nutricionales para este grupo de población (24).

## **2.15 Guía de atención**

### **2.15.1 Concepto**

Las Guías de Atención son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se construyen con base en la metodología de gestión de procesos.

Aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención.

Especifica los objetivos de intervención en cada fase de la historia natural de la enfermedad, conjugando la medicina basada en la evidencia y las dimensiones en la calidad de atención, sin reemplazar el juicio clínico del profesional.

Permite la coordinación e información entre niveles, detalla las actividades en la atención de las personas con un problema o situación de salud específico y se optimiza la secuencia de acciones a realizar, para dar una perspectiva multidisciplinaria que es capaz de identificar: (33)

- Las expectativas en la atención de las personas en los servicios institucionales.
- Los momentos que son críticos en la atención de las personas en los diferentes escenarios de los servicios de salud.
- Los métodos para mejorar la calidad y el costo beneficio de la atención de las personas.

- Las guías de atención elaboradas con esta metodología oficial tienen carácter impositivo a nivel institucional.

### **2.15.2 Objetivos de una guía de atención**

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente. (33)
- Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.

- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas.

### **2.15.3 Metodología para elaborar una guía de atención.**

#### **2.15.3.1 Desarrollo de una guía de atención.**

Para elaborar una guía de atención, deben seguirse los siguientes pasos:

- Revisa y analiza la bibliografía y evidencia científica relativa al problema o situación de salud por atenderse.
- Analizar y diseñar el proceso de atención del problema o situación de salud. (33)
- Desarrolla un documento borrador de Guía de Atención o protocolo del problema específico o situación en salud basado en el formato de presentación establecido.
- Presenta un borrador de la Guía o protocolo a diferentes actores del proceso de atención en todos los niveles, lo mismo que a organizaciones de profesionales.
- Presenta el borrador de la Guía al Grupo Conductor de la Sub-Área Gestión Técnica en Servicios de Salud para su aval.
- Valida el borrador de la Guía de Atención con grupo de expertos y personal de salud de las diferentes disciplinas y

niveles de atención, personas con el problema o situación de salud según corresponda.

- Desarrolla el plan de capacitación propuesto con las unidades de salud, sobre los contenidos de la Guía de Atención.
- Establece indicadores, tiempos y responsabilidades para la implantación. (33)
- Realiza el proceso de evaluación y seguimiento de la implantación de la Guía.

#### **2.15.4 Formato de una guía de atención**

Cualquier Guía de Atención que se construya debe seguir el formato que se detalla a continuación:

##### **Portada**

- El título de forma destacada, que deberá ser el nombre oficial del documento. Por ejemplo, Guía de Atención Integral.
- Fecha de la elaboración o última actualización.

##### **Contraportada**

- Nombre, profesión y lugar de trabajo de los participantes del grupo ejecutor de la Guía.
- Nombre, profesión y lugar de trabajo del grupo conductor de la Guía.
- Nombre, profesión y lugar de trabajo del grupo de validación de la Guía. (33)

## **Presentación oficial por escrito de la guía por parte de gerencia médica**

Se contará con este documento una vez finalizada la guía o protocolo y presentada a la Gerencia Médica.

## **Índice de los contenidos de la guía**

### **Introducción**

En la introducción se señalan los aspectos generales del contexto que permitió la realización del documento. Debe indicar en forma breve:

- Problema o situación de salud que se va a abordar y los ámbitos que serán considerados: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, rehabilitación expresados en forma breve y concisa.
- Población meta a la que va dirigida la guía.
- Usuarios meta: deben estar claramente definidos en la guía.

## **Objetivos generales y específicos de la guía de atención integral**

### **Objetivos generales**

Se plantean con base en las políticas o estrategias nacionales y los logros que se desea obtener con la aplicación de las guías. Deben ser claros y estar descritos con detalle.

### **Objetivos específicos**

Deben ser muy claros y responder a los objetivos generales, de tal manera que permitan realizar

evaluaciones respecto al grado de cumplimiento de la guía de atención integral.

## **Glosario de términos y abreviaturas utilizadas**

### **Proceso de elaboración**

Resume el proceso por el cual se logró producir este documento, especificando: (33)

- La conformación del Grupo Ejecutor para la elaboración de la guía.
- Las fuentes bibliográficas utilizadas, así como criterios de inclusión o exclusión aplicados para seleccionar los estudios utilizados en la elaboración de la guía: meta-análisis, ensayos randomizados mayores y otros.
- Se debe anotar las preguntas clínicas estructuradas que llevaron a la búsqueda de evidencia que son relevantes en el tema a tratar, es necesario que sean tan claras y específicas como sea posible.
- Descripción clara de los métodos utilizados para formular las recomendaciones. Si se utilizaron métodos de consenso informal, la guía debe describir como se resolvieron las áreas de desacuerdo.
- El proceso de validación de la misma (Con el grupo de expertos, personal de salud y pacientes implicados).

- Independencia editorial: debe citarse claramente que la guía es **editorialmente independiente de la entidad financiadora. (si existiera financiamiento externo)** Se debe anotar que no ha existido conflicto de intereses en la formulación de las recomendaciones y acciones.

### **Descripción del problema de salud o de la situación de salud por tratar:**

Explicar el problema clínico o situación de salud que se va a desarrollar en la guía. Esto debe ser breve y aportar los elementos básicos para comprender la importancia de la Guía de Atención, el contexto sobre el cual se aplicará y el impacto que se espera de esta.

Además puede incluir aspectos cómo: (33)

- Epidemiología básica de la enfermedad o situación de salud por tratar: prevalencia local, historia natural, morbilidad asociada, y otros.
- Consideraciones fisiopatológicas que pudieran ser relevantes para interpretar la guía.
- Factores de riesgo y pronóstico: especialmente aquellos que pudieran ser determinantes sobre el manejo de la enfermedad.

### **Descripción de las intervenciones y las actividades.**

- Promoción
- Prevención

- Detección.
- Diagnóstico
- Tratamiento o Plan de Intervención
- Control, autocontrol
- Rehabilitación
- Seguimiento.
- Flujogramas y protocolos ( Son estrictamente necesarios para una mejor adhesión)

Todo esto debe estar basado en la información obtenida a través de la revisión bibliográfica realizada y según el aporte del grupo de expertos en la materia. Toda recomendación debe estar explícitamente ligada a la evidencia que la sustenta.

### **Anexos**

- Definiciones y conceptos: Cualquiera que se requiera para una interpretación y entendimiento adecuado de la guía. (33)
- Proceso de implementación: Descripción de cómo se llevará a cabo este proceso.
- Proceso de monitoreo y evaluación: Esto requiere definir claramente los criterios a tener en cuenta que se derivan de las recomendaciones principales de la guía. La guía debería ofrecer un listado de criterios sobre los que la implementación de las recomendaciones pueda ser auditada y monitoriada. Si fuera posible, estos criterios deberían estar unidos a los datos que hospitales y áreas de salud ya sistematizan.

- Proceso de actualización de la guía: debe estar claramente descrito y con un cronograma definido.
- Documentos de información y educación a la persona: Toda guía de atención debe contener el plan educativo que la acompaña. Las técnicas educativas así como el material didáctico de apoyo a realizar. Debe cumplir con los criterios técnicos definidos por el Área de Atención Integral a las Personas.

### **Bibliografía**

Siguiendo los criterios que recomienda el Manual para publicaciones del American Psychological Association (APA). (33)

## **CAPITULO III**

### **3. MATERIALES Y METODOS**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación es de tipo transversal y descriptivo, ya que describe el problema y se aplicó la encuesta una sola vez sobre los Conocimientos y Prácticas de los profesionales Médicos y Nutricionistas sobre desnutrición en el adulto mayor del Hospital San Vicente de Paúl

#### **3.2. Localización**

**El lugar de estudio** será en los servicios de Medicina Interna, Traumatología, Cirugía, Cuidados Intensivos, Gineco Obstetricia y Emergencia del Hospital San Vicente de Paúl, en la Provincia de Imbabura.

#### **3.3. Universo y población**

Para efectos de la investigación se tomará en cuenta: médicos tratantes, médicos tratantes EBAS médicos residentes, médicos de EBAS residentes y nutricionistas

**PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAÛL”**

1. MEDICOS TRATANTES: **27**
2. MEDICOS TRATANTES EBAS: **10**
3. MEDICOS RESIDENTES: **24**
4. MEDICOS DE EBAS RESIDENTES: **21**
5. NUTRICIONISTAS : **2**

**TOTAL: 84**

**3.4. Variables: definición**

- Características socio demográficas
- Conocimientos y prácticas de los profesionales Médicos y Nutricionistas para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación de la desnutrición del paciente hospitalizado.
- Elaboración de una Guía de Atención Nutricional del paciente desnutrido.

### 3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PROFESIONALES MEDICOS Y NUTRICIONISTAS</b>	Datos referentes a la situación de la población encuestada	Porcentaje de profesionales de la salud del Hospital San Vicente de Paúl según género	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
		Porcentaje de profesionales de la salud según edad del Hospital San Vicente de Paúl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Día</li> <li>• Mes</li> <li>• Año</li> </ul>
		Porcentaje de profesionales de la salud según profesión y/o ocupación del Hospital San Vicente de Paúl,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico tratante</li> <li>• Médico residente</li> <li>• Médico tratante de EBAS</li> <li>• Médico residente de EBAS</li> <li>• Nutricionista</li> </ul>
<b>CONOCIMIENTOS SOBRE DESNUTRICION EN EL ADULTO MAYOR</b>	<b>CONOCIMIENTO:</b>  Conjunto de información almacenada mediante la	Porcentaje de profesionales médicos y nutricionistas que conocen la definición de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce</li> <li>• Regular</li> <li>• Bueno</li> <li>• Satisfactorio</li> </ul>

	experiencia o el aprendizaje que se tuvo durante la formación académica o la autoformación.	Desnutrición.	
		Porcentaje de profesionales médicos y nutricionistas que conocen las causas de la Desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce</li> <li>• Regular</li> <li>• Bueno</li> <li>• Satisfactorio</li> </ul>
		Porcentaje de profesionales médicos y nutricionistas que conocen los tipos de Desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce</li> <li>• Regular</li> <li>• Bueno</li> <li>• Satisfactorio</li> </ul>
<b>CONOCIMIENTOS SOBRE DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICION</b>	<b>CONOCIMIENTO:</b> Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que se tuvo durante la formación académica o la autoformación.	Método más adecuado para diagnosticar Desnutrición en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antropometría</li> <li>• Exámenes bioquímicos</li> <li>• Examen clínico</li> <li>• Encuesta dietética</li> <li>• Todos</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Desconoce</li> </ul>
		Indicador antropométrico más adecuado para	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pliegues subcutáneos</li> <li>• Peso y talla</li> </ul>

		<p>diagnosticar Desnutrición en el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice cintura cadera (CIN/CAD)</li> <li>• Índice de Masa Corporal (IMC)</li> <li>• Todos</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Desconoce.</li> </ul>
		<p>Punto de corte del IMC q indica normalidad del estado nutricional del adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 – 28kg/m<sup>2</sup></li> <li>• 19.9-24.9kg/m<sup>2</sup></li> <li>• 20-2528kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Desconoce</li> </ul>
		<p>Método más adecuado para medir el consumo de alimentos en el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordatorio 24 horas</li> <li>• Hábitos alimentarios</li> <li>• Historia dietética</li> <li>• Pesada de alimentos consumidos</li> <li>• Todos</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce</li> <li>• Albumina sérica</li> </ul>
		Indicador bioquímico más adecuado para el diagnóstico de la desnutrición en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HDL y LDL</li> <li>• Hemoglobina y hematocrito</li> <li>• Glucosa</li> <li>• Todos</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Desconoce.</li> </ul>
		Porcentaje de profesionales médicos y nutricionistas que conocen acerca de la Encuesta del Índice de Riesgo Nutricional IRN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce</li> <li>• Regular</li> <li>• Bueno</li> <li>• Satisfactorio</li> </ul>
		Signo Clínico más adecuado para el diagnóstico de la desnutrición en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cabello frágil</li> <li>• Debilidad generalizada</li> <li>• Emaciación</li> <li>• Avitaminosis</li> <li>• Aparición de edemas</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictericia</li> <li>• 1,3 y 4</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
<p align="center"><b>CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN</b></p>	<p><b>CONOCIMIENTO:</b></p> <p>Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que se tuvo durante la formación académica o la autoformación.</p>	<p>Tratamiento nutricional adecuado en el adulto mayor con desnutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacológico</li> <li>• Sicológico y emocional</li> <li>• Fortificación de la dieta y suplementación</li> <li>• Todas las anteriores</li> <li>• Otros</li> <li>• Desconoce</li> </ul>
		<p>Tipo .de formula en el que se encuentra el ENSURE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulas completas</li> <li>• Formulas poliméricas</li> <li>• Fórmulas especiales</li> <li>• Suplemento dietético</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Desconoce</li> </ul>
		<p>Vía de administración correcta de la nutrición enteral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total o completa</li> <li>• Nutrición periférica</li> <li>• Gastrostomía</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otra</li> <li>• Ninguna</li> <li>• Desconoce</li> </ul>
		Fórmula que utiliza para el cálculo de los requerimientos nutricionales en el adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fórmula de Harris Benedict</li> <li>• Balance nitrogenado</li> <li>• Calorimetría indirecta</li> <li>• Índice de Creatinina alta</li> <li>• Ninguna de las anteriores</li> <li>• No se realiza este calculo</li> <li>• Otras</li> </ul>
		Fórmula adecuada para el cálculo de pérdida de peso para el adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\%PP = \frac{PH - PA}{PH} \times 100</math>.</li> <li>• <math>\%PP = \frac{P(kg)}{T(m)^2}</math></li> <li>• <math>\%PP = \frac{\text{peso actual} - \text{peso habitual}}{\text{peso habitual}}</math></li> <li>• Otra</li> <li>• Ninguna</li> <li>• Desconoce</li> </ul>

<p align="center"><b>CONOCIMIENTOS SOBRE EDUCACION NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICION</b></p>	<p><b>CONOCIMIENTO:</b></p> <p>Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje que se tuvo durante la formación académica o la autoformación</p>	<p>Porcentaje de profesionales médicos y nutricionistas que creen que la educación nutricional forma parte de la atención integral del adulto mayor con desnutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> <li>• POR QUE?</li> </ul>
		<p>Capacitación de los profesionales médicos y nutricionistas sobre el manejo nutricional en el adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<p align="center"><b>PRACTICAS SOBRE DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICION</b></p>	<p><b>PRACTICAS:</b></p> <p>Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad</p>	<p>Realización de diagnóstico de desnutrición del adulto mayor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cómo?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
		<p>En caso de diagnosticar Desnutrición en el adulto mayor lo comunica al paciente y/o familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>

		Método para calcular el Peso en un adulto mayor encamado con desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brazada</li> <li>• Circunferencia de la cintura</li> <li>• Altura de la rodilla</li> <li>• 1 y 3</li> <li>• Todos</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Desconoce</li> </ul>
<b>PRACTICAS SOBRE TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICION</b>	<b>PRACTICAS:</b>  Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad	Realización de tratamiento nutricional en el adulto mayor con desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Cuál?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
		Prescripción de una dieta especial al adulto mayor con desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cuál?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
		Prescripción de algún suplemento o complemento nutricional adicional a la dieta en el tratamiento del adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Cuál?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>

		Uso de la nutrición enteral en el tratamiento nutricional adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si en qué fórmulas?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
		Uso de la nutrición parenteral en el tratamiento nutricional del adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Que fórmulas?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
		Aplicación en la prescripción médica de la interacción existente entre fármaco y nutriente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cuáles?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
<b>PRACTICAS SOBRE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICION</b>	<b>PRACTICAS:</b> Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad	Realización de seguimiento nutricional una vez dado de alta el adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Cómo?</li> <li>• Frecuencia?</li> <li>• No por qué?</li> </ul>
<b>PRACTICAS SOBRE EDUCACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DESNUTRICION</b>	<b>PRACTICAS:</b> Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad	Realización de Educación nutricional al paciente y/o familiares del adulto mayor con desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cómo?</li> <li>• Quién lo hace?</li> <li>• No por qué</li> </ul>

### 3.6. Materiales y equipos

- Computadores
- Cámara fotográfica
- Dispositivo USB
- 3 paquete de hojas de papel bond
- Tinta para impresora
- 4 Esferos
- Carpetas
- Lápices
- Textos
- Copias
- Cd

### 3.7. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. **Para determinar las características socio demográficas y de formación académica de los profesionales de la salud del Hospital San Vicente de Paúl**, en la encuesta (Anexo 1) se encuentra un encabezado en el cual se recopila información del profesional de salud como el nombre, edad, género, cargo dentro de la casa de salud y si ha recibido algún tipo de capacitación sobre el Manejo Nutricional del Adulto Mayor.
2. **Para identificar los conocimientos y prácticas en los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación de la desnutrición en el adulto mayor hospitalizado** se aplicará una encuesta (Anexo 1) en la que se incluyen 3 preguntas sobre datos sociodemográficos, 2 sobre conocimientos generales de la Desnutrición, 10 preguntas sobre el diagnóstico, 10 preguntas sobre tratamiento, 3 preguntas sobre

seguimiento y 3 preguntas sobre educación, son preguntas de selección múltiple en su mayoría y de acuerdo a las preguntas también se realizó preguntas abiertas.

3. **Para diseñar y validar una Guía de atención nutricional para el adulto mayor con desnutrición**, se aplicará una encuesta (anexo 2) a los profesionales de la salud con el fin de recabar información sobre la metodología de la Guía de Atención Nutricional al Adulto Mayor, en el cual se conocerá como proceder en el Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento y Educación al paciente y familiares del Adulto Mayor con Desnutrición que este siendo atendido en el Hospital San Vicente de Paul.



**CAPÍTULO IV**  
**4. RESULTADOS**

**4.1. Condiciones sociodemográficas de los profesionales médicos y nutricionistas.**

**CUADRO 1**  
**EDAD Y GENERO DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**

<b>GÉNERO n = 84</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	29	34,5
<b>Masculino</b>	55	65,5
<b>EDAD n = 84</b>		
<b>28-38</b>	36	42,9
<b>39-49</b>	31	35,7
<b>50-60</b>	11	13,1
<b>61-71</b>	5	6
<b>72-82</b>	1	1,2

**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

La población en estudio está conformada en su mayoría por profesionales del género masculino 65,5 % y el 34,5% por profesionales del género femenino. Se estableció que la diferencia en la población entre géneros es cada vez menos notable debido a que la promoción de la equidad de género ha ido en aumento.

En cuanto a la edad, se determinó que casi la mitad de profesionales, el 42.9% está en la categoría de adulto joven, el 36% corresponde a los profesionales adultos medios o maduro y un importante 20% están en la categoría de adulto mayor. La edad del profesional lleva implícito una serie de características que lo hacen a fin a su desempeño y competente en mayor o menor grado para determinada función en el ámbito hospitalario, sin que sea la edad obstáculo para su calidad profesional.

**CUADRO 2**  
**SERVICIO Y PROFESIÓN DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**

<b>SERVICIO n=84</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cirugía	10	11,9
Cuidados Intensivos	11	13,1
Dietética	2	2,38
Emergencia	17	20,24
Gineco Obstetricia	15	17,86
Medicina Interna	11	13,1
Traumatología	18	21,43
 <b>PROFESION n=84</b>		
Médico Residente	29	34,52
Médico Tratante	37	44,05
Nutricionista	2	2,38
Residente EBAS	13	15,48
Tratante EBAS	3	3,57

**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

Los servicios hospitalarios utilizados para la investigación fueron 7, entre los cuales el Servicio de Dietética es el de menor personal, con 2 Nutricionistas que atienden la demanda de todo el Hospital. Los Servicios con mayor cantidad de profesionales son: Traumatología con el 21,43% y Emergencia con el 20,24%. Los Servicios que se excluyeron de la investigación fueron los de Pediatría y Neonatología, ya que el estudio fue dirigido a profesionales que traten pacientes adultos mayores.

Los profesionales que entraron en el estudio fueron Médicos Residentes y Tratantes en su mayoría con el 78.57%. Los Médicos Tratantes y Residentes de EBAS que realizan trabajo de campo se encuentran en menor número con el 19.05%.

**CUADRO 3**  
**CAPACITACIÓN DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS SOBRE EL MANEJO NUTRICIONAL EN EL**  
**ADULTO MAYOR**

<b>HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN n=84</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	64	76,19
SI	20	23,81

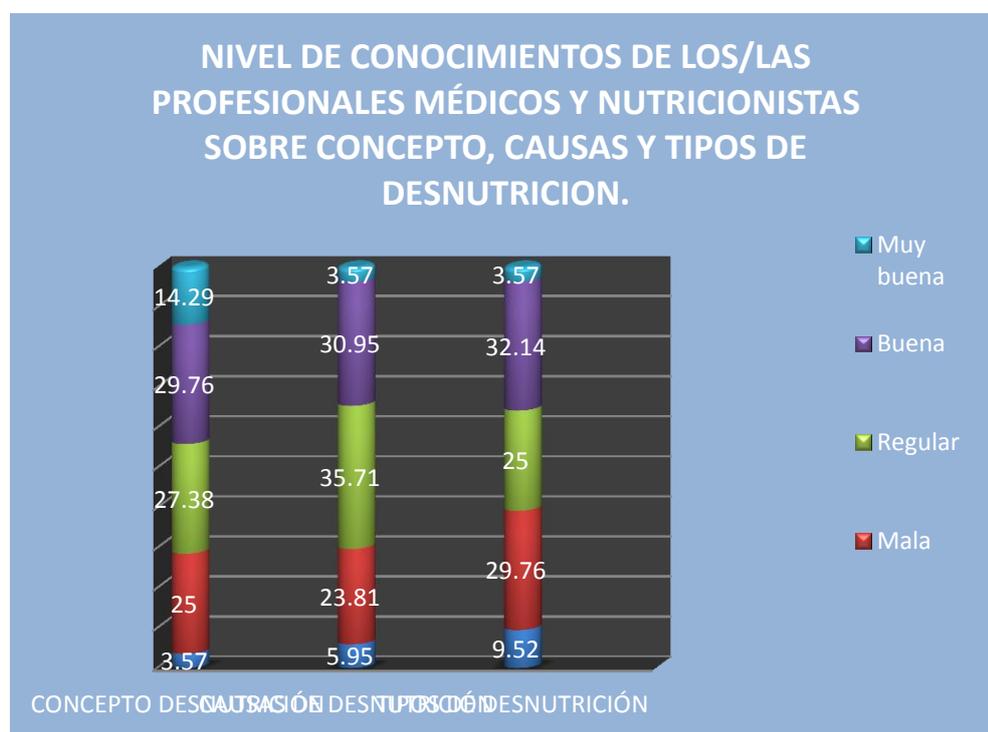
**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

De los profesionales Médicos y Nutricionista investigados, apenas el 24% recibió en algún momento de su trayectoria profesional Capacitación acerca del Manejo Nutricional en el Adulto Mayor. Y cabe mencionar que de este porcentaje no se diferenció entre capacitación actualizada o pasada. Sería más importante el manejo adecuado con las nuevas referencias de estudios y las técnicas más actualizadas para el tratamiento integral del adulto mayor. Además este parámetro de Capacitación Actualizada sirvió para hacer referencia al nivel de conocimientos que tiene el profesional de salud en el manejo nutricional del adulto mayor.

## 4.2 Conocimientos y prácticas sobre diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación nutricional en el adulto mayor desnutrido

**GRÁFICO 1**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS - AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SOBRE EL CONCEPTO, TIPOS Y CAUSAS DE DESNUTRICIÓN.**



**FUENTE:** Investigación.

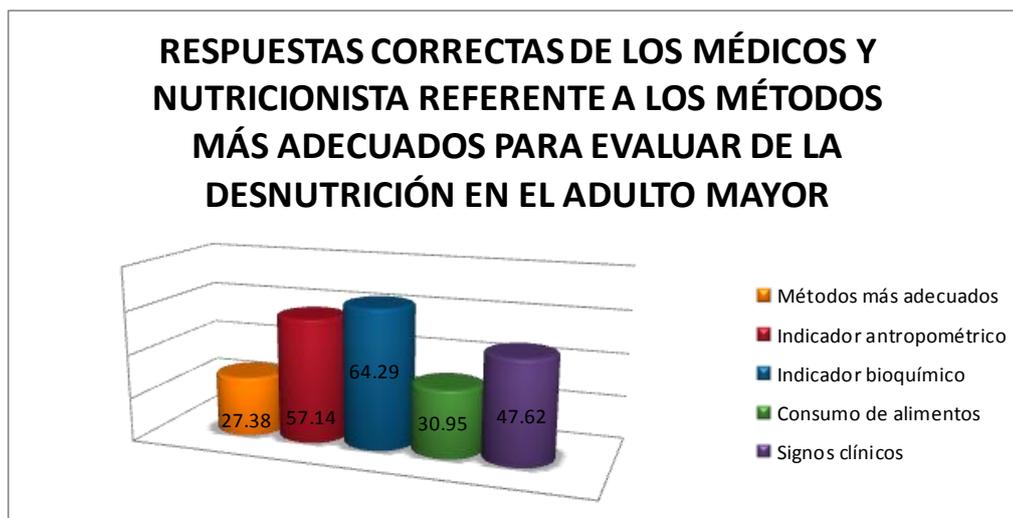
**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales.

La mayoría de profesionales, el 52.8% del estudio tienen un conocimiento malo y regular sobre la conceptualización de la desnutrición, se considera necesario que todo profesional de la salud conozca a profundidad la situación nutricional de los usuarios de los servicios de salud, para que puedan participar activamente en su fomento, tratamiento y protección y así contribuir a precautelar el estado general de salud de las personas. Un porcentaje considerable de profesionales tiene un conocimiento bueno y

muy bueno sobre la conceptualización de desnutrición. La importancia de esta variable radica en que varios estudios en diversas poblaciones etéreas han demostrado que mientras más larga sea la estancia hospitalaria el estado nutricional se deteriora, y qué decir de los adultos mayores, ellos no son la excepción; haciéndose necesaria la intervención de todo el equipo de salud para prevenir y tratar problemas nutricionales.

## GRAFICO 2

### NIVELES DE CONOCIMIENTOS DE LOS-LAS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SOBRE LOS MÉTODOS MAS ADECUADOS PARA DIAGNOSTICAR DESNUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR



FUENTE: Investigación.

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

La investigación estableció que el 27.38% de los profesionales respondió correctamente acerca del Método más adecuado para diagnosticar Desnutrición en el adulto mayor, en la que se estableció que tanto la Antropometría, la Encuesta Dietética, Examen Clínico y Bioquímico, combinados permiten una Evaluación Nutricional Integral y a su vez específica para realizar un diagnóstico Nutricional efectivo.

En cuanto al Indicador Antropométrico e Indicador Bioquímico más adecuados, más de la mitad de los profesionales supieron contestar correctamente, seleccionando al IMC con el 57.14% y a la Albúmina Sérica con el 64.20%.

EL 31% de los profesionales supo contestar la respuesta correcta en cuanto al mejor indicador para medir el consumo de alimentos en el Adulto Mayor, y este es el Recordatorio de 24 horas, mientras que el 69% no supo contestar correctamente. En cuanto a los signos clínicos que presenta el Adulto Mayor con desnutrición, el 47.62% supo responder la respuesta correcta, mientras tanto el 52.38% contesto incorrectamente. Sin embargo en el ámbito de la salud se aspiraría que el 100% de los profesionales tengan un conocimiento cabal para la aplicación de estos indicadores en sus evaluaciones médicas y nutricionales.

**CUADRO 4**  
**CONOCIMIENTOS DE LOS - AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SOBRE**  
**LA NORMALIDAD DEL PUNTO DE CORTE DEL ÍNDICE DE MASA**  
**CORPORAL EN EL ADULTO MAYOR**

NORMALIDAD EN EL PUNTO DE CORTE DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN EL ADULTO MAYOR	TOTAL	
	Nº	%
19.9-24.9 kg/m <sup>2</sup>	30	35,71
20-25 kg/m <sup>2</sup>	25	29,76
*23-28kg/m <sup>2</sup>	22	26,19
DESCONOCE	6	7,14
NINGUNO	1	1,19

**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

El punto de corte que indica normalidad en el Estado Nutricional en el Adulto Mayor es de 23 a 28 kg/m<sup>2</sup> y apenas el 26.19% de los profesionales acertaron, el 35.71% contestó que el punto de corte normal es de 19.9-24.9 kg/m<sup>2</sup>, pero dicho punto de corte indica normalidad en el grupo etáreo de adultos jóvenes, esto indica que los profesionales de la salud creen que en los adultos mayores rige el mismo punto de corte, lo cual es un conocimiento empírico y erróneo ya que las condiciones anatómicas y fisiológicas van cambiando con la edad.

**CUADRO 5**  
**CONOCIMIENTOS DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ACERCA**  
**DE LA FORMULA PARA EL CALCULO DE LA TASA METABÓLICA**  
**BASAL EN EL ADULTO MAYOR CON DESNUTRICIÓN**

FORMULA PARA EL CALCULO DE TASA METABÓLICA BASAL n=84	TOTAL	
	Nº	%
Formula de Harris Benedict	33	39,29
Balance Nitrogenado	3	3,57
Calorimetría Indirecta	4	4,76
Índice de Creatinina/Talla	2	2,38
No se realiza este cálculo	10	11,9
Otras	3	3,57
Ninguna	4	4,76
Desconoce	25	29,76

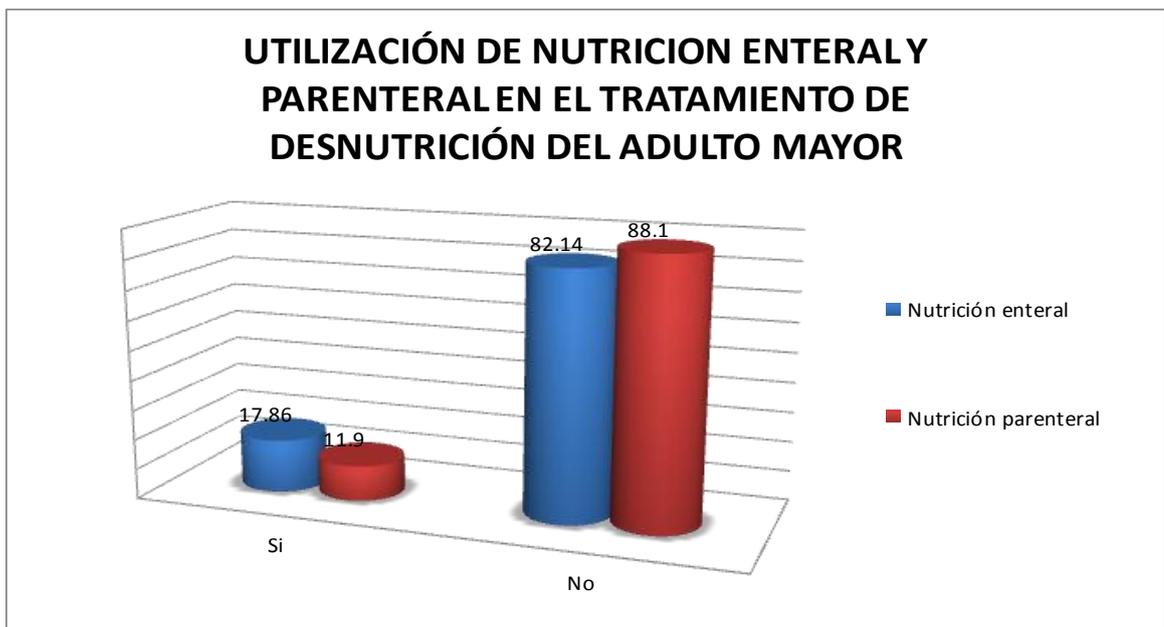
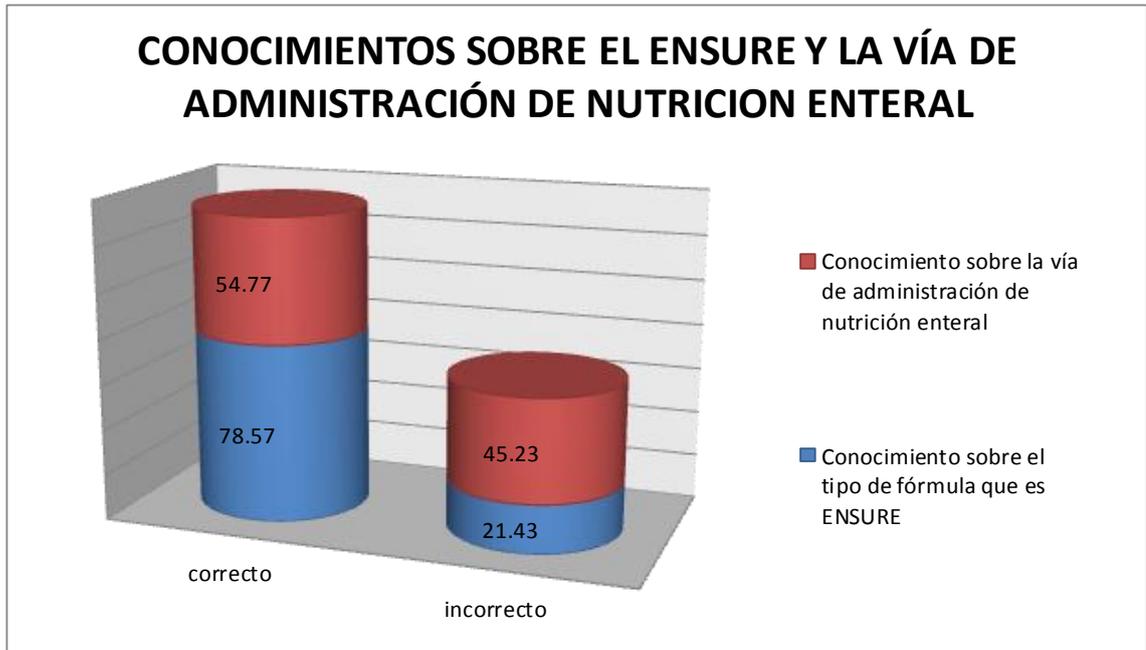
**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

La fórmula con la que se calcula la Tasa Metabólica Basal es la de Harris Benedict, que se utiliza para determinar los requerimientos nutricionales. Apenas el 39.29% supo contestar correctamente, el 12% de la población manifestó que no se realiza este cálculo, interpretándolo como desconocimiento por parte de los profesionales acerca de esta ecuación. El 10.71% de los profesionales eligieron opciones de fórmulas incorrectas como la fórmula de Balance Nitrogenado o el Índice de Creatinina, siendo éstas fórmulas utilizadas para calcular la composición proteica en el cuerpo humano más no para calcular la TMB. El 30% desconoce dicha fórmula. Este análisis se realizó sobre la base que es muy importante establecer los requerimientos nutricionales mínimos para cubrir la TMB y tener en consideración los otros factores que contribuyen a establecer las recomendaciones nutricionales como: actividad física y la acción dinámica

especifica de los alimentos en condiciones de salud; y es preciso además considerar el factor de estrés o agresividad y la temperatura en condiciones de enfermedad; aspectos que en la condición de adulto mayor son indispensables.

**GRAFICO 3**  
**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES**  
**MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE**  
**PAÚL SOBRE SOPORTE NUTRICIONAL EN LA DESNUTRICIÓN DEL**  
**ADULTO MAYOR**



**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

Al ser Ensure un complemento nutricional de uso cotidiano tanto en internación como en Consulta Externa del HSVP, se optó por identificar si los profesionales conocen que tipo de fórmula es Ensure, contestando acertadamente el 78.57% que Ensure es considerado un suplemento oral, es decir, se lo utiliza como alimento único, suplemento de la dieta habitual y/o como alimentación por sonda de acuerdo a las necesidades y condiciones del paciente. Casi el 12% desconoce qué tipo de fórmula es el ENSURE, mientras que el 9.52% contestó equivocadamente al señalar que este producto está dentro del grupo de las fórmulas modulares y oligoméricas.

Únicamente el 17.86% de los profesionales utilizan Nutrición enteral como tratamiento de la Desnutrición en el Adulto mayor y entre estos el más utilizado es el Ensure con el 8.33%, mientras que la mayoría de los profesionales investigados 82.14% no utilizan nutrición enteral en el adulto mayor. Las condiciones que favorecen el proceso de alimentación como la capacidad digestiva, la existencia completa y saludable de la dentadura, el apetito, la tolerancia a ciertos alimentos entre otros, en el adulto mayor empiezan a deteriorarse ocasionando dificultad para una adecuada alimentación en cuyo caso se precisa del uso de algún tipo de suplemento nutricional capaz de proveer al cuerpo energía y nutrientes esenciales en pequeño volumen de alimento.

Se investigó si los profesionales conocen la Vía de administración correcta de nutrición enteral y se encontró que el 53.57% supo contestar correctamente que la Vía de administración adecuada es la Naso entérica y un 27,38% respondió equivocadamente que la vía correcta es la Vía Central. Este desconocimiento manifestado en el estudio por un importante número de profesionales denota un riesgo potencial para el paciente adulto mayor.

Un importante 88.10% no utilizan Nutrición Parenteral en el Tratamiento de la Desnutrición del adulto mayor cuando éste lo amerita, mientras que el 11.9% que si la utiliza, manifestó hacerlo cuando se presenta imposibilidad del tracto gastrointestinal, periodos largos de hospitalización y problemas neurológicos, respuestas muy acertadas, por lo tanto este pequeño porcentaje evalúa el estado y necesidades nutricionales del Adulto Mayor para administrar Nutrición Parenteral y lograr mejorar el Estado Nutricional y Salud del paciente.

**CUADRO 6**  
**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS PROFESIONALES**  
**MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE**  
**PAUL SOBRE EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN EL ADULTO**  
**MAYOR DESNUTRICIÓN**

<b>TRATAMIENTO NUTRICIONAL MAS ADECUADO n=84</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Fortificación de la Dieta y Suplementación	33	39,29
Psicológico y Emocional	3	3,57
Farmacológico	5	5,95
Todas las anteriores	39	46,43
Otros	1	1,19
Ninguno	1	1,19
Desconoce	2	2,38
<b>TRATAMIENTO QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS n=84</b>		
Cuidados Dietéticos	4	4,76
Educación Nutricional	2	2,38
Educación Nutricional , Hospitalización	5	5,95
ENSURE y complementos vitamínicos	3	3,57
Farmacológico, psicológico y suplementación	3	3,57
Nutrición Enteral y Parenteral	2	2,38
Nutricional y farmacológico	1	1,19
NO REALIZA TRATAMIENTO NUTRICIONAL	64	76,19
<b>DIETA QUE SE PRESCRIBE AL ADULTO MAYOR CON DESNUTRICIÓN n=84</b>		
Depende del tipo de desnutrición	5	5,95
Dieta hiperprotéica , disminuida en Ch y aumentada en Ca	2	2,38
Dieta hiperprotéica e hipo grasa	3	3,57
Dieta hiperprotéica	9	10,71
Dieta hiperproteica e hipercalorica	4	4,76
Ensure	5	5,95
NO PRESCRIBEN UNA DIETA ESPECIAL	56	66,67

**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

El tratamiento Nutricional más adecuado en la Desnutrición del Adulto Mayor es la Fortificación de la Dieta y Suplementación Nutricional. El 40% eligió la opción correcta en tanto que el 46.43% cree que el tratamiento Nutricional adecuado es la combinación de fortificación de dieta, tratamiento psicológico, emocional y farmacológico, siendo ésta una respuesta equivocada, por cuanto esto equivaldría a una terapia integral del adulto mayor en casos específicos.

La mayoría de los profesionales el 76.19% no realiza tratamiento nutricional al adulto mayor con desnutrición, y el 23.81% que si lo realiza, manifestó dar Educación Nutricional, Cuidados Dietéticos, Ensure, Complementos Vitamínicos y Minerales, Nutrición enteral y parenteral de acuerdo a la necesidad del paciente.

El 66.67% de la población no prescribe una Dieta acorde a las necesidades del Adulto Mayor con desnutrición y los que mostraron si realizarlo, prescriben dietas hiperproteicas y dietas hipocalóricas. El 5.95% prescriben de acuerdo al tipo de desnutrición y otro 5.95% contestó prescribir Ensure como Dieta única para el Adulto mayor.

El adulto mayor es una persona en potencial riesgo de desnutrición por la serie de condicionantes sociales, psicológicas y fisiológicas; en razón de lo cual requiere una atención alimentario nutricional especializada que todo profesional de la salud debería conocerlo e implementarlo.

**GRÁFICO 4**  
**REALIZACIÓN DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR CON DESNUTRICIÓN POR PARTE DE PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS**



**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

La mayoría de los profesionales en estudio NO realizan Diagnóstico Nutricional (77.38%) al adulto mayor, NO realizan Tratamiento Nutricional (76.19%), NO hacen Seguimiento Nutricional (88.1%) y NO dan Educación Nutricional a estos pacientes (78.57%). Es importante mencionar que éstos aspectos que son fundamentales para conocer la situación nutricional y la respectiva intervención oportuna y adecuada en salvaguarda de la salud y calidad de vida de los adultos mayores, debería ser afrontada con mayor responsabilidad por todos los profesionales de la salud y más aún por el personal médico y nutricionistas que son quienes brindan la atención primaria de salud al adulto mayor con desnutrición.

**GRÁFICO 5**  
**COMUNICACIÓN DEL DIAGNOSTICO A LOS FAMILIARES Y ADULTO**  
**MAYOR CON DESNUTRICIÓN POR PARTE DE PROFESIONALES**  
**MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS**



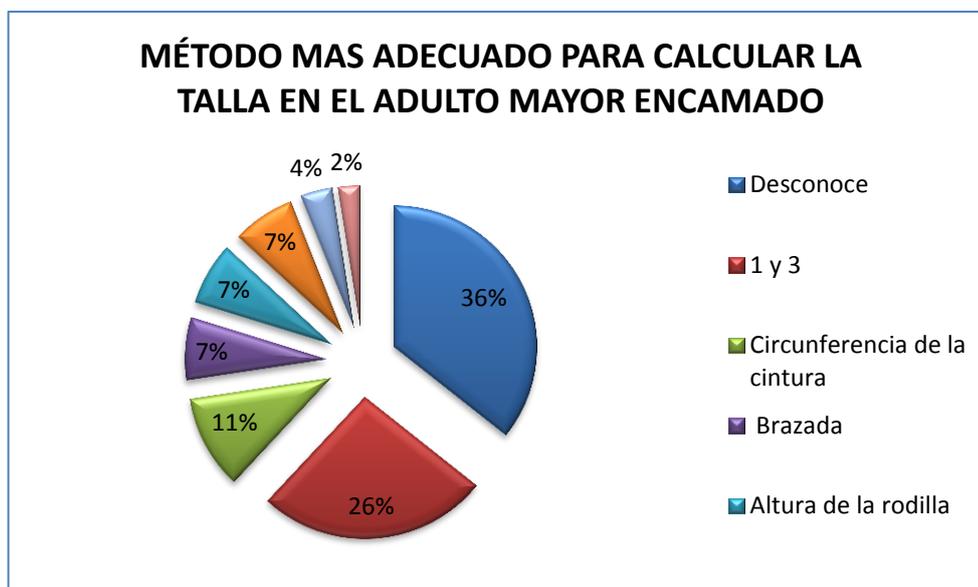
**FUENTE:** Investigación.

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

En cuanto a la pregunta si se comunica al paciente y/o familiar en caso de diagnosticar desnutrición en el Adulto Mayor, el 66.67% manifestó si hacerlo, sin embargo apenas el 22.62% realiza diagnóstico nutricional de acuerdo a los resultados expuestos en el cuadro 10.

Lo deseable para el adulto mayor sería que todos los profesionales médicos y nutricionistas realicen el Diagnóstico Nutricional y a su vez que los resultados sean socializados con el paciente y sus familiares cercanos. El conocimiento y la educación en salud motiva la participación tanto del adulto mayor como de las personas encargadas de su cuidado, especialmente para cumplir con las indicaciones de tratamiento, así como para participar en el seguimiento buscando una mejoría notable y sostenida del estado general de salud y nutrición del adulto mayor con el fin de apoyar su bienestar y su calidad de vida.

**GRÁFICO 6**  
**CONOCIMIENTO DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL MÉTODO MAS ADECUADO PARA CALCULAR**  
**LA TALLA EN EL ADULTO MAYOR ENCAMADO**

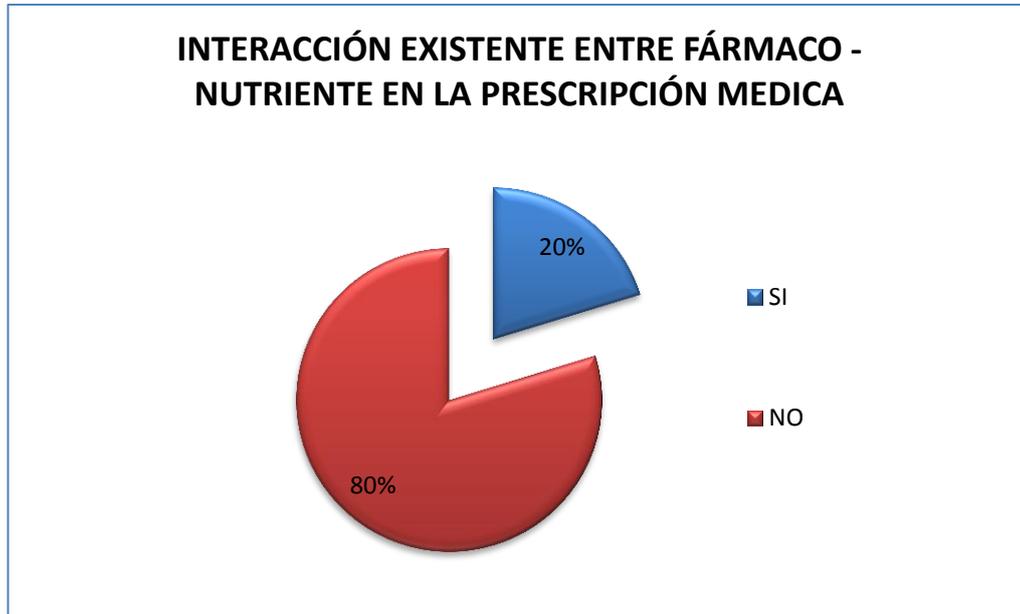


FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

Para poder realizar el diagnóstico nutricional en el adulto mayor, se necesita medidas antropométricas como la Talla y Peso que son variables indispensables para evaluar si presenta o no algún tipo de desnutrición. Sin embargo es común que el paciente adulto mayor se encuentre encamado o por la misma situación fisiológica del envejecimiento no se pueda obtener la Talla, en cuyo caso se precisa del conocimiento de una técnica alternativa para estimar la talla y es así que se conocen los métodos de la longitud de la brazada y la longitud de la altura de la rodilla. En este estudio únicamente el 26.19% de los profesionales conocían de la existencia y aplicación de estos métodos, por tanto la mayoría de profesionales no aplicarán ésta estrategia complementaria para evaluar el estado nutricional del adulto mayor cuando éstos se encuentren en una condición de imposibilidad de sostenerse en pie para la toma de talla de acuerdo al método convencional.

**GRÁFICO 7**  
**INTERACCIÓN EXISTENTE ENTRE FÁRMACO - NUTRIENTE EN LA**  
**PRESCRIPCIÓN MEDICA DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**



**FUENTE:** investigación

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

Los profesionales de la salud desconocen acerca de las interacciones existentes entre los medicamentos y los nutrientes, siendo este un tema muy importante en la salud, dicha interacción puede ir desde una alteración en la absorción del medicamento o nutriente hasta efectos metabólicos del fármaco. En las condiciones de vulnerabilidad en las que el adulto mayor se encuentra éstos aspectos específicos de la absorción tanto de nutrientes como de medicamentos debe ser un factor a tener en cuenta en el tratamiento médico nutricional del adulto mayor, sin embargo solo el 20.24% de profesionales manifiesta conocer acerca de dichas interacciones.

**CUADRO 7**  
**EDUCACIÓN NUTRICIONAL AL PACIENTE Y/O FAMILIARES DEL**  
**ADULTO MAYOR CON DESNUTRICIÓN POR PARTE DE LOS**  
**PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL**  
**SAN VICENTE DE PAUL**

**REALIZACIÓN DE EDUCACIÓN**

<b>NUTRICIONAL n=84</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
NO	66	78,57
SI	18	21,43

**MÉTODO QUE SE UTILIZA PARA BRINDAR**

**EDUCACIÓN NUTRICIONAL n=18**

Charlas nutricionales	3	16,67
Dietas de alta	5	27,78
Guias nutricionales	1	5,56
Recomendaciones generales	9	50

**PROFESIONALES DE LA SALUD QUE**

**REALIZAN EDUCACIÓN NUTRICIONAL n=18**

Enfermera	6	16,67
Médico	11	44,44
Nutricionista	1	38,89

**FUENTE: investigación**

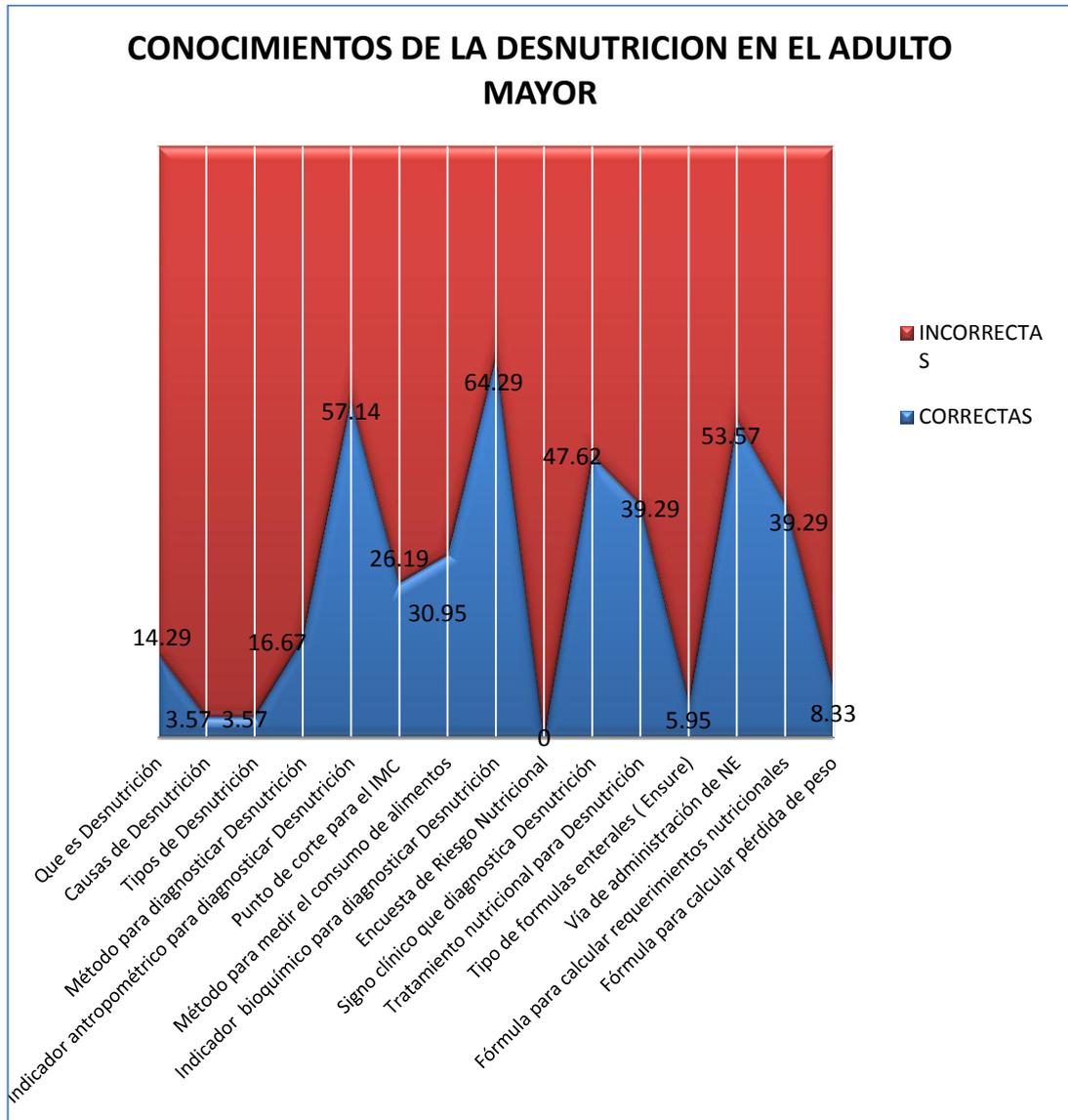
**ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales**

El 21.43% de los profesionales investigados manifestaron realizar Educación Nutricional al Adulto mayor con desnutrición, en su mayoría lo realizan los médicos, seguidos por las enfermeras, y al ser solamente una profesional nutricionista para todos los servicios del HSVP, es ella la única que realiza Educación Nutricional, sin abastecer la demanda existente en esta casa de salud. El método más utilizado por ser sencillo y rápido son

la recomendaciones generales que suelen dar los médicos a sus pacientes sin ser las más específicas para cada caso, también utilizan charlas nutricionales, dietas de alta y guías nutricionales que son más utilizadas en el Servicio de medicina Interna por parte de la Nutricionista . En razón de ser una tarea ineludible del profesional de la salud la Educación y particularmente la Educación Nutricional las investigadoras proponen un Protocolo de Atención Nutricional para el Adulto Mayor cuya implementación pretende contribuir a mejorar la condición nutricional actual de este grupo de personas que merecen la atención, cuidado, respeto y cariño de toda la sociedad.

## GRÁFICO 8

### CATEGORIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE DESNUTRICION EN EL ADULTO MAYOR



FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

En este cuadro se demuestra de una manera global el comportamiento del conocimiento de profesionales médicos en base a las respuestas obtenidas en las que se agrupó bajo la denominación de Respuesta Correcta (única opción correcta) y Respuesta Incorrecta (los ítems de

Desconoce, Todos, Otros, Ninguno). Se puede analizar mediante la encuesta aplicada que en la gran mayoría de conceptos clave para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación nutricional de la desnutrición en el adulto mayor los-as profesionales encuestados-as seleccionaron las alternativas incorrectas, siendo más notorio en las preguntas relacionadas sobre el conocimiento y aplicación de la Encuesta que determina el Índice de Riesgo nutricional (Valoración Global Subjetiva), que en un 100% de profesionales no la conoce ni la aplica. Con lo que se puede concluir que el componente de alimentación y nutrición dentro de la práctica médica no está siendo considerada en la importancia y magnitud que particularmente éste grupo vulnerable lo demanda.

## CUADRO 8

### CONCEPTUALIZACION DE LA DESNUTRICION SEGÚN LA PROFESION DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

PROFESION 1:	NO				MUY				TOTAL			
	CONTESTA		MALA		REGULAR		BUENA		BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MEDICO RESIDENTE	0	0	11	13,1	6	7,14	8	9,52	4	4,76	29	34,52
MEDICO TRATANTE	1	1,19	7	8,33	10	11,9	14	16,67	5	5,95	37	44,05
NUTRICIONISTA RESIDENTE	2	2,38	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,38
EBAS TRATANTE	0	0	3	3,57	5	5,95	2	2,38	3	3,57	13	15,48
EBAS	0	0	0	0	2	2,38	1	1,19	0	0	3	3,57
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3,57</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>27,38</b>	<b>25</b>	<b>29,76</b>	<b>12</b>	<b>14,29</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

En este cuadro se puede concluir que la relación entre la profesión con el conocimiento de la desnutrición está estrechamente relacionada, situación que se puede corroborar con los valores de P (0) que demuestran dicha relación en un grado altamente significativo. Al ser imprescindible el conocimiento sobre desnutrición por parte de todo el personal de salud y en especial de médicos y nutricionistas, en el estudio se determinó desconocimiento del concepto y sus implicaciones sobre desnutrición. Los médicos tanto residentes, tratantes, y de EBAS respondieron en una escala de mala en un 25%, regular 27%, buena y muy buena 44%. En base a estos resultados cabe la recomendación de capacitación y actualización de conocimientos sobre Desnutrición.

## CUADRO 9

### CAUSAS DE DESNUTRICION SEGÚN LA PROFESION DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

PROFESION	NO CONTESTA		MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>MEDICO RESIDENTE</b>	0	0,00	5	5,95	12	14,29	6	7,14	6	7,14	29
<b>MEDICO TRATANTE</b>	9	10,71	9	10,71	12	14,29	5	5,95	2	2,38	37	44,05
<b>NUTRICIONISTA RESIDENTE</b>	2	2,38	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,38
<b>EBAS TRATANTE</b>	2	2,38	3	3,57	3	3,57	5	5,95	0	0,00	13	15,48
<b>EBAS</b>	0	0,00	1	1,19	1	1,19	1	1,19	0	0,00	3	3,57
<b>TOTAL</b>	5	5,95	20	23,81	30	35,71	26	30,95	8	9,52	84	100,00

FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

De similar manera al cuadro anterior se puede inferir que la profesión y el conocimiento de las causas de desnutrición están estrechamente relacionadas como se determinó mediante el valor de P (0.08), lo que quiere decir que la profesión que ellos desempeñan si influye sobre el conocimiento que tengan sobre las causas de desnutrición. En las nutricionistas se vuelve a obtener una respuesta negativa, en los médicos el 24% obtuvieron una calificación mala, el 36% regular y el 31% buena.

## CUADRO 10

### TIPOS DE DESNUTRICION SEGÚN LA PROFESION DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

PROFESION	NO CONTESTA		MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	MEDICO RESIDENTE	2	2,38	7	8,33	5	5,95	14	16,67	1	1,19	29
MEDICO TRATANTE	3	3,57	13	15,48	12	14,29	8	9,52	1	1,19	37	44,05
NUTRICIONISTA RESIDENTE	2	2,38	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,38
EBAS TRATANTE	1	1,19	2	2,38	4	4,76	5	5,95	1	1,19	13	15,48
EBAS	0	0	3	3,57	0	0	0	0	0	0	3	3,57
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>9,52</b>	<b>25</b>	<b>29,76</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>32,14</b>	<b>3</b>	<b>3,57</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

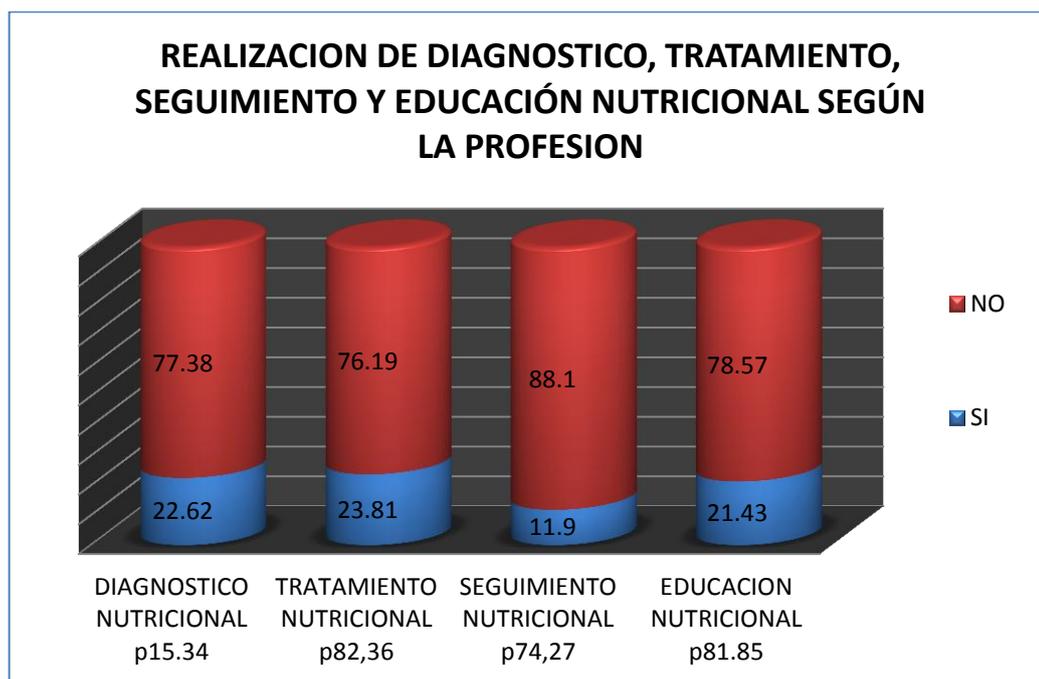
**FUENTE:** investigación

**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales

De acuerdo al valor de P (0.5), los conocimientos de desnutrición, causas y tipos se encuentran relacionados en un valor altamente significativo con la profesión y formación académica que recibieron. Las profesionales Nutricionistas no contestaron esta pregunta, en los médicos el 30% obtuvieron una calificación mala, el 25% regular y el 36% entre buena y muy buena.

## GRÁFICO 9

### REALIZACION DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN LA PROFESION DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

En este gráfico los resultados de acuerdo al valor de P denotan que la Realización del Diagnóstico Nutricional (15.34), Realización del Tratamiento Nutricional (82,36), Seguimiento Nutricional 74,27 y Realización de Educación Nutricional (81.85) no se encuentra vinculada con la profesión de la población estudiada, pues el Estado Nutricional aún no se considera de competencia de todos-as los-as profesionales investigados-as y en este caso se diría que es competencia única y directa del profesional nutricionista que en las encuestas no supieron responder a las preguntas y además de esto, lo crucial y preocupante es

que el número de profesionales nutricionistas es NO significativo a comparación del número de profesionales médicos, lo que pudo haber influido en el valor de P obtenido. El diagnóstico nutricional lo hacen médicos residentes con apenas el 8%, el tratante lo hace en un 6%. En tal virtud se podría concluir que este componente básico de salud que es la Atención Nutricional al Adulto Mayor con Desnutrición no consta en el Protocolo de Atención a Pacientes del Hospital San Vicente de Paul y sería importante que las Unidades de Salud en nuestro país cumplen con la norma de la OPS de contar con un/a Nutricionista por cada 30 pacientes para que se ocupen de su diagnóstico y tratamiento nutricional durante la hospitalización y el seguimiento domiciliario.

## CUADRO 11

### IMPORTANCIA QUE DAN A LA EDUCACION NUTRICIONAL SEGÚN LA PROFESION DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

PROFESIÓN	IMPORTANCIA DE LA EDUC. NUTRICIONAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>MEDICO RESIDENTE</b>	20	23,81	9	10,71	29	34,52
<b>MEDICO TRATANTE</b>	32	38,1	5	5,95	37	44,05
<b>NUTRICIONISTA</b>	1	1,19	1	1,19	2	2,38
<b>RESIDENTE EBAS</b>	7	8,33	6	7,14	13	15,48
<b>TRATANTE EBAS</b>	3	3,57	0	0	3	3,57
<b>TOTAL</b>	63	75	21	25	84	100

FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

Con un valor de P de 9.39 se demostró que no existe relación directa entre la profesión y la percepción de la importancia de la educación nutricional. El 75% de los profesionales de salud dicen dar importancia a la educación nutricional, sin embargo apenas el 21.43% de la población realiza Educación Nutricional, concebida ésta por los-as pacientes como las Recomendaciones Generales de alimentación que dan los-as médicos al momento de dar el alta a los Adultos Mayores. Hay que considerar que al ser parte de un equipo de salud, todos los integrantes de él deberían estar en capacidad de ayudar a prevenir futuros problemas de salud, y una herramienta muy valiosa para ello es la educación nutricional. Aquí la reflexión de las investigadoras es que se debe hacer más concientización a todos-as los-as profesionales sobre este aspecto, ya que junto al tratamiento debe ir la educación nutricional y el respectivo seguimiento y control. De igual modo el Ministerio de Salud deben fortalecer las normas de atención tanto de salud como de nutrición del adulto mayor.

## CUADRO 12

### CAPACITACION SEGÚN LA PROFESION DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

PROFESIÓN	CAPACITACION					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MEDICO RESIDENTE	7	8,33	22	26,19	29	34,52
MEDICO TRATANTE	9	10,71	28	33,33	37	44,05
NUTRICIONISTA	0	0	2	2,38	2	2,38
RESIDENTE EBAS	4	4,76	9	10,71	13	15,48
TRATANTE EBAS	0	0	3	3,57	3	3,57
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>23,81</b>	<b>64</b>	<b>76,19</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

FUENTE: investigación

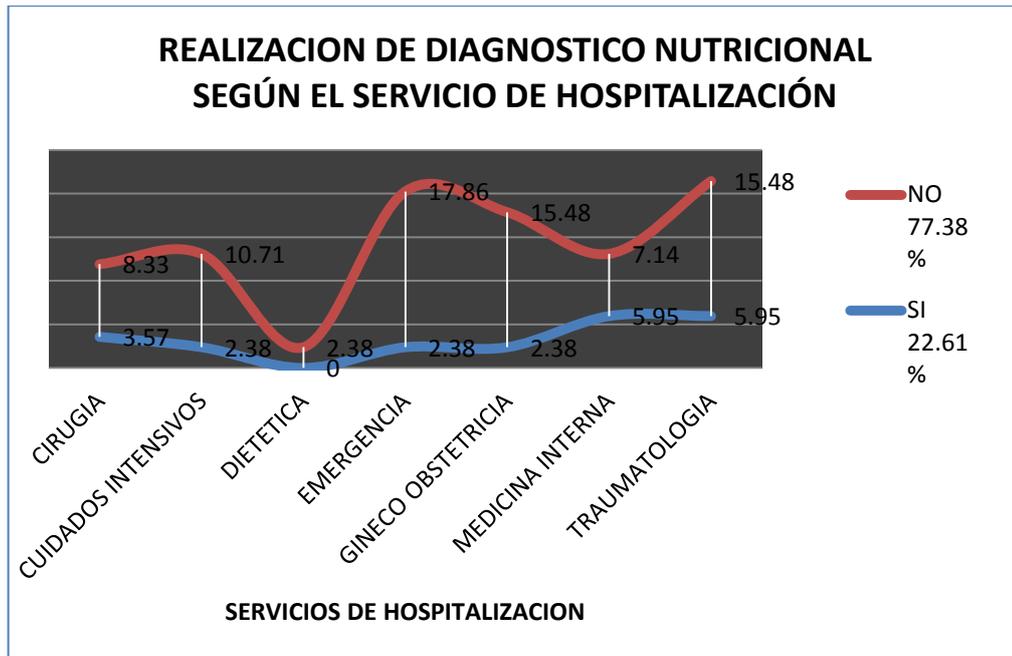
ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

Estadísticamente con un valor de P de 0.7511 se puede inferir que la profesión y la capacitación no están relacionadas.

Es muy desalentador que solamente el 24% se haya capacitado en el manejo nutricional del Adulto Mayor. El Ministerio de Salud Pública y el Hospital San Vicente de Paúl al ser una Institución del Estado, conoce que los adultos mayores son un grupo vulnerable de nuestro país que requieren atención privilegiada y debe propender a buscar las estrategias para fomentar la salud y prevenir o tratar las enfermedades en forma integral, sobre todo evitar que lleguen a sufrir de alteraciones nutricionales que afectaría gravemente a su calidad de vida.

## GRÁFICO 10

### REALIZACION DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO NUTRICIONAL SEGÚN EL SERVICIO DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

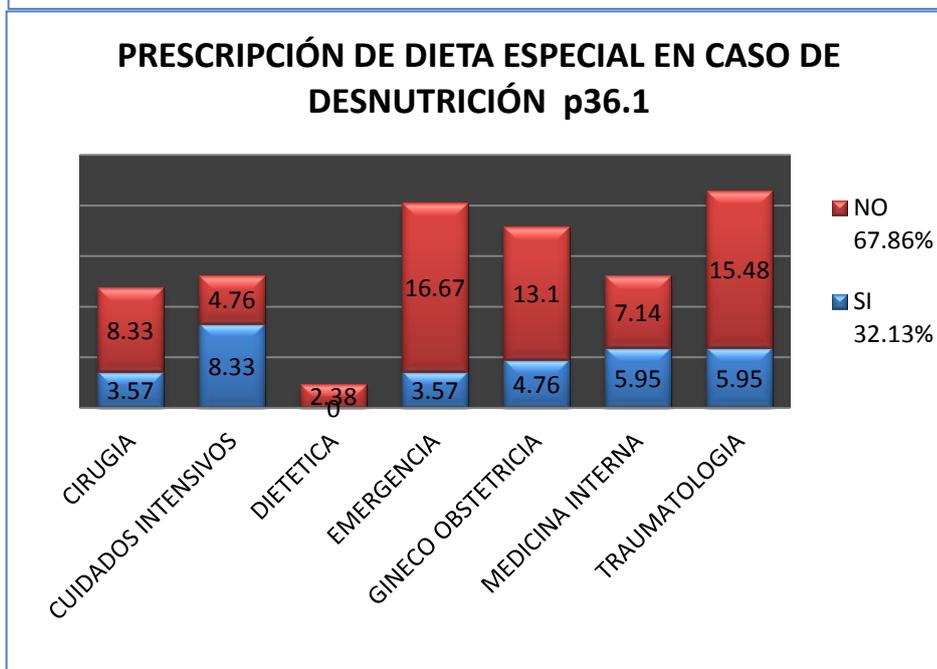
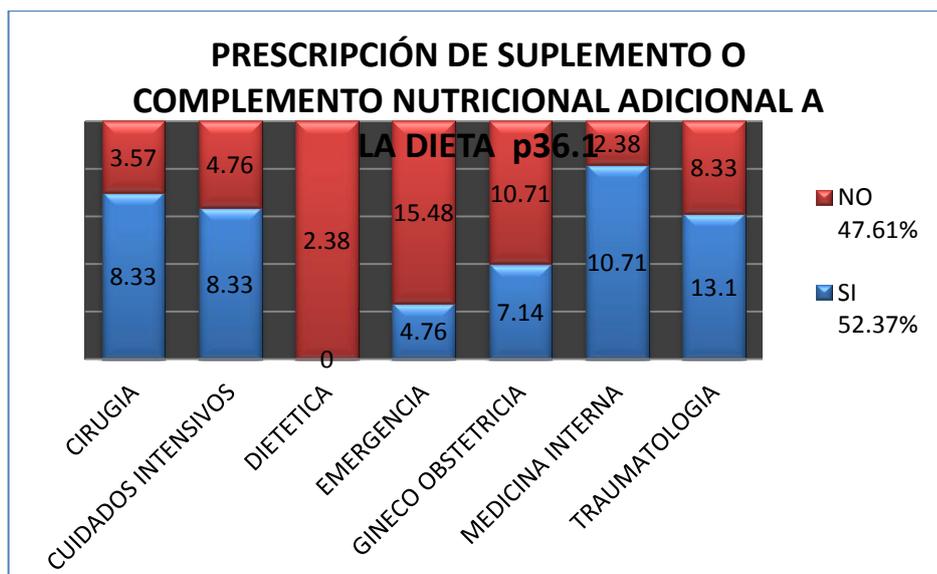
Con un valor de P de 52.37, se deduce que la realización del diagnóstico nutricional NO está relacionada con el servicio en el que se encuentran los pacientes. Solo el 23% de los encuestados manifiesta realizarlo en los diferentes servicios, siendo el servicio de medicina interna, traumatología, y cirugía quienes tuvieron el mayor porcentaje; el Servicio de Dietética no realiza diagnóstico Nutricional.

Las investigadoras consideran que independientemente del Servicio al cual ingresen los pacientes adultos mayores se debería realizar un diagnóstico nutricional con la dirección de un especialista en Nutrición, para a más de tratar la patología por la que ingresa mejorar si ese fuera el

caso, el estado nutricional para ayudar en la recuperación y tratamiento del paciente.

Según los valores obtenidos p 6.43 NO existe relación entre realización de tratamiento y el servicio en donde se lo realiza. En esta relación de variables se pudo obtener datos similares a los anteriores en donde se verifica que no se realiza el tratamiento nutricional a los pacientes que ingresan a los diferentes servicios que presta la Institución. Solamente el 24% realiza el tratamiento nutricional, entre lo que mencionaron como Tratamiento Nutricional lo siguiente: Cuidados Dietéticos, Educación Nutricional, Ensure, Complementos Nutricionales, etc. Los cuales no se consideran componentes básicos ni esenciales del Tratamiento Nutricional. Las respuestas denotan que se requiere en el área hospitalaria la participación de un Equipo de Nutricionistas como soporte del trabajo médico.

**GRÁFICO 11**  
**PRESCRIPCIÓN DE DIETA ESPECIAL Y UN SUPLEMENTO O**  
**COMPLEMENTO NUTRICIONAL ADICIONAL A LA DIETA SEGÚN EL**  
**SERVICIO DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y**  
**NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**



FUENTE: investigación  
 ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

Según los datos obtenidos de P 36.1 se estableció que NO hay relación entre el servicio de hospitalización con la prescripción de la dieta especial en el caso de desnutrición. El 33% indicó que si lo hacen.

El Servicio de Dietética sigue aún como el Servicio que no interviene en éstas labores. El Servicio de Cuidados Intensivos es el único servicio del cual 7 de sus 11 médicos SI prescriben una Dieta Especial según las necesidades del paciente.

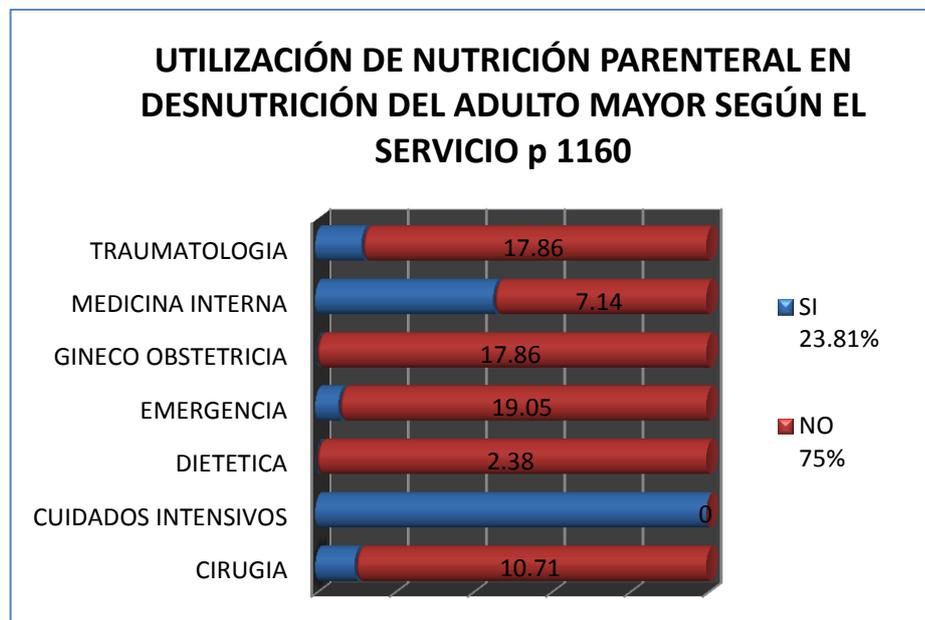
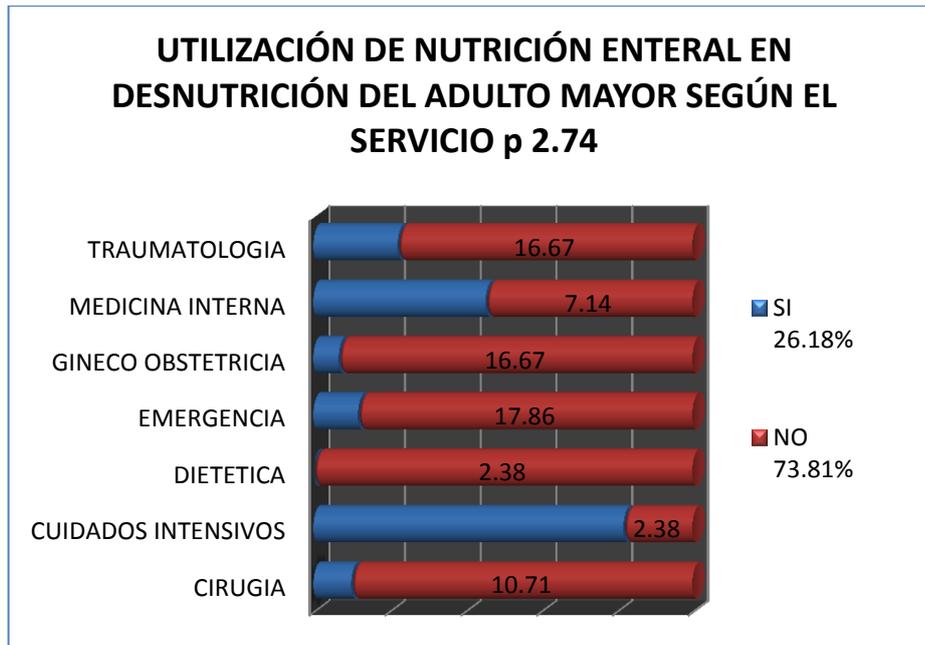
Con el valor de P3.61 se determina que no existe relación alguna entre la prescripción de Suplementos o complementos nutricional y el Servicio de Hospitalización.

Los profesionales de los servicios de Emergencia, Gineco Obstetricia y Dietética son los que en menor porcentaje prescriben un Suplemento o Complemento nutricional adicional a la Dieta, mientras que en el Servicio de Traumatología se prescribe mayormente un suplemento nutricional de acuerdo a las patologías y necesidades específicas de los pacientes de ésta área, más no por un diagnóstico nutricional previo que indique deficiencias nutricionales.

Seguido del servicio de Traumatología se encuentra el Servicio de Medicina Interna y Cirugía. En Cuidados Intensivos se deduce que es el único Servicio en el que el Equipo Médico conforme la evaluación y necesidades nutricionales de los pacientes prescriben suplementos y/o complementos nutricionales.

## GRÁFICO 12

### UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL SEGÚN EL SERVICIO DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



FUENTE: investigación

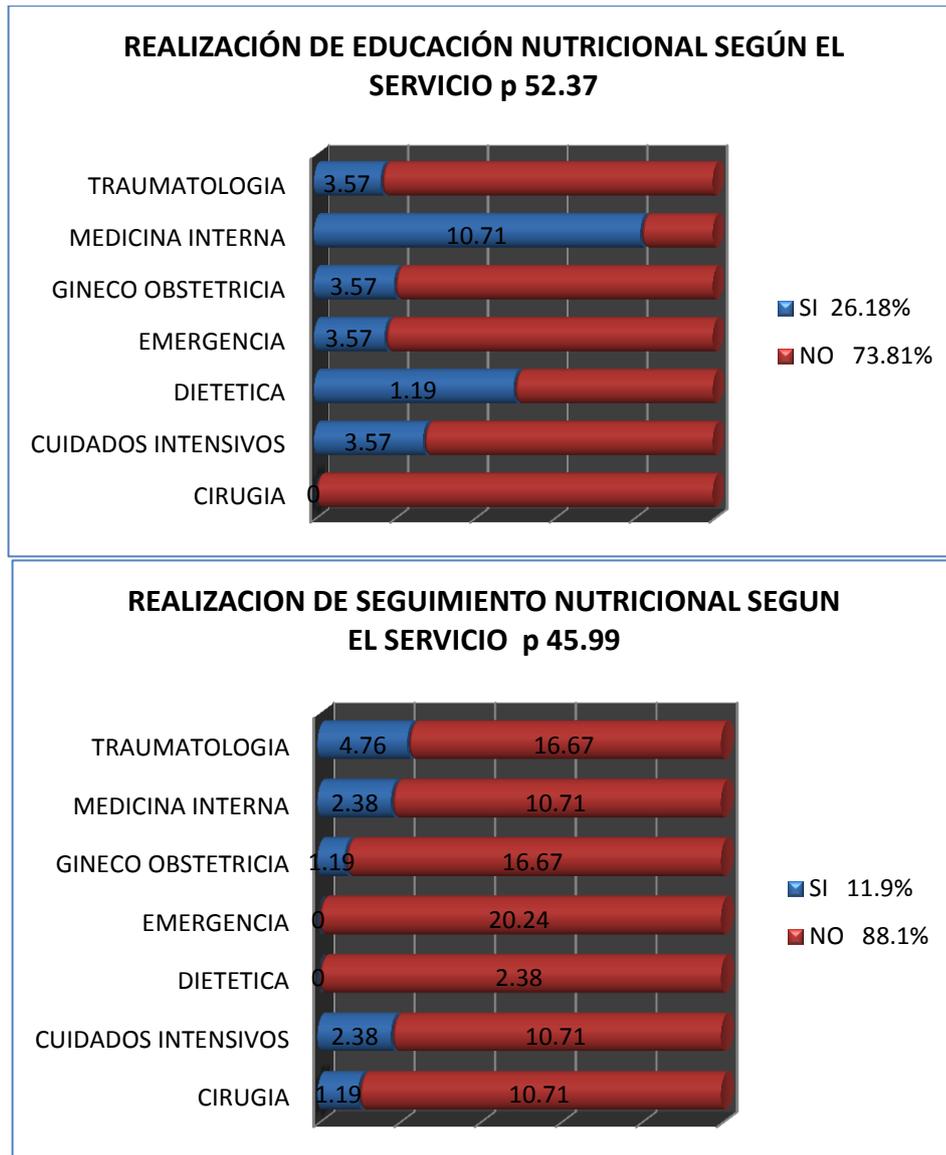
ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

En esta relación de variables se pudo encontrar que existe una relación medianamente significativa  $P = 2.74$  entre el servicio y la utilización de nutrición enteral. Debiéndose a que en ciertos servicios se utiliza y requiere en mayor grado la Nutrición enteral debido a varios factores como el tiempo de estadía del paciente, la gravedad de la patología presente, imposibilidad del tracto gastrointestinal, mala absorción nutricional, etc. como es el caso del Servicio de Cuidados Intensivos en el que los datos estadísticos confirman que 9 de 11 Médicos utilizan Nutrición Enteral para el tratamiento tanto de la patología presente como la preservación y recuperación del Estado Nutricional del Adulto Mayor. Lo contrario se observa en el Servicio de Emergencia en donde solo el 2,38% del 20% utilizan nutrición enteral en casos estrictamente especiales, pues este Servicio es de ayuda inmediata.

La relación entre el Servicio y la utilización de Nutrición Parenteral NO tiene significancia alguna  $P = 1160$ , pues la Nutrición Parenteral es exclusiva de uso del Servicio de Cuidados Intensivos y a veces en otras Áreas de medicina crítica como Unidad de Quemados y Cirugía.

### GRÁFICO 13

## SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN EL SERVICIO DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



FUENTE: investigación

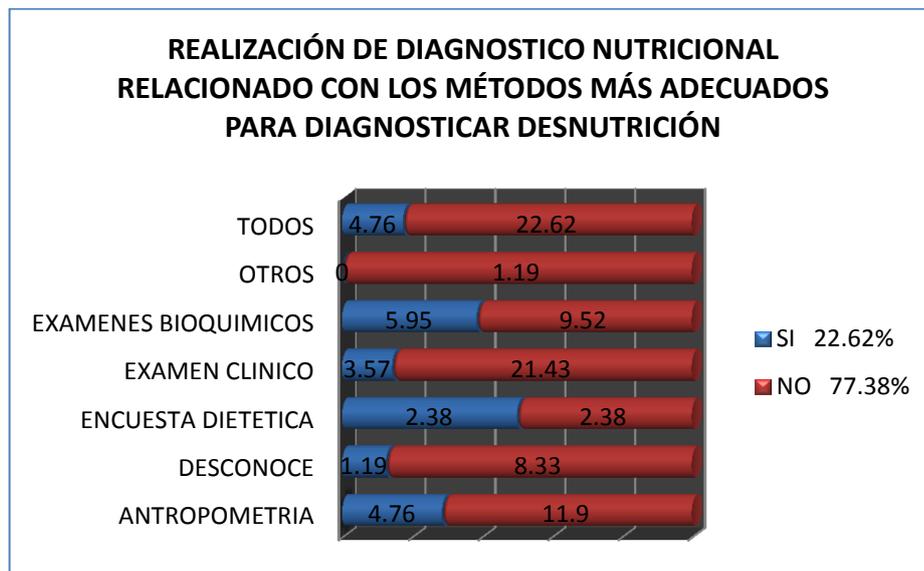
ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

Con un valor de P de 45.99 NO existe ninguna relación entre las variables presentadas en el gráfico. Solamente el 12% de la población realizan seguimiento nutricional. Siendo los Servicios de Dietética y Emergencia los que NO realizan ninguna acción de Seguimiento Nutricional, por razones ya citadas anteriormente como la ausencia de suficientes profesionales Nutricionistas en ésta unidad de salud y al ser Emergencia un Servicio de atención urgente e inmediata al paciente.

Al igual que el gráfico anterior NO existe relación entre la Educación Nutricional y el Servicio con un valor de P 52.37. Son los Servicios de Dietética y Medicina Interna en los cuales las estadísticas demuestran que si Realizan Educación Nutricional, probando que la Nutricionista privilegia su participación es este servicio y se encarga de dar Educación Nutricional especialmente a los pacientes que padecen de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Obesidad.

## GRÁFICO 14

### RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO MÁS ADECUADO PARA DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN CON LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL POR PARTE DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

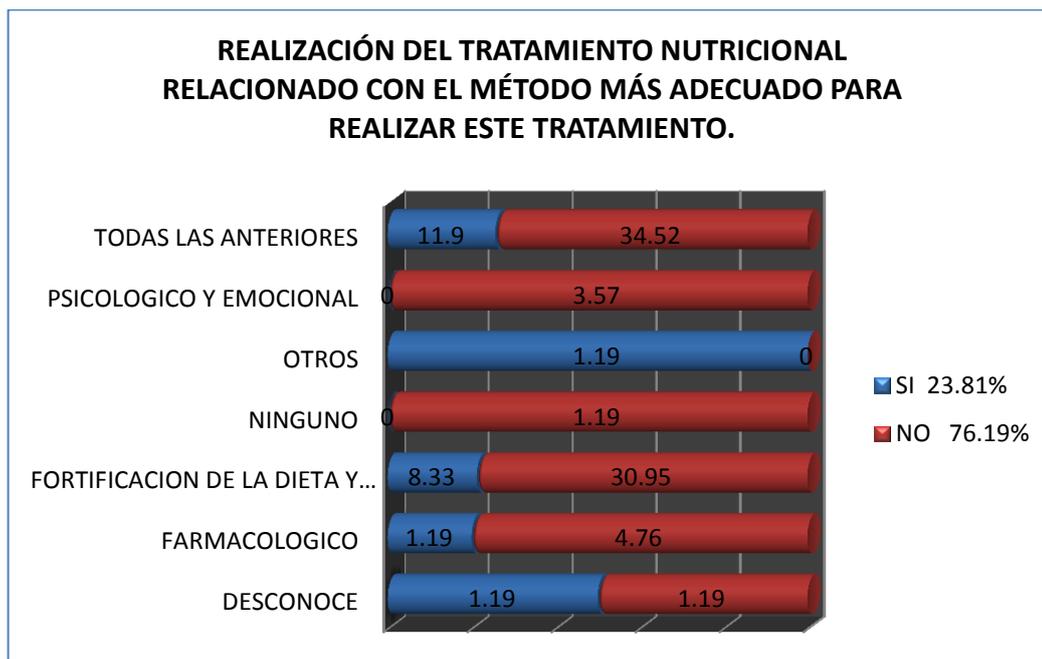


FUENTE: investigación

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales

No existe una relación directa entre el porcentaje de realización de diagnóstico nutricional con el conocimiento del método adecuado para diagnosticar desnutrición (P 44.44). El 77.38% de la población estudiada no realiza diagnóstico nutricional. Es así que los-as Profesionales que desconocen cuál es el método adecuado para el diagnóstico de la desnutrición en su gran mayoría no realizan el diagnóstico, solo el 1% del 10% lo realiza. De los profesionales que si realizan el diagnóstico (22,62%), el 6% considera que es el examen bioquímico el método más apropiado, el 5% considera que la combinación de antropometría, encuesta dietética, examen clínico, examen bioquímico, apenas el 5% conoce a la antropometría como el método más adecuado para evaluar

**GRÁFICO 15**  
**RELACION DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO**  
**NUTRICIONAL MÁS ADECUADO CON LA REALIZACIÓN DE**  
**TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DE LOS-AS**  
**PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL**  
**SAN VICENTE DE PAUL**



**FUENTE:** Investigación.

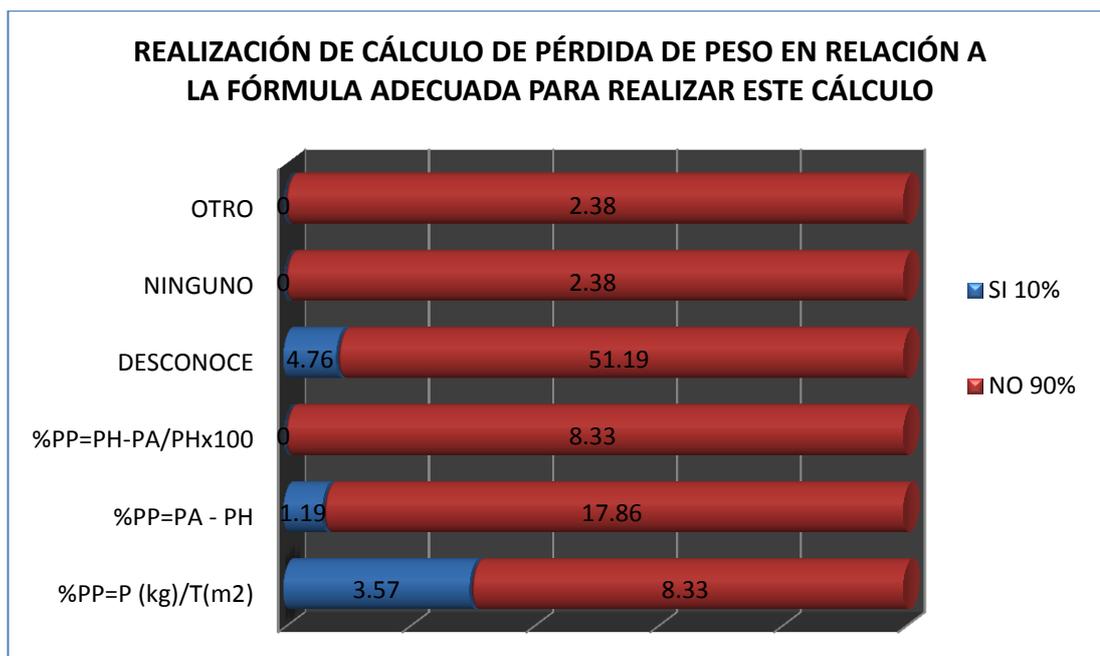
**ELABORADO POR:** Cristina Galeas y Andrea Morales.

El valor de P 48.86 indica que NO existe relación alguna entre la Realización del Tratamiento Nutricional y el conocimiento del Tratamiento Nutricional más adecuado.

Al igual que el gráfico anterior se observa que casi un mismo porcentaje (76%) NO realiza Tratamiento Nutricional y del 24% que si realiza Tratamiento Nutricional apenas el 8% supo contestar correctamente, seleccionando la opción de Fortificación de la Dieta y Suplementación.

## GRÁFICO 16

### CALCULO DE PERDIDA DE PESO POR PARTE DE LOS-AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL AL ADULTO MAYOR CON DESNUTRICION



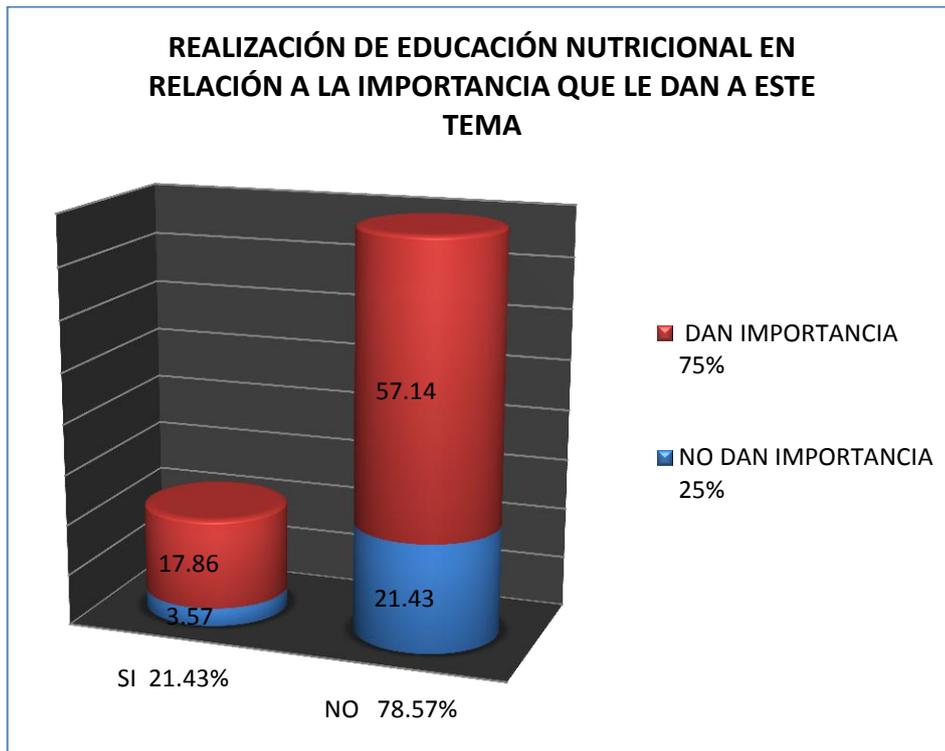
FUENTE: Investigación.

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales.

Con un valor de P de 28 se demuestra que NO existe relación alguna entre la Realización de Cálculo de pérdida de peso y las Fórmulas adecuadas para realizar este cálculo. Es así que el 10% que dice si Realizar este cálculo ninguno de ellos conoce la Fórmula adecuada para realizarlo, pues la mayoría de quienes aducen haber realizado este cálculo lo hacen de una forma empírica. Y de éste mismo 10% el 5% respondió Desconocer la fórmula correcta.

## GRÁFICO 17

### REALIZACION E IMPORTANCIA DE LA EDUCACION NUTRICIONAL POR PARTE DE LOS -AS PROFESIONALES MÉDICOS Y NUTRICIONISTAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL AL ADULTO MAYOR CON DESNUTRICION



FUENTE: Investigación.

ELABORADO POR: Cristina Galeas y Andrea Morales.

No es suficiente considerar que es importante para el paciente la educación nutricional, lo importante es realizarla. En este estudio se identificó que del 75% de profesionales que consideraron importante la educación nutricional solamente el 18% lo realiza y la incógnita surge en relación a que por qué no lo hacen? Del 25% que no la considera importante como es de suponer la mayoría no la realizan. Sin embargo el 4% lo han hecho a pesar de no considerarlo importante.

Sería preciso que con el conocimiento médico de todo el equipo de salud al menos se oriente al paciente en forma general sobre contenidos básicos de nutrición, para hacer prevención y evitar la llegada posterior de dichos pacientes en un estado de salud deteriorado y complicado con una desnutrición, lo que determina necesariamente más inversión económica y de talento humano especializado para la intervención y/o tratamiento.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **5.1. Conclusiones**

1. Se Determinó que la mayoría de la población investigada se encuentra dentro del grupo de adultos jóvenes, destacándose el género masculino. Dentro del grupo investigado, se cuenta con dos nutricionistas que atienden la demanda de atención en la especialidad de Nutrición y Dietética hospitalaria. Una de ellas es encargada de la parte Administrativa del Servicio de Dietética, siendo solo una profesional destinada para el área clínica.
2. Se identificó los conocimientos y prácticas en los-as profesionales médicos y nutricionistas los-as, conocimientos y prácticas que fueron calificadas como insuficientes por las investigadoras para un adecuado Manejo Nutricional del Adulto Mayor con Desnutrición, sea este por falta de formación suficiente y específica en su etapa de licenciatura, doctorado y/o especialización posterior, o a su vez una gran falta de iniciativa y motivación para aplicar sus conocimientos en este tema.
3. Se identificó que apenas el 20% de los/as Profesionales realizan diagnóstico, tratamiento, recuperación, seguimiento y educación, es decir el 80% de los-as profesionales médicos y nutricionistas no realizan ninguna práctica nutricional en el adulto mayor con desnutrición, una de las causas más relevantes que se pudo obtener de la investigación es el bajo índice con el 24% de profesionales médicos que han recibido Capacitación sobre la Desnutrición en el

Adulto Mayor, hay que recalcar que las profesionales Nutricionistas no han recibido ningún tipo de Capacitación al respecto.

4. Sobre los conceptos claves para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y educación nutricional en el adulto mayor, los/as profesionales tienen conocimientos equivocados o carecen del conocimiento adecuado, sin embargo en algunos conceptos ligados a la medicina se determinó mejores resultados.
5. Esta investigación se enfocó a los Adultos mayores, al ver la necesidad de dirigir la Atención Nutricional a este grupo por ser una población de alta vulnerabilidad, a la cual no se le ha dado la respectiva importancia, pues se ha determinado la existencia de muchos programas y proyectos de Instituciones públicas y privadas dirigidos a madres embarazadas, lactantes, niños menores de 5 años, adolescentes, personas con discapacidad, pero no se han implementado acciones tendientes al cuidado de la población de adultos mayores en el país.
6. Se diseñó una Guía de Atención Nutricional para el Adulto Mayor con Desnutrición, que está dirigido a los/as profesionales médicos y nutricionistas en los distintos Servicios clínicos del Hospital San Vicente de Paul, el mismo que está expuesto en cada Servicio para que los pacientes y familiares se encuentren informados y puedan los Profesionales en algún momento aplicar como rutina de trabajo diario, según se precise su utilidad.

## 6.2. Recomendaciones

1. A nivel macro es de gran importancia que desde el Ministerio de Salud Pública hasta entidades subordinadas a ésta como el mismo Hospital San Vicente de Paul se esfuercen por capacitar a sus profesionales de la Salud, en este caso se ve la imperiosa necesidad de impartir Cursos, Congresos o Capacitaciones en el ámbito Nutricional dirigido a las profesionales en Nutrición , los cuales pueden ser organizados por la misma Escuela de Nutrición de la Universidad Técnica del Norte conjuntamente con el Hospital San Vicente de Paul, a su vez, la de facilitar la logística para que dichas profesionales asistan tanto a cursos nacionales como internacionales para así disponer de profesionales capacitados, competentes y por supuesto actualizados en Salud y Nutrición.
2. Al ser el Hospital San Vicente de Paul una Unidad de Salud Provincial, tiene una gran demanda de atención por parte de pacientes de toda la zona norte del país, y paralelamente existe una gran demanda de atención nutricional y dietética. En virtud que en el Hospital existen apenas 2 profesionales Nutricionistas, la Universidad Técnica del Norte con su Escuela de Nutrición y Salud Comunitaria podría facilitar la realización del Internado Rotativo y a su vez pasantías de estudiantes de los últimos años de carrera para lograr cubrir la demanda de atención en nutrición de este Hospital.
3. Es importante que futuras investigaciones se enfoquen en los Adultos Mayores, al ser un grupo claramente aislado y abandonado por las diferentes entidades. En esta investigación se denuncia y remarca la importancia de realizarlo, haciendo seguimiento de esta investigación, valorando y calificando al personal de salud a cargo de estos pacientes, así como también estudiar las condiciones de vida, salud y nutrición de éste gran grupo de sabios como son los adultos mayores.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Matarese, L. Gottschlich M, “*Nutrición Clínica Práctica*”. Madrid-España. Editorial Elsevier S.A. 2da Edición, 2004, Pag., 4 – 30.
2. J. G. Gutiérrez Reyes, A. Serralde Zúñiga, Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario” *Tlalpán. México D. F.2007, pag. 703-704*
3. Cassirer, E.” *El problema del conocimiento en la filosofía y en la ciencia modernas*, México, “ , 1979, vol. 4 p. 4-12
4. Ferrater Mora, J. *Diccionario de Filosofía (4 tomos)*. Barcelona. Alianza Diccionarios.. (1984). P.p 15-19
5. Ortiz, P. Méndez S, Varela L *et al.* “*Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general*”. *Rev Med Hered*, ene./mar 2007, vol.18, no.1, p.4-9.
6. Bellido, D. Román, D; “*Manuel De Nutrición Y Metabolismo*”, España, Días de Santos S.A., 2006. Pág., 7 – 28; 45 – 78.
7. Robert. A,(1986) “*El Manual Merk*”, S.A, México D.F, 7ma Edición, Nueva Editorial Interamericana,., Pág. 812.
8. Zavala, A. “*Manual de Fisiopatología Clínica y Dietoterapia del Adulto*”. Chile, 2003”, [en línea], Desnutrición, Capítulo 3., Dirección URL:  
<http://www.fuedin.org/accesogrupoestudiantes/Eprocad/c-capitulos/capitulo 3-02.html> [Consulta: 04 febrero 2010].
9. Verduu, JM.(2002) “*Nutrición y Alimentación Humana*”. Barcelona-España Editorial Océano, , Pág. 1442, 1443,1444 y 1449.
10. Programa Nacional de Seguridad Alimentaria, República de Panamá, [en línea]. Dirección URL:  
[http://www.presidencia.gob.pa/senapan/Documentos/seguridad\\_alimentaria.pdf](http://www.presidencia.gob.pa/senapan/Documentos/seguridad_alimentaria.pdf) [Consulta: 04 julio 2010].

11. Salvador, J." 2006 *Nutrición y Dietética Clínica*" [en línea], España, Masson S.A., Pag 3 -16, 69 – 81, 107 – 118. Dirección URL:: <http://books.google.com.ec>.
12. Morgan, S; (2000), "NUTRICION CLINICA" [en línea], Madrid – España, 2da Edición. Editorial Harcourt, , pag: 107 – 114, 173 – 181. Dirección URL : [http:// books.google.com.ec](http://books.google.com.ec) [Consulta: 04 julio 2009].
13. M.I.N.S.A Ministerio de Salud, Lima – Perú, [en línea]. Dirección URL: [http://www.minag.gob.pe/seg\\_alimentaria/estrategia\\_nacional.shtm](http://www.minag.gob.pe/seg_alimentaria/estrategia_nacional.shtm)[ Consulta: 02 agosto 2010].
14. "*Nutrición y Dietoterapia de Krause*". (1996) (9° Reimpresión México DF: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana Editores S.A. de C.V, Capitulo 1.
15. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá INCAP y la Organización Mundial de la Salud OMS. "Manual de Investigación Cualitativa sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional a Nivel Local
16. FAO y Asociados de AMCH, [en línea]. Roma, Italia. Dirección URL: <<http://www.fao.org/docrep/meeting/x8018s.htm>>. [Consulta: 29 julio 2008].
17. Dirección URL:<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000600007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000600007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0212 [en línea], [Consulta: 12 de febrero 2010].
18. Dirección URL: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2020.html>. [en línea], [Consulta: 20 de marzo 2010].
19. Dirección URL: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112006000900003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0212-1611.[Consulta: 25 de Junio 2010].

20. Dirección URL: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222005000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000100010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0004-0622. [Consulta: 21 de marzo 2010].
21. Dirección URL: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000800009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000800009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0212-1611. [Consulta: 12 de agosto 2010].
22. Dirección URL <http://es.thefreedictionary.com/pr%C3%A1ctica>. [Consulta: 15 de marzo 2010].
23. Dirección URL: <http://www.fao.org/Legal/rtf/cescr-s.htm>, [en línea], [Consulta: 10 julio 2010]
24. Albala C, Bunout D y Carrasco F. "Evaluación Del Estado Nutricional En El Anciano" [en línea], Chile pp. 37-52;1999. Dirección URL : <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo5.pdf> [Consulta: agosto 2010].
25. Cuesta T, Matía M. "*Valoración nutricional en el anciano. malnutrición. diagnóstico diferencial y actitud terapéutica.*" Medicine 2003; pp. 16-48 Dirección URL: <http://rafalafena.files.wordpress.com/2011/02/desnutricion-en-el-anciano.pdf> [Consulta: septiembre 2010].
26. Urteaga R, Carmen; RAMOS H, Rosa Isela y ATALAH S, Eduardo. "*Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor.*" *Rev. méd. Chile* [online]. 2001, vol.129, n.8 [citado 2010-11-21], pp. 871-876 . Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000800005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000800005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872001000800005.
27. Calderon Reyes, M. E. et al. "*Evaluación nutricional comparada del adulto mayor en consultas de medicina familiar.*" *Nutr. Hosp.* [online]. 2010, vol.25, n.4 [citado 2010-05-28], pp. 669-675 . Disponible en:

- <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000400021&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400021&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0212-1611.
28. Cardenas Quintana, H. “*Evaluación nutricional de un grupo de adultos mayores residentes en Perú*”. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2004, vol.30, n.3 [citado 2010-04-22], pp. 0-0 . Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.
29. Shamah-Levy, T. et al. “*Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud pública*” *Méx* [online]. 2008, vol.50, n.5 [citado 2010-08-19], pp. 383-389 . Disponible en: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0036-3634.
30. Gutierrez Reyes, J. G.; Serralde Zuniga, A. Y Guevara Cruz, M.. “*Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario*”. *Nutr. Hosp.* [online]. 2007, vol.22, n.6 [citado 2010-12-27], pp. 702-709 . Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112007000800009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000800009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0212-1611.
31. Valiente B. “Evolucion De La Nutricion Y Alimentacion En Chile En El Siglo Xx.” *Rev. chil. nutr.* [online]. 2002, vol.29, n.1 [citado 2011-04-27], pp. 54-61 . Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182002000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000100008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7518. doi: 10.4067/S0717-75182002000100008.
32. Olivares.S. “*Alimentación y Vida Saludable en el Adulto Mayor*” *Universidad de Chile. Pp. 15-26* Disponible en: <http://www.inta.cl/Consumidor/adulto/folleto.pdf>.
33. Dirección URL: <http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf> .[Consulta: 10 de Octubre del 2011)

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE – FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD- ESCUELA DE NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA. DESNUTRICION EN EL ADULTO MAYOR

*Sr. Profesional le solicitamos por favor responder absolutamente todas las preguntas*

NUMERO DE ENCUESTA:

#### A. DATOS SOCIOECONOMICOS:

1. GENERO: MASCULINO  FEMENINO

PROFESION: .....

2. EDAD: 20 – 30 años  31 – 40 años  41 – 50 años   
50 – 60 años  > 60 años

3. ¿HA RECIBIDO ALGUN TIPO DE CAPACITACION SOBRE EL MANEJO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR?

SI

NO

#### ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS. (Elegir solo una respuesta)

4. ¿Qué es desnutrición? Defínala.

5. ¿Cuáles son las causas de la desnutrición?

6. ¿Cuáles son los tipos de Desnutrición?

7. ¿Cuál es el método más adecuado para determinar desnutrición en el adulto mayor?

1. Antropometría
2. Exámenes bioquímicos
3. Examen clínico
4. Encuesta dietética
5. Todos
6. Otros
7. Ninguno

**8. ¿Qué indicador antropométrico es el más adecuado para diagnosticar la desnutrición en el adulto mayor?**

1. Pliegues subcutáneos
2. Peso y talla
3. CIN / CAD
4. IMC
5. Ninguno
6. Otros
7. Desconoce

**9. ¿Cuál es el punto de corte del IMC para el Adulto Mayor?**

1. 23-28kg/m<sup>2</sup>
2. 19.9-24.9 kg/m<sup>2</sup>
3. 20-25kg/m<sup>2</sup>
4. otros
5. Ninguno

**10. ¿Qué método más adecuado para medir el consumo de alimentos en el adulto mayor?**

1. Recordatorio de 24 horas
2. Hábitos alimentarios
3. Historia dietética
4. Pesada de alimentos consumidos
5. Ninguno
6. Otros
7. Desconoce

**11. ¿Qué indicador bioquímico se utiliza en el diagnóstico de la desnutrición en el adulto mayor?**

1. Albúmina
2. Hemoglobina y hematocrito
3. Glucosa
4. HDL y LDL
5. Ninguno
6. Otros
7. Desconoce

**12. ¿Conoce acerca de la Encuesta de Índice de Riesgo Nutricional? ¿Qué es?**

**13. ¿Qué signos clínicos le indican desnutrición?**

1. Cabello frágil
2. Emaciación
3. Ictericia
4. Debilidad generalizada
5. Ninguno
6. Otros
7. Desconoce

**14. ¿Qué tipo de fórmulas para nutrición enteral tienen las proteínas hidrolizadas, es decir, en forma de péptidos o aminoácidos libres?**

1. Fórmulas completas
2. Fórmulas poliméricas
3. Fórmulas oligoméricas
4. Ninguna
5. Otras
6. Desconoce

**15. ¿Cuál es la vía de administración o acceso de nutrición enteral?**

1. Total o completa.
2. Nutrición periférica.
3. Gastrostomía
4. Ninguna.
5. Otra

**ENCUESTA DE PRÁCTICAS**  
**(Puede elegir una o más respuestas)**

**16. ¿Ud. realiza diagnóstico nutricional al adulto mayor?**

1. Si ¿Cuál método?

1. Antropometría
2. Exámenes bioquímicos
3. Examen clínico
4. Encuesta dietética
5. Todos en forma integral
6. Otros
7. Ninguno

1. No  
¿Porqué?.....  
.....



**22. ¿Utiliza Ud. nutrición enteral para lograr mejorar la desnutrición?**

1. Si. ¿Cuál fórmula?

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. Fórmulas completas         | 4. Fórmulas poliméricas                                    |
| 2. Fórmulas oligo-monomericas | 5. Modulares   |
| 3. Suplementos dieteticos     | 6. Fórmula casera (hecha en el departamento de nutrición). |

2. No ¿Por qué?

**23. ¿Utiliza nutrición parenteral como parte del tratamiento en un adulto mayor con desnutrición?**

1. Si  
2. No

¿Por qué?.....

**24. ¿En la prescripción médica se toma en cuenta la interacción que existe entre fármaco – nutriente?**

1. Si ¿Cuál?.....  
2. No ¿Por qué? .....

**25. ¿Se realiza un seguimiento nutricional al adulto mayor desnutrido una vez dado el alta?**

1. Si 2. No

¿Por qué?.....

**¿En caso de realizarlo con frecuencia lo hace?**

- |               |              |         |
|---------------|--------------|---------|
| 1. Semanal    | 2. Quincenal | 3.      |
| Mensual       |              |         |
| 4. Trimestral | 5. Semestral | 6. Otro |

**26. ¿Qué actividades realiza dentro del seguimiento nutricional?**

1. Perdió, mantuvo o ganó peso, es decir, control del peso
2. Reajuste de requerimiento nutricionales
3. Evaluación del tratamiento nutricional según dieta prescrita
4. Valoración antropométrica o bioquímica
5. Interconsulta al profesional en nutrición
6. Otro

**27. ¿En el momento del alta se le brinda educación nutricional al paciente de acuerdo al tipo de dieta que se le prescribe?**

1. Si  
¿Por qué?
2. No

**28. ¿Ud. brinda tratamiento mediante nutrición enteral a domicilio?**

1. Si  
¿Por qué?
2. No

**29. ¿En el Área de Consulta externa pide asistencia nutricional a un profesional?**

1. Si  
¿Por qué?
2. No

**30. ¿Realiza educación nutricional al paciente y a la familia cuando hay un diagnóstico de nutrición?**

1. Si                    ¿Qué material utiliza?
2. 2. No                ¿Por qué?