UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD Y FORMACIÓN CONTINUA

TRABAJO ACADÉMICO DE ACTIVIDADES DEL NUTRICIONISTA EN EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS – 2018

Presentado por:

Lic. Daniel Angel Paredes Rojas

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Nutrición, con Mención en: Nutrición Clínica

Asesora: Dra. Ruth Jacqueline Martínez Espinoza

Arequipa, Perú

2019

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Henry Díaz Murillo
PRESIDENTE

Dr. Frankling Barreto Gómez
SECRETARIO

Dra. Ruth Jacqueline Martínez Espinoza
INTEGRANTE

Fecha de Sustentación: 27 Setiembre 2019

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme salud y permitirme tener una Esposa y dos Hijos .maravillosos

A mis Padres por sus consejos y enseñanzas

DEDICATORIA

A mi Esposa e hijos por ser mi fuente de inspiración y por ser los motores de mi superación.

A mis hermanos

INDICE

		Página
	Resumen	
	Summary	
I.	Introducción	1
II.	Planteamiento del Estudio……	2
III.	Objetivos……..	2
	Objetivo General……..	2
	Objetivos Específicos……...	2
IV.	Delimitación del Ámbito de Estudio……	3
V.	Marco de Referencia…….	4
	Marco Legal……..	4
	Marco Estratégico…….	5
	Lineamientos de Política Institucional……..	6
	Objetivos Estratégicos……..	6
	Organigrama Estructural……..	8
	Servicio de Nutrición y Dietética…….	9
	Descripción de las funciones del Personal en el Servicio de Nutrición y Dietética…….	12
VI.	Diagnóstico Epidemiológico de la situación alimentaria y nutricional de la jurisdicción de la Sede…….	29
VII.	Descripción de Actividades: Nutricionista……...	34
VIII.	Resultados y Comentarios……	47
IX.	Conclusiones y Recomendaciones……...	53
	Conclusiones…….	53
	Recomendaciones…….	53
IX.	Bibliografía……	54
	Anexos……..	57

INDICE DE TABLAS

Página

Tabla N° 01: Egresos y Estancias Hospitalarios por Servicios, enero – junio 2018 …….. 29

Tabla N° 02: Egresos Hospitalarios por Servicios, enero – junio 2018…….. 29

Tabla N° 03: Estancias Hospitalarias por Servicios, enero – junio 2018…… 30

Tabla N° 04: Egresos y Estancias Hospitalarios del Servicio de Medicina General, enero – junio 2018 …… 30

Tabla N° 05: Diez primeras causas de morbilidad registradas Hospitalarias por Servicios, enero – junio 2018 ……. 31

Tabla N° 06: Estado Nutricional en niños menores de 59 meses Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas 2017: Indicador Peso/Talla ……. 31

Tabla N° 07: Anemia Total en niños menores de 59 meses Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas 2017 ……. 32

Tabla N° 08: Clasificación de la Anemia en niños menores de 59 meses Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas 2017 …… 33

INDICE DE CUADROS

Página

Cuadro N° 01: Estado Nutricional de Pacientes por Servicios en el Hospital Sub Regional – Andahuaylas, Primer trimestre 2018 …….. 47

Cuadro N° 02: Atención de raciones alimenticias en hospitalización Hospital Sub Regional Andahuaylas 2018 …….. 48

Cuadro N° 03: Formulas enterales poliméricas preparadas por mes …….. 49

Cuadro N° 04: Interconsultas atendidas por mes……. 50

RESUMEN

El presente Trabajo Académico de Actividades del Nutricionista en el Hospital Sub Regional Andahuaylas, tiene como objetivo Analizar las actividades del profesional Nutricionista del Servicio de Nutrición y Dietética en el año 2018.

El ámbito del desarrollo de las actividades es el Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas. El objetivo general es analizar las actividades del profesional Nutricionista del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Sub Regional de Andahuaylas. Se describen las actividades desarrolladas en el proceso de atención nutricional que va desde el tamizaje del riesgo nutricional para identificar a los pacientes que se beneficiarán con una terapia nutricional especializada, valoración del riesgo nutricional y la valoración nutricional determinada por el método de la VGS. Algunos datos antropométricos tienen que ser tomados utilizando métodos indirectos, como la medición de la envergadura, altura del talón rodilla, medición del carpo. Se participa activamente en la indicación de la terapia nutricional a través de la indicación de la dieta y Dietoterapia, como también en el soporte nutricional enteral en los pacientes que lo requieran. Una de las actividades rutinarias es la educación alimentaria que se hace a los pacientes y familiares para lograr un mejor consumo alimentario y con ello una óptima ingestión de nutrientes que cumplirán funciones específicas para la recuperación del paciente. Al finalizar se presentan algunos resultados de actividades realizadas como la valoración global subjetiva en el primer trimestre, el número de raciones alimenticias y fórmulas enterales suministradas, asimismo el número de interconsultas atendidas a los diferentes servicios de hospitalización. Se concluye que el profesional Nutricionista participa activamente en el tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados.

Palabras Clave: *Tamizaje nutricional, VGS, terapia nutricional*

SUMMARY

This Academic Work Activities of the Nutritionist at the Andahuaylas Sub Regional Hospital, aims to analyze the activities of the Nutritionist Professional of the Nutrition and Dietetics Service in 2018.

The scope of the development of the activities is the Department of Apurímac, Province of Andahuaylas. The general objective is to analyze the activities of the Nutritionist professional of the Nutrition and Dietetics Service of the Sub Regional Hospital of Andahuaylas. The activities developed in the nutritional care process that goes from the screening of nutritional risk to identify the patients that will benefit from specialized nutritional therapy, nutritional risk assessment and nutritional assessment determined by the VGS method are described. Some anthropometric data have to be taken using indirect methods, such as the measurement of the wingspan, knee heel height, carpal measurement. It actively participates in the indication of nutritional therapy through the indication of diet and diet therapy, as well as enteral nutritional support in patients who require it. One of the routine activities is food education that is done to patients and family members to achieve better food consumption and thus an optimal intake of nutrients that will fulfill specific functions for patient recovery. At the end, some results of activities carried out, such as the subjective global assessment in the first quarter, the number of food rations and enteral formulas provided, as well as the number of interconsultations attended to the different hospitalization services are presented. It is concluded that the Nutritionist professional actively participates in the treatment and recovery of hospitalized patients.

Keywords: *Nutritional screening, VGS, nutritional therapy*

I. INTRODUCCIÓN

El rol del Nutricionista como profesional de las Ciencias de la Salud, provee, oferta y ejecuta la Terapia de Nutrición Clínica en el marco de la Atención Nutricional Hospitalaria, así como durante la Atención Nutricional Ambulatoria administra y ejecuta la consejería nutricional en el marco de la Atención Integral de Salud de la Gestante y Puérpera, la Consejería en Lactancia Materna, la Consejería Nutricional en Niños con problemas de alimentación y nutrición. La Atención Integral de Salud la desarrolla en forma científica, tecnológica y sistemática en los proceso de promoción, prevención de enfermedades, recuperación del estado nutricional, rehabilitación de la salud nutricional a fin de facilitar el cuidado alimentario, nutricional y metabólico de la persona, la familia y la comunidad, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. (1)

En el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, los profesionales Nutricionistas tienen el encargo de apoyar nutricionalmente al paciente para su pronta recuperación. El primer punto en la terapia es el tratamiento dietético y luego la farmacoterapia, misión entonces muy importante para el Nutricionista.

II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO:

La participación del profesional Nutricionista dentro de un Hospital donde el nivel de atención es el de Recuperación de la salud de las personas, es vital porque detrás de una ración servida está una serie de procedimientos administrativos y asistenciales que deben ser analizados.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar las actividades del profesional Nutricionista del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Sub Regional de Andahuaylas.

3.2 Objetivos específicos

- Presentar los indicadores hospitalarios de hospitalización.
- Analizar la participación en el proceso de atención nutricional hospitalario.
- Describir las actividades administrativas desarrolladas.
- Presentar resultados de atenciones dieto terapéuticas expresadas como número de raciones atendidas.

IV. DELIMITACIÓN DEL AMBITO DE ESTUDIO:

El Hospital Sub Regional de Andahuaylas se encuentra ubicado en el Jirón Hugo Pesce, Departamento de Apurímac, Distrito y Provincia de Andahuaylas, ubicado en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes a 144 kilómetros de distancia de la ciudad de Abancay.

Límites:

Por el Norte	: Con el distrito de Pacucha.
Por el Sur	: Con el Distrito de Aymaraes.
Por el Este	: Con el distrito de San Jerónimo.
Por el Oeste	: con el distrito de Huancaray y Talavera.

Su ámbito de acción alcanza a las provincias de Andahuaylas y Chincheros por ser un hospital con mayor capacidad resolutiva a nivel de las dos provincias.

Geografía: El distrito de Andahuaylas se encuentra a 2926 metros sobre el nivel del mar, la superficie terrestre es de 370,003 km2 posee características específicas con dos pisos ecológicos bien definidos, piso Quechua y piso Suni.

- El piso ecológico **Quechua**: corresponde a la zona de los 2300 y 3500 m.s.n.m.. el piso ecológico correspondiente a zonas entre 2000 a 2800 m.s.n.m. está caracterizado por valles interandinos y zonas de pastaje y ganadería.
- El piso ecológico **Suni**: correspondiente a las zonas por encima de los 3500 m.s.n.m. es característico de grandes extensiones de territorio abandonado, las actividades productivas se limitan. Este piso favorece sobre todo la presencia de enfermedades respiratorias y digestivas.

Clima: El clima es frío, templado con una temperatura que oscila entre 0°C durante la noche y mayor a 15 °C durante el día especialmente durante los meses de abril, mayo, junio y parte de julio.

La humedad es relativa originada por la garúa, lluvia y granizada entre los meses de enero a marzo.

Vías de acceso: al distrito de Andahuaylas se puede acceder de dos maneras: por vía área y vía terrestre, siendo la red vial terrestre la más transitada:

- Vía Libertadores Wari: Lima – Ica – Nazca – Ayacucho – Chincheros – Andahuaylas.
- Vía Lima –Huancayo – Ayacucho – Chincheros – Andahuaylas.
- Vía Lima – Ica – Nazca – Puquio – Pampachiri – Andahuaylas
- Vía Cusco – Abancay – Andahuaylas
- Vía Arequipa – Cusco – Abancay – Andahuaylas.

(2)

V. MARCO DE REFERENCIA:

El Hospital Sub Regional de Andahuaylas es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud Apurímac II del Gobierno Regional de Apurímac, que brinda atención de salud de mediana complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de su entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de las persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

5.1 Marco Legal

La base legal que regula las funciones son las siguientes:

a) Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, sus normas y disposiciones se rigen por los principios de exclusividad, territorial, legalidad y de simplicidad administrativa y sus modificatorias N° 27902, 28013, 28926, 28961 28968 y 29053.

b) Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

c) Ley N° 27658, Ley Marco de la Modernización de Gestión del Estado.

d) Ley N° 26842, Ley General de salud.

e) Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud y sus modificatorias D,S. N° 011-2008-SA, D.S. N° 003-2010-SA.

f) Ley N°28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.

g) Decreto Supremo N° 043-2006-PCM, que aprueba los lineamientos para la elaboración del Reglamento de Organización y Funciones en las Entidades de la Administración Publica.

h) Ley N° 27444, Ley de Procedimientos Administrativos General.

i) Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.

(2)

5.2 Marco Estratégico

A. Misión

"Somos un hospital general que brinda servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud para la población usuaria de la región Apurímac con eficacia, eficiencia y calidad, con recursos humanos competentes y con equipos modernos en áreas críticas.".

B. Visión

"Ser un Hospital Docente y de Referencia que brinda servicios de salud integral de calidad con profesionales altamente especializados y comprometidos, en una infraestructura moderna y con equipos de última generación, debidamente acreditado, reconocidos por la población como hospital modelo de la Región Apurímac".

C. Principios y Valores

- ✓ Respeto
- ✓ Integridad
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Identidad
- ✓ Solidaridad
- ✓ Cordialidad

5.3 Lineamientos de Política Institucional

De acuerdo a las políticas nacionales y regionales de salud, los lineamientos de política institucional propuestos son:

- Garantizar la atención integral de Salud en sus diferentes etapas de vida, priorizando las acciones de prevención y promoción.
- Fortalecer la gestión hospitalaria para la atención de la población en el marco del Aseguramiento Universal de la Salud.
- Promover el fortalecimiento y modernización de La gestión sanitaria.
- Promover el cuidado del medio ambiente.
- Promover estilos de vida y entornos saludables.
- Promover la participación ciudadana y derecho a la salud.

5.4 Objetivos Estratégicos.

Objetivo Estratégico General N° 1

Fortalecer la atención integral de salud de los pacientes de todas las edades con énfasis en la población vulnerable, enfoque de interculturalidad y de género.

Objetivos específicos

- Lograr la respuesta oportuna en urgencias y emergencias.
- Lograr una atención multidisciplinaria y coordinada entre los servicios de consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico y centro obstétrico.

Objetivo Estratégico General N° 2

Mejorar la infraestructura física y tecnológica del hospital, de acuerdo a su categoría.

Objetivos específicos

- Contar con ambientes y equipamiento de acuerdo a las normas técnicas del Ministerio de Salud para los servicios que provee el hospital
- Garantizar el acceso de los pacientes a los exámenes de ayuda al diagnóstico y apoyo al tratamiento dentro y fuera de la Región.

Objetivo Estratégico General N° 3

Implementar un sistema de gestión hospitalaria orientada al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Objetivos específicos

- Desarrollar el sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Desarrollar una Cultura de Seguridad del Paciente en el hospital.
- Lograr la acreditación del hospital como establecimiento de salud categoría II-2.
- Mejorar los procesos de gestión administrativa del Hospital.

Objetivo Estratégico General N° 4

Contar con Recursos Humanos competentes, en número suficiente y comprometido con el desarrollo del hospital.

Objetivos específicos

- Desarrollar las competencias técnicas de los trabajadores en base a perfiles ocupacionales.
- Dotar a las unidades orgánicas del hospital del personal necesario para el desarrollo de sus funciones
- Desarrollar una cultura organizacional basada en los valores institucionales.

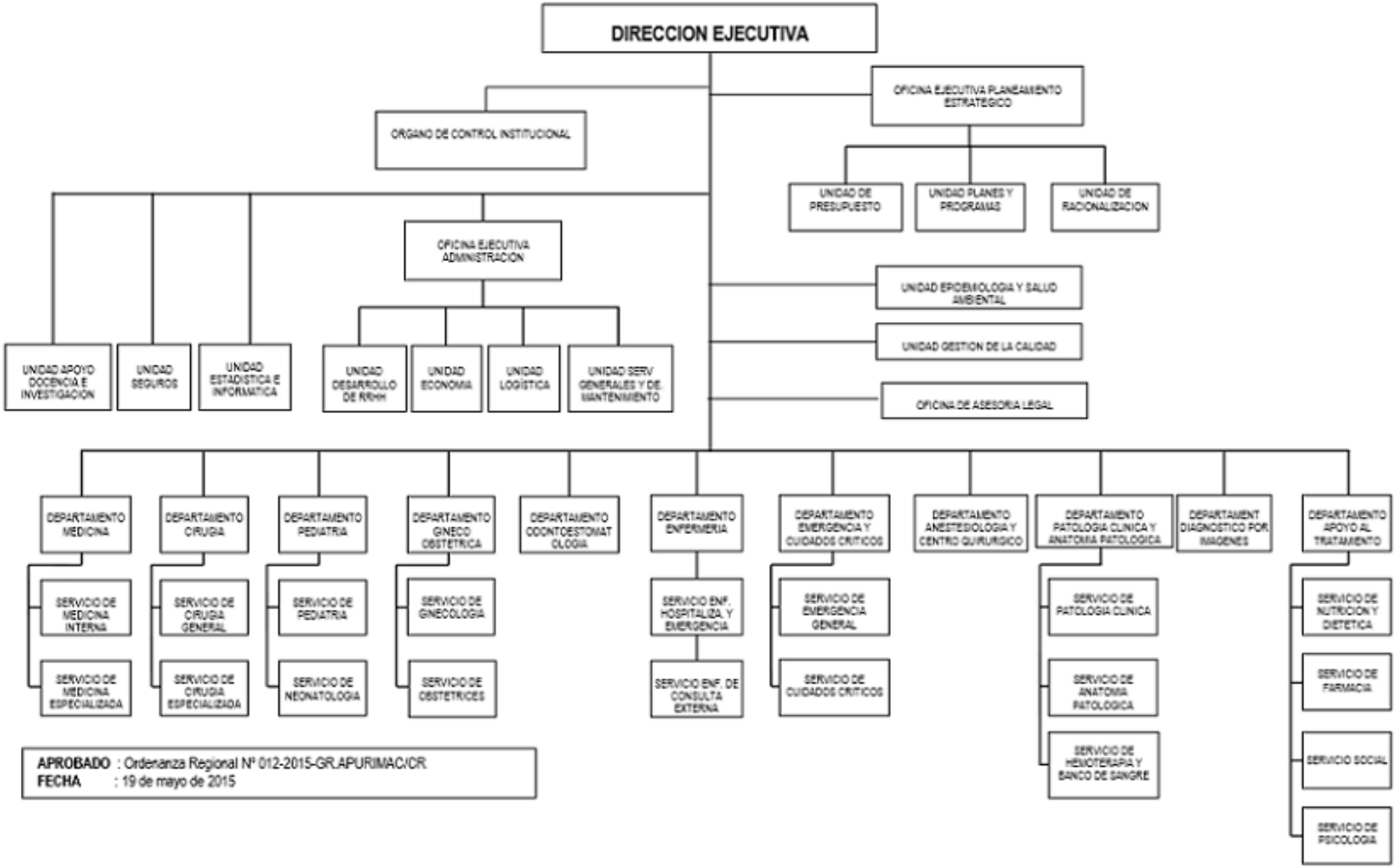
Objetivo Estratégico General N° 5

Fortalecer los procesos de gestión en docencia e investigación.

Objetivos específicos

- Lograr el desarrollo de trabajos de investigación en el hospital.
- Lograr el reconocimiento como sede docente en la región. (2)

5.5 Organigrama Estructural del Hospital Sub Regional de Andahuaylas


DIRECCION EJECUTIVA
ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL
OFICINA EJECUTIVA PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
UNIDAD DE PRESUPUESTO
UNIDAD PLANES Y PROGRAMAS
UNIDAD DE RACIONALIZACION
OFICINA EJECUTIVA ADMINISTRACION
UNIDAD APOYO DOCENCIA E INVESTIGACION
UNIDAD SEGUROS
UNIDAD ESTADISTICA E INFORMATICA
UNIDAD DESARROLLO DE RRHH
UNIDAD ECONOMIA
UNIDAD LOGISTICA
UNIDAD SERV GENERALES Y DE MANTENIMIENTO
UNIDAD EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD
OFICINA DE ASESORIA LEGAL
DEPARTAMENTO MEDICINA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO CIRUGIA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIZADA
DEPARTAMENTO PEDIATRIA
SERVICIO DE PEDIATRIA
SERVICIO DE NEONATOLOGIA
DEPARTAMENTO GINECO OBSTETRICA
SERVICIO DE GINECOLOGIA
SERVICIO DE OBSTETRICES
DEPARTAMENTO ODONTOESTOMATOLOGIA
DEPARTAMENTO ENFERMERIA
SERVICIO ENF. HOSPITALIZA. Y EMERGENCIA
SERVICIO ENF. DE CONSULTA EXTERNA
DEPARTAMENTO EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
SERVICIO DE EMERGENCIA GENERAL
SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO
DEPARTAMENTO PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE
DEPARTAMENT DIAGNOSTICO POR IMAGENES
DEPARTAMENTO APOYO AL TRATAMIENTO
SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA
SERVICIO DE FARMACIA
SERVICIO SOCIAL
SERVICIO DE PSICOLOGIA
APROBADO : Ordenanza Regional Nº 012-2015-GR.APURIMAC/CR
FECHA : 19 de mayo de 2015

5.6 SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETETICA

5.6.1 Objetivos del Servicio de Nutrición y Dietética

a) Asegurar el servicio de alimentación a los pacientes hospitalizados según las indicaciones del médico tratante, prescritas en la Historia Clínica respectiva.
b) Promover y recuperar la salud nutricional del paciente en el ámbito familiar y estudiar los factores sociales que favorecen y/o interfieren en la salud nutricional del mismo.
c) Supervisar la adecuada preparación, conservación y distribución de los alimentos y dietas especiales, como soporte al proceso de tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados, de acuerdo a las normas técnicas de preparación y de bioseguridad respectivas.
d) Supervisar y controlar la cantidad y calidad organoléptica de los víveres frescos y secos, y demás insumos utilizados, así como las condiciones de su almacenamiento.
e) Asegurar el suministro de las raciones alimenticias a los pacientes y efectuar la evaluación del contenido nutricional y otras especificaciones de la alimentación, a fin de cubrir las necesidades nutricionales de los pacientes y del personal según las normas vigentes.
f) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
g) Velar por la seguridad y uso adecuado de los equipos, material y utensilios de cocina y vajilla, e instalaciones, así como por su mantenimiento preventivo y recuperativo.

El Servicio de Nutrición y Dietética y la actividad de Nutrición Integral está a cargo de profesionales Nutricionistas, titulados y colegiados. Se organiza para brindar atenciones a sus usuarios directos, según los horarios de atención del establecimiento.
El Servicio de Nutrición y Dietética para un adecuado funcionamiento está organizado en las siguientes unidades:

a) Unidad Central de Producción de regímenes y fórmulas especiales
b) Unidad de Tratamiento Nutrioterapéutico y Dietoterapia
c) Unidad de Nutrición Integral

A) Unidad Central de Producción de regímenes y fórmulas especiales.

Es la unidad encargada de programar y elaborar las preparaciones culinarias planificadas de acuerdo a guías, protocolos y estándares nacionales e internacionales, con el propósito de cubrir los requerimientos nutricionales; individuales y colectivos de las personas hospitalizadas, personal y otros usuarios que el establecimiento determine.

Recibe materias primas e insumos que son transformados en regímenes dietéticos, dieto terapéuticos y fórmulas especiales, debiendo asegurar la calidad óptima, inocua y adecuada a las necesidades nutricionales de sus usuarios.

Su principal responsabilidad es garantizar que estos productos lleguen en las mejores condiciones al usuario final: paciente o personal de la institución.

B) Unidad de Tratamiento Nutrioterapéutico y dietoterapia

Es la unidad encargada de planificar, supervisar, y evaluar el tratamiento dietético del paciente hospitalizado teniendo en cuenta la evaluación clínica, diagnóstico clínico, necesidades nutricionales y hábitos alimentarios.

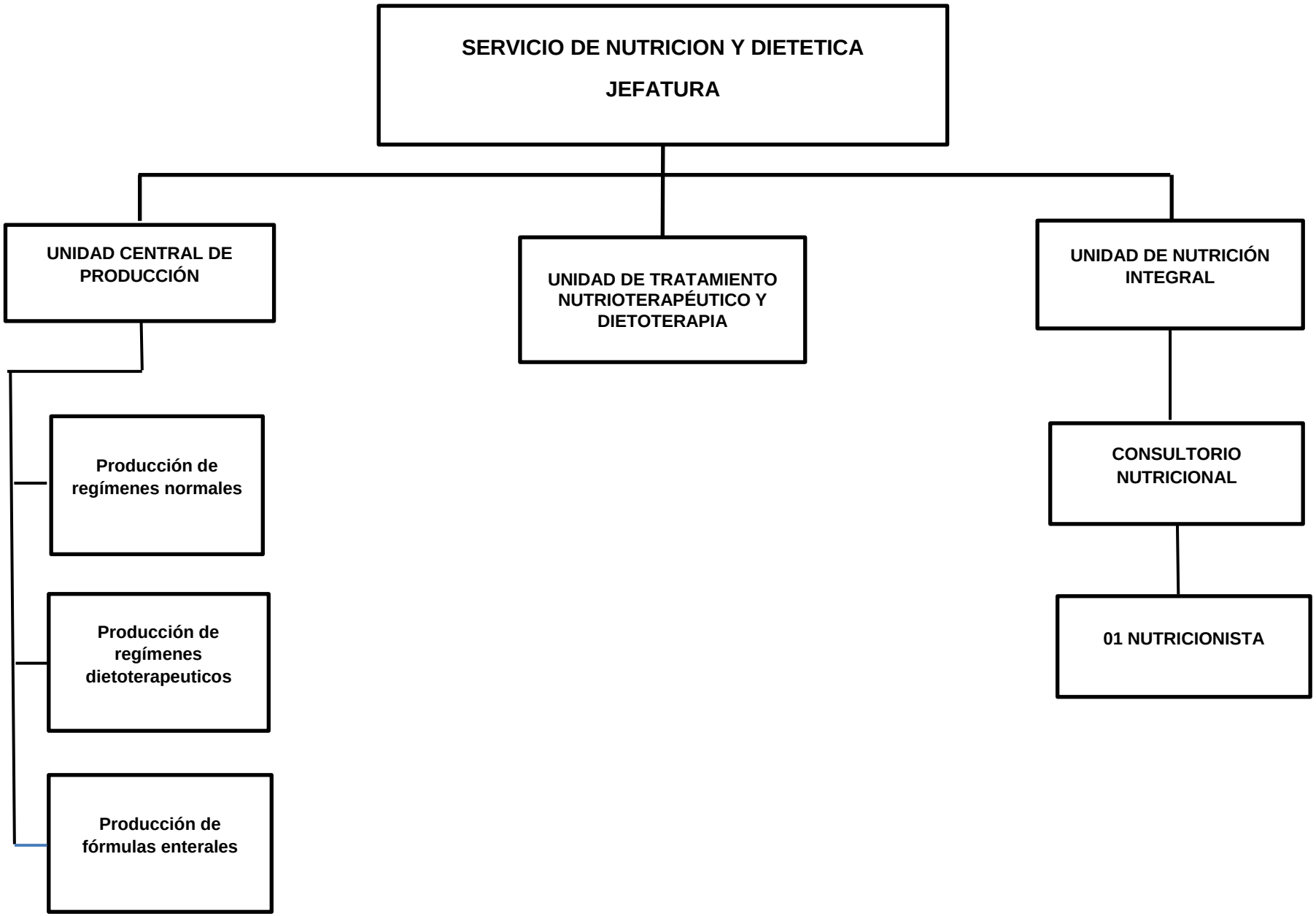
Realiza la evaluación y diagnóstico nutricional, así como provisión de cuidados alimentarios, nutricionales y metabólicos, monitoreo y educación de los pacientes hospitalizados adultos y niños, incluso antes y después de la atención quirúrgica; tiene como objetivo contribuir a la prevención, mantenimiento y/o recuperación de su estado de nutrición y salud.

C) Unidad de Nutrición Integral

Es la unidad encargada de programar, dirigir, supervisar y evaluar los programas que se desarrollan en las áreas de influencia del establecimiento, y de la atención *de* los usuarios que acuden al establecimiento para *consulta nutricional* ambulatoria.

.

5.6.2. Organigrama del Servicio de Nutrición y Dietética


SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA
JEFATURA
UNIDAD CENTRAL DE PRODUCCIÓN
UNIDAD DE TRATAMIENTO NUTRIOTERAPÉUTICO Y DIETOTERAPIA
UNIDAD DE NUTRICIÓN INTEGRAL
Producción de regímenes normales
Producción de regímenes dietoterapeuticos
Producción de fórmulas enterales
CONSULTORIO NUTRICIONAL
01 NUTRICIONISTA

5.6.3 Descripción de las funciones del Personal en el Servicio de Nutrición y Dietética.

5.6.3.1. Cargo clasificado: Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética

1. Función básica:

Planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar todas las actividades técnico-administrativas, docentes y asistenciales del Servicio de Nutrición y Dietética, para brindar una atención integral al paciente no critico en las áreas de hospitalización, emergencia y en consulta externa.

2. Relaciones del cargo

2.1 Relaciones internas:

Relación de Dependencia.

Orgánicamente depende directamente del Director General del Hospital y reporta el cumplimiento de sus funciones.

Relación de Autoridad.

Tiene mando directo sobre el personal asignado al Servicio de Nutrición y Dietética: Profesionales, Técnicos, Auxiliares e Internos de Nutrición y Dietética.

Relación de Coordinación.

Tiene relación de coordinación: con los Jefes de los Órganos de asesoría, apoyo y de línea, para el cumplimiento de sus funciones y realización de trabajos asignados por la Dirección General.

Con el personal de otras oficinas para intercambio de información.

De coordinación con la Unidad Funcional de Estrategia Sanitaria del Hospital.

2.2 Relaciones Externas:

Con el Director de Atención a las persona de la Gerencia de Salud, Hospitales, Centros y puestos de salud del Ministerio de Salud.

Con otras Instituciones públicas y privadas que sean de su competencia.

3. Atribuciones del Cargo

3.1 Representa por delegación, al Director General del Hospital en reuniones técnicas, ante organismos públicos y privados en actividades relacionadas al cargo.

3.2 Autoriza y convoca la ejecución de reuniones técnicas administrativas en el Servicio y en las unidades funcionales a su cargo.

3.3 Supervisa y monitoriza la labor de los responsables de las unidades funcionales dependientes del servicio en concordancia con las normas y directivas vigentes.

3.4 Autoriza la ejecución de trabajos de investigación en el Servicio en coordinación con la Oficina de Capacitación y Apoyo a la Docencia e Investigación.

3.5 Autoriza la ejecución de la programación del rol de trabajo, vacaciones, cambios de turnos y otros del personal del Servicio y unidades funcionales a su cargo

3.6 Controla, supervisa y evalúa la labor del personal asignado al Servicio y unidades funcionales.

4. FUNCIONES ESPECIFICAS

4.1 Programar, organizar, coordinar, supervisar, controlar y revaluar el funcionamiento técnico administrativo del Servicio de Nutrición y Dietética cumpliendo con el Plan Operativo Institucional y Plan Estratégico.

4.2 Elaborar el Manual de Dietas en coordinación con las responsables de los Unidades Funcionales del Servicio.

4.3 Elaborar y refrendar la programación mensual de actividades del personal técnico administrativo y asistencial.

4.4 Elaborar la programación de los regimenes alimentarios y realizar las solicitudes de compra a la Oficina de Logística.

4.5 Participar en la elaboración, ejecución y monitoreo del Plan Operativo del Servicio.

4.6 Realizar el monitoreo y control de la calidad organoléptico de víveres perecibles y no perecibles.

4.7 Elaborar el cuadro de necesidades del Servicio de Nutrición y Dietética en coordinación con la Dirección, Oficina de Logística.

4.8 Elaborar informes técnico relacionados con las funciones del Departamento.

4.9 Informar a la Dirección General las ocurrencias más importantes, así como de todas las actividades realizadas.

4.10 Proponer, actualizar e implementar Guía de atención alimentaria nutricional, protocolos y procedimientos de atención especializada en Nutrición y Dietética, orientados a proporcionar un servicio eficiente, eficaz y oportuno.

4.11 Mantener los registros y reportes actualizados sobre casos de nutrición y dietética para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

4.12 Aplicar técnicas y metodología científicas y administrativas en la ejecución de las actividades nutricionales.

4.13 Brindar asesoramiento en el campo de su especialidad a través de unidades funcionales a su cargo.

4.14 Elaborar y proponer la actualización de documentos técnicos normativos e instrumentos de gestión: ROF, CAP, MOF, MAPROS, Plan Estratégico, Plan Operativo Institucional y otros.

4.15 Desarrollar y monitorear la investigación en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia en el marco de los convenios correspondientes, en coordinación con la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

4.16 Monitorear y aplicar normas en cadena alimentaría y medidas de bioseguridad para evitar las infecciones intrahospitalarias.

4.17 Hacer cumplir la programación del rol de trabajo, vacaciones, cambios de turnos y otros del Servicio y Unidades Funcionales a su cargo.

4.18 Elaborar, proponer y difundir normas, directivas relacionadas con las funciones del Servicio.

4.19 Gestionar ante la Unidad orgánica responsable el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos asignados al Servicio y de las Unidades Funcionales a su cargo.

4.20 Informar sobre los indicadores de gestión del Servicio.

4.21 Elaborar y recomendar alternativas para la mejor utilización de los recursos de alimentación y nutrición.

4.22 Disponer el suministro de alimentos con los requerimientos nutricionales adecuados a los pacientes y personal de guardia.

4.23 Velar por una buena presentación del personal, gestionando la renovación de uniformes y constatando su conservación.

4.24 Controlar el estado de salud del personal a su cargo, solicitando oportunamente los controles establecidos.

4.25 Elaborar la programación de regímenes alimentarios y realizar las solicitudes de compra de víveres a la Oficina de logística.

4.26 Solicitar el control bromatológico y bacteriológico de los víveres en forma periódica o cuando el caso lo requiera.

4.27 Elaborar el proyecto de Presupuesto del Servicio en coordinación con la Dirección, Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina de Logística.

4.28 Conocer y socializar el Plan Hospitalario de evacuación y comportamiento en caso de desastres.

4.29 Realizar labor docente, de asesoramiento y entrenamiento a las alumnas de Nutrición en el marco de los convenios interinstitucionales.

4.30 Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres del Servicio, gestionando su reposición por deterioro.

4.31 Evaluar periódicamente el desempeño laboral del personal a su cargo.

4.32 Formular el requerimiento anual de Capacitación del personal del Departamento.

4.33 Otras funciones que le asigne el jefe inmediato.

5.6.3.2. Cargo clasificado: Nutricionista I

1. Función básica:

Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes y de investigación de la Unidad Funcional de Producción y Alimentación.

2. Relaciones del cargo

2.1 Relaciones internas:

Relación de Dependencia.

Orgánicamente depende directamente del Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética y reporta el cumplimiento de sus funciones.

Relación de Coordinación.

Coordina con los responsables de las Unidades Orgánicas y funcionales del Servicio en lo referente a nutrición y dietética

Coordina actividades y recibe información de las diferentes unidades orgánicas y funcionales del Hospital para alcanzar los objetivos del Servicio.

2.2 Relaciones Externas:

Coordina y recibe directivas e información de entidades públicas y privadas, como DIGESA para el control microbiológico de los alimentos, Universidades para cursos de capacitación del personal entre otros.

Con la Dirección Ejecutiva de Atención a las Personal de la Gerencia Regional de Salud Apurímac
Con el Público Usuario

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

3.1 Representar por delegación, al Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética en reuniones técnicas en actividades relacionadas al cargo.

3.2 Autoriza y convoca la ejecución de reuniones técnicas de trabajo en la Unidad Funcionales a su cargo.

3.3 Controla, supervisa y evalúa la labor del personal asignado a la Unidad Funcional a su cargo.

3.4 Asigna funciones al personal asignado a la Unidad Funcional a su cargo.

4. FUNCIONES ESPECIFICAS

4.1 Planificar, dirigir, supervisar y controlar las actividades del personal del área de producción, y aprovisionamiento.

4.2 Mantener y supervisar la buena presentación (uniformes) e higiene personal según normas sanitarias vigentes.

4.3 Realizar el requerimiento de insumos al almacén central de alimentos para las preparaciones programadas de las raciones alimenticias para el día siguiente.

4.4 Supervisar el cumplimiento de las buenas prácticas de manipulación (BPM) de alimentos para asegurar la calidad alimentaria e inocuidad de los mismos.

4.5 Cumplir estrictamente con los horarios de trabajo establecidos según rol.

4.6 Realizar la programación y dosificación diaria de los regímenes dietoterapicos de acuerdo al plan de menús semanal.

4.7 Supervisar y controlar el ingreso (cantidad y calidad), almacenamiento y salida de los víveres frescos y secos.

4.8 Programar y controlar la cantidad y calidad organoléptica de los víveres que se proporcionan a los pacientes y servidores de salud, así como las condiciones de su almacenamiento.

4.9 Elaborar el plan de alimentación para pacientes de acuerdo a prescripciones dietéticas, controlando su cumplimiento.

4.10 Asegurar el suministro de raciones alimenticias a los pacientes y servidores de salud, evaluando el contenido nutricional y otras especificaciones de la alimentación.

4.11 Programar la elaboración y distribución de raciones alimenticias y evaluar el efecto nutricional en los pacientes.

4.12 Cumplir y hacer cumplir los reglamentos normas y procedimientos del Servicio a fin de contribuir al logro de los objetivos propuestos.

4.13 Coordinar con el equipo de salud, la aplicación de los métodos terapéuticos y/o programas de nutrición.

4.14 Absolver consultas en el área de su competencia y preparar informes de la especialidad.

4.15 Elaborar y ejecutar proyectos de investigación y realizar labor docente en el área de Nutrición y Dietética.

4.16 Participar en la programación de trabajos de nutrición y en la elaboración de Manuales de Dietas y Guías de procedimientos.

4.17 Conocer el Plan Hospitalario de evacuación y comportamiento en caso de desastres.

4.18 Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres del Servicio, responsabilizándose por su deterioro o uso indebido.

4.19 Dirigir, supervisar, controlar y evaluar las actividades de los técnicos y auxiliares de nutrición a fin de velar por el cumplimiento de sus obligaciones y por ende de los objetivos del servicio.

4.20 Mantener actualizado el inventario de equipos, menaje y utensilios asignados al área de trabajo.

4.21 Realizar actividades de apoyo a los alumnos de pre-grado, internos de nutrición de las Universidades en convenio con la finalidad de contribuir a la docencia.

4.22 Coordinar con el Jefe de servicio cursos de capacitación para mantener un nivel óptimo de conocimientos en el área de su especialidad.

4.23 Supervisar y evaluar el rendimiento y disciplina del personal a cargo con la finalidad de contribuir a una óptima gestión del Servicio.

4.24 Coordinar y controlar la existencia de los pedidos de los componentes nutricionales así como los movimientos de los mismos para la atención en hospitalización.

4.25 Cumplir con la normatividad legal vigente relacionada al área de su competencia.

4.26 Otras funciones que le asigne el jefe inmediato.

5.6.3.3. Cargo clasificado: Nutricionista II

1. Función básica

Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes y de investigación de la Unidad de Soporte Nutricional Enteral.

2. Relaciones del cargo

2.1 Relaciones internas:

Relación de Dependencia.

Orgánicamente depende directamente del Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética y reporta el cumplimiento de sus funciones.

Relación de Coordinación.

Tiene relación de coordinación con los diferentes Unidades Funcionales del Servicio de Nutrición y Dietética para brindar un óptimo servicio.
Con los diversos servicios asistenciales del Hospital para un manejo conjunto de los pacientes.

2.2 Relaciones Externas:

Con el Público Usuario

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

3.1 Representar por delegación, al Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética en reuniones técnicas en actividades relacionadas al cargo.

3.2 Autoriza y convoca la ejecución de reuniones técnicas de trabajo en la Unidad Funcionales a su cargo.

3.3 Controla, supervisa y evalúa la labor del personal asignado a la Unidad Funcional a su cargo.

3.4 Asigna funciones al personal asignado a la Unidad Funcional a su cargo.

4. FUNCIONES ESPECIFICAS

4.1 Organizar la atención nutricional necesaria para el cuidado de los pacientes con terapia nutricional.

4.2 Promover y efectuar una atención integral de los pacientes malnutridos o en riesgo de desnutrición.

4.3 Responsable de la atención directa que se brinda al paciente, resaltando el cuidado de las sondas de nutrición enteral (sonda nasogástrica, nasoyeyunal, gastrostomía, yeyunostomia)

4.4 Responsable de la evaluación del estado nutricional.

4.5 Implementar y monitorizar el estado metabólico y nutricional a los pacientes con terapia nutricional.

4.6 Vigilar diaria y periódicamente el balance energético y nitrogenado.

4.7 Registrar los parámetros del estado nutricional que pueda guiar de manera adecuada la terapia nutricional.

4.8 Diseñar y formular las mezclas de nutrición enteral con características especiales de las dietas transicionales de la terapia nutricional.

4.9 Coordinar con el médico de la unidad el esquema nutricional del paciente.

4.10 Registrar en el cuaderno de estadística los pacientes que ingresen a terapia enteral.

4.11 Efectuar el trabajo en equipo interpretando las necesidades del paciente.

4.12 Coordina con el personal de nutrición de los diferentes servicios para la conservación y administración de las mezclas de nutrición enteral.

4.13 Realizar la visita médica a los pacientes malnutridos o en riesgo de malnutrición hospitalizados en los diferentes servicios del Hospital Sub Regional de Andahuaylas en turnos según programación de lunes a viernes aplicando los conocimientos actualizados sobre terapia nutricional a fin de llegar a un adecuado tratamiento del paciente, utilizando racionalmente las herramientas disponibles.

4.14 Realizar los procedimientos de la especialidad necesarios, con el consentimiento informado del paciente o familiar cercano para llegar a un diagnostico y/o tratamiento pertinente.

4.15 Contribuir al cumplimiento del Plan Operativo Anual elaborado para la unidad.

4.16 Recibir e interpretar los exámenes auxiliares y comunicar al médico sobre los mismos.

4.17 Cumplir con la aplicación de las guías clínicas establecidas y aprobadas para la unidad.

4.18 Informar y educar al paciente y los familiares sobre la terapia nutricional.

4.19 Responsable del buen uso y cuidados de los equipos de la unidad.

4.20 Asistir y participar en toda reunión administrativa convocada por el jefe de la unidad.

4.21 Realizar un informe sobre los pacientes atendidos en nutrición enteral, como diagnósticos, formulación recibida y evolución.

4.22 Otras que sean asignadas dentro del ámbito de su competencia.

4.23 Identificar al paciente que presenta desnutrición o riesgo nutricional mediante la utilización de una herramienta como es el tamizaje nutricional adecuado al grupo etario, teniendo en cuenta el examen físico, datos antropométricos, cambios en el peso, y en la ingesta, tipo de repercusión de la enfermedad en el gasto metabólico.

5.6.3.4. Cargo clasificado: Auxiliar de Nutrición I

1 Función básica

Ejecución de actividades operativas de recepción, preparación, distribución, almacenamiento y entrega de víveres perecibles y no perecibles para la preparación de dietas.

2 Relaciones del cargo

2.1 Relaciones internas:

Relación de Dependencia.

Orgánicamente depende directamente del Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética y reporta el cumplimiento de sus funciones.

Relación de Coordinación.

Tiene relación de coordinación con el personal: Profesional, Técnico, Auxiliar e internos del Servicio con respecto a las labores de alimentación.

2.2 Relaciones Externas:

Con el Público Usuario

3 ATRIBUCIONES DEL CARGO

No tiene

4 FUNCIONES ESPECIFICAS

4.1 Tener conocimiento de los menús, planificados para el día.

4.2 Recepcionar los ingredientes solicitados para la preparación de los menús planificados controlando la cantidad.

4.3 Solicitar los víveres secos y frescos al almacén general, verificando la cantidad y/o peso de los mismos.

4.4 Ejecutar las operaciones preliminares requeridas por el tipo de preparación (lavado, picado, cortado) programadas en el sector asignado.

4.5 Ejecutar el reparto de los alimentos ya elaborados al área de distribución según lo dispuesto por el Nutricionista del área (numero de raciones por tipo de dietas y servicio de hospitalización).

4.6 Observar las reglas de higiene y limpieza en la manipulación de los alimentos.

4.7 Mantener una buena presentación e higiene personal según normas sanitarias vigentes.

4.8 Cuidar y ser responsable de los ambientes, equipo y utensilios utilizados.

4.9 Ejecutar el reparto de los alimentos ya elaborados al área de distribución de acuerdo al parte de alimentos.

4.10 Efectuar las preparaciones programadas en el sector según los procedimientos establecidos.

4.11 Mantener la temperatura adecuada de las preparaciones.

4.12 Clasificar los residuos de alimentos generados en el área de producción para su posterior transporte y disposición final.

4.13 Cumplir estrictamente con los horarios de trabajo establecidos según rol.

4.14 Clasificar y ordenar la menajería de utensilios para la entrega del turno.

4.15 Rotar en los trabajos requeridos por las diferentes actividades relacionadas con la preparación de alimentos.

4.16 Reemplazar al personal a solicitud de la jefatura

4.17 Mantener y velar los valores éticos y las buenas relaciones en el servicio y con el personal en general.

4.18 Cumplir con los reglamentos, manuales, normas y procedimientos de bioseguridad del Servicio.

4.19 Otras funciones que le asigne el jefe inmediato.

5.6.3.5. Cargo clasificado: Auxiliar de Nutrición II

Ejecución de actividades operativas para la elaboración de dietas completas, especiales y distribuir los menús en la cantidades solicitadas.

1 Función básica

Ejecución de actividades operativas para la elaboración de dietas completas, especiales y distribuir los menús en la cantidades solicitadas.

2 Relaciones del cargo

2.1 Relaciones Internas

Relación de Dependencia.

Orgánicamente depende directamente del Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética y reporta el cumplimiento de sus funciones.

Relación de Coordinación.

Tiene relación de coordinación con el personal: Profesional, Técnico, Auxiliar e internos del Servicio con respecto a las labores de alimentación.

2.2 Relaciones Externas:

Con el Público Usuario

3. ATRIBUCIONES DEL CARGO

No tiene

4. FUNCIONES ESPECIFICAS

4.1 Solicitar los ingredientes necesarios para la elaboración del menú diario y dietas especiales supervisando la cantidad y la buena preparación.

4.2 Ejecutar las operaciones preliminares requeridas por el tipo de preparación (lavado, picado, cortado) programadas en el sector asignado.

4.3 Ejecutar el reparto de los alimentos ya elaborados al área de distribución según lo dispuesto por el Nutricionista del área (número de raciones por tipo de dietas y servicio de hospitalización).

4.4 Cumplir las reglas de higiene y limpieza en la manipulación de los alimentos y el equipo utilizado.

4.5 Mantener la temperatura adecuada de las preparaciones.

4.6 Confeccionar las comidas cuidando la buena sazón y presentación de platos.

4.7 Hacer uso de ingredientes y la manipulación e higienes de los mismos.

4.8 Clasificar y ordenar la menajería de utensilios para la entrega del turno.

4.9 Cumplir estrictamente con los horarios de trabajo establecidos según rol.

4.10 Mantener y velar los valores éticos y las buenas relaciones en el servicio y con el personal en general.

4.11 Cumplir con los reglamentos, manuales, normas y procedimientos de bioseguridad del Servicio.

4.12 Reemplazar a los cocineros cuando sea necesario

4.13 Mantener la eficiencia, disciplina y la correcta presentación del mismo.

4.14 Colaborar con la confección de menús y pedidos de víveres.

4.15 Otras funciones que se le asigne el jefe inmediato.

(3)

VI. Diagnostico Epidemiológico de la Situación Alimentaria y Nutricional de la jurisdicción de la Sede

6.1 Indicadores hospitalarios

Es el ingreso que se da a un paciente para permanecer hospitalizado en una unidad médica de segundo o tercer nivel de atención, con la finalidad de recibir un tratamiento médico y/o dar seguimiento a su padecimiento; previa valoración y autorización del médico especialista, así como la aceptación del paciente y/o su familiar; esta puede ser programada o por la atención en el servicio de urgencias. Este servicio se encarga de prestar los cuidados básicos y especializados de manera integral y con los altos estándares de calidad, creando confianza y seguridad en la atención tanto al paciente como a sus familias que ingresan a la institución.

Egresos de hospitalización por servicio, según meses

Tabla N° 01

Egresos y Estancias Hospitalarios por Servicios, enero – junio 2018

EGRESOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIOS - 2018													
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL DE EGRESO	434	407	428	396	432	467	0	0	0	0	0	0	2,564
TOTAL DE ESTANCIA	1,689	1,718	1,775	1,826	1,980	2,057	0	0	0	0	0	0	11,045
Fuente: Sistema SEEM													
Elaboración: Unidad de Estadística e Informática(Área de Procesamiento)													

(4)

Egresos de hospitalización por Servicios y meses

Tabla N° 02

Egresos Hospitalarios por Servicios, enero – junio 2018

EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS y MESES - 2018													
SERVICIO/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CIRUGÍA GENERAL	51	57	59	59	62	57							345
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	22	19	24	13	11	19							108
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	25	31	14	27	14	28							139
GINECO - OBSTETRICIA	162	128	159	119	149	136							853
GINECOLOGÍA	52	37	46	42	42	41							260
MEDICINA GENERAL	51	66	52	47	55	57							328
PSIQUIATRIA	12	11	13	14	15	18							83
PEDIATRÍA GENERAL	24	30	21	35	52	63							225
NEONATOLOGÍA	30	25	34	28	24	40							181
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	2	0	4	3	3	5							17
GASTROENTEROLOGÍA	3	3	2	9	5	3							25
TOTAL DE EGRESO	434	407	428	396	432	467	0	0	0	0	0	0	2,564
Fuente: Sistema SEEM													
Elaboración: Unidad de Estadística e Informática(Área de Procesamiento)													

(4)

Estancias de hospitalización por servicio, según meses

Tabla N° 03

Estancias Hospitalarias por Servicios, enero – junio 2018

ESTANCIAS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS Y MESES - 2018													
SERVICIO/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CIRUGÍA GENERAL	225	247	341	347	383	354							1,897
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	110	89	84	51	51	92							477
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	95	182	52	165	74	136							704
GINECO - OBSTETRICIA	417	310	434	334	401	317							2,213
GINECOLOGÍA	96	66	123	89	92	79							545
MEDICINA GENERAL	312	421	326	308	353	372							2,092
PSIQUIATRIA	99	112	72	92	119	109							603
PEDIATRÍA GENERAL	144	121	101	175	256	306							1,103
NEONATOLOGÍA	163	154	189	195	169	232							1,102
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	10	0	46	32	30	45							163
GASTROENTEROLOGÍA	18	16	7	38	52	15							146
TOTAL	1,689	1,718	1,775	1,826	1,980	2,057	0	0	0	0	0	0	11,045
Fuente: Sistema SEEM													
Elaboración: Unidad de Estadística e Informática(Área de Procesamiento)													

(4)

Egresos y estancias de hospitalización de medicina

Tabla N° 04

Egresos y Estancias Hospitalarios del Servicio de Medicina General, enero – junio 2018

EGRESOS Y ESTANCIAS HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL-2018													
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Total días estancias	312	421	326	308	353	372	0	0	0	0	0	0	2092
N° egresos	51	66	52	47	55	57	0	0	0	0	0	0	328
PROMEDIO PERMANENCIA	6.12	6.38	6.27	6.55	6.42	6.53							6.38
Fuente: Sistema SEM													
Elaboración: Unidad de Estadística e Informática(Área de Procesamiento)													

(4)

Diez primeras causas de morbilidad por servicios

Tabla N° 05

Diez primeras causas de morbilidad registradas Hospitalarias por Servicios, enero – junio 2018

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD REGISTRADAS EN HOSPITALIZACION - 2018				
ORDEN	CIE-10	CAUSAS DE MORBILIDAD	CASOS	%
1	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	398	16%
2	O820	PARTO POR CESAREA ELECTIVA	129	5%
3	K358	OTRAS APENDICITIS AGUDAS, Y LAS NO ESPECIFICADAS	121	5%
4	O034	ABORTO ESPONTANEO INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	119	5%
5	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	108	4%
6	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	59	2%
7	O021	ABORTO RETENIDO	45	2%
8	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	44	2%
9	K811	COLECISTITIS CRONICA	32	1%
10	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	26	1%
		Otras Morbilidades	1483	58%
		Total	**2564**	100%

(5)

Tabla N° 06

Estado Nutricional en niños menores de 59 meses Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas 2017
Indicador Peso/Talla

DISTRITO	INDICADOR PESO / TALLA[3]						
	N° DE EVALUADOS	DESNUTRICIÓN AGUDA		SOBREPESO		OBESIDAD	
		N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%
HUANCARAMA	490	4	0.8	13	2.7	4	0.8
PACOBAMBA	356	2	0.6	10	2.8	2	0.6

(6)

Tabla N° 07

Anemia Total en niños menores de 59 meses Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas 2017

DISTRITO	N° DE EVALUADAS	ANEMIA TOTAL	
		N° DE CASOS	%
ANDAHUAYLAS	2346	867	37.0
ANDARAPA	409	109	26.7
CHIARA	78	27	34.6
HUANCARAY	296	115	38.9
HUAYANA	58	18	31.0
JOSE MARIA ARGUEDAS	410	143	34.9
KAQUIBAMABA	96	26	27,1
KISHUARA	511	163	31.9
PACUCHA	521	137	26.3
PAMPACHIRI	238	116	48.7
POMACOCHA	55	29	52.7
SAN ANTONIO DE CACHI	194	47	24.2
SAN JERÓNIMO	1508	503	33.4
SAN MIGUEL DE CHACCRAMPA	141	59	41.8
SANTA MARÍA DE CHICMO	761	186	24.4
TALAVERA	968	372	38.4
TUMAY HUARACA	132	37	28.0
TURPO	252	74	29.4

(6)

Tabla N° 08

Clasificación de la Anemia en niños menores de 59 meses Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas 2017

DISTRITO	ANEMIA LEVE		ANEMIA MODERADA		ANEMIA SEVERA	
	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%
ANDAHUAYLAS	616	26.3	250	10.7	1	0
ANDARAPA	77	18.8	32	7.8	0	0
CHIARA	23	29.5	4	5.1	0	0
HUANCARAY	82	27.7	33	11.1	0	0
HUAYANA	12	20.7	6	10.3	0	0
JOSE MARIA ARGUEDAS	93	22.7	50	12.2	0	0
KAQUIBAMABA	21	21.9	5	5.2	0	0
KISHUARA	99	19.4	63	12.3	1	0.2
PACUCHA	104	20.0	33	6.3	0	0
PAMPACHIRI	79	33.2	37	15.5	0	0
POMACOCHA	18	32.7	11	20.0	0	0
SAN ANTONIO DE CACHI	35	18.0	12	6.2	0	0
SAN JERÓNIMO	311	20.6	192	12.7	0	0
SAN MIGUEL DE CHACCRAMPA	28	19.9	29	20.6	2	1.4
SANTA MARÍA DE CHICMO	133	17.5	52	6.8	1	0.1
TALAVERA	251	25.9	121	12.5	0	0
TUMAY HUARACA	30	22.7	7	5.3	0	0
TURPO	42	16.7	32	12.7	0	0

(6)

VII. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

7.1 Tamizaje del Riesgo Nutricional

Cuando se realiza el diagnóstico del riesgo nutricional, se pueden reducir o prevenir los efectos deletéreos de la desnutrición relacionada con enfermedades.

Como herramienta de cribado o de tamizaje de riesgo nutricional empleamos el NRS 2002 (Nutritional Risk Screening).

Tamizaje nutricional es el proceso de identificar las características que están asociadas con problemas alimentarios o nutricionales en la población general. Su propósito es diferenciar los individuos que se encuentran en alto riesgo de problemas nutricionales o que presentan estado nutricional deficiente de los que se encuentran en buen estado nutricional. En los que presentan estado nutricional deficiente, el tamizaje revela la necesidad de continuar con el paso siguiente: una evaluación nutricional detallada que puede requerir diagnóstico e intervención nutricional. (7)

El instrumento que se utiliza se presenta en el Anexo N° 01.

7.2 Valoración Global Subjetiva (VGS)

Los pacientes que son detectados con riesgo nutricional en el tamizaje, son evaluados nuevamente empleando la Valoración Global Subjetiva que es un método que con la interpretación de un interrogatorio simple y un examen físico permite emitir un diagnóstico del estado nutricional del paciente y tomar las respectivas medidas de manejo. Es ideal realizar VGS cuando el paciente ingrese al hospital y puede ser desarrollado por cualquier profesional de la salud que haya tenido algún tipo de entrenamiento. Con el interrogatorio simple se evalúan factores que afectan el estado nutricional de los individuos tales como cambios en el peso, en la ingesta, alteraciones gastrointestinales y en la actividad física así como las posibles causas de estos cambios.

El examen físico debe ser rápido pero minucioso para detectar signos clínicos de deterioro y/o exceso nutricional y cambios en la composición corporal.

La entrevista clínica debe obtener información subjetiva en cinco campos diferentes:

a) **Peso corporal:**

La pérdida de peso corporal es un indicador significativo de problemas en el estado nutricional. Es importante saber si las pérdidas han ocurrido en los seis meses anteriores a la entrevista o en las dos últimas semanas. La pérdida gradual de peso puede indicar una enfermedad cónica o un cambio en la dieta. Pérdidas importantes en las dos últimas semanas, en cambio suelen señalar un riego mayor de desnutrición.

b) **Cambios en los hábitos alimentarios:**

Los cambios en los hábitos alimentarios contribuyen al estado nutricional. Las personas cuyos hábitos alimentarios han cambiado como consecuencia de la enfermedad están en riesgo de desnutrición.

c) **Síntomas gastrointestinales:**

Los signos y síntomas gastrointestinales que persisten por más de quince días pueden colocar a la persona en riesgo de desnutrición. La diarrea o vómito de corta duración pueden ser un problema menor, pero si se prolongan se les debe prestar atención.

d) **Capacidad funcional o nivel de energía:**

Las personas enfermas pueden estar débiles y carecer de la motivación para mantener su actividad física. Pueden cansarse con facilidad. Por ello, se les debe interrogar acerca de su actividad física de rutina.

e) **Impacto de la enfermedad:**

Muchas enfermedades cambian las exigencias metabólicas del organismo. En la mayoría de las situaciones, la persona enferma tiene aumentado su requerimiento de calorías y de proteínas, pero algunas enfermedades pueden disminuir la actividad metabólica y por ello la persona necesitará menos nutrientes.

f) **Examen físico**

Para completar la VGS, se realiza un examen físico básico. Basta el simple examen de la grasa corporal y la masa muscular, junto con la presencia de edemas, para sospechar si hay o no riesgo de desnutrición en ese paciente. Los signos físicos buscados son:

- Pérdida de la grasa subcutánea
- Edema de los tobillos
- Pérdida de la masa muscula
- Edema de la región sacra
- Ascitis

Los parámetros valorados del examen físico se clasifican en normal, déficit moderado o déficit severo.

La pérdida de grasa subcutánea se evalúa en la región del tríceps y en la línea axilar media al nivel de las costillas inferiores, no se trata de una evaluación precisa sino de una impresión subjetiva del grado de pérdida de tejido celular subcutáneo.

La atrofia muscular se busca en la región temporal, deltoides y en el muslo (cuádriceps) evaluando pérdida de masa y tono muscular mediante palpación, la presencia del déficit neurológico puede alterar esta valoración.

Se debe anotar la presencia de edemas sacro, maleolar, y ascitis, teniendo en cuenta que enfermedades renales o cardiacas pueden producir las mismas alteraciones.

Finalmente se examina las mucosas de la boca y la lengua así como piel y cabello anotando anormalidades.

Todos los datos anotados permiten categorizar a cada paciente como:

A = Bien nutrido,

B = Sospecha de desnutrición o desnutrición moderada,

C = Desnutrición severa.

Esta clasificación se basa en un juicio subjetivo. Información dudosa o errónea tiene menos valor que los datos precisos.

La valoración del peso se debe hacer considerando las desviaciones de los compartimentos hídricos por enfermedad o por tratamiento.
En general, un paciente que ha presentado pérdida de peso y de masa muscular pero recibe una ingesta adecuada y se encuentra recuperando su peso, se clasifica como **A = Bien nutrido**.

Un paciente con perdida moderada de peso de patrón continuo, disminución persistente de su ingesta, incapacidad funcional progresiva y con una enfermedad de estrés moderado, debe ser clasificado como **B = Desnutrición moderada**.

Un paciente con perdida severa de peso, ingesta disminuida, incapacidad funcional progresiva y pérdida de masa muscular, se clasifica como **C = Desnutrición severa** independientemente de su proceso patológico.

La información obtenida a partir de la VGS se debe resumir en un formato de valoración nutricional y colocar en la historia del paciente. Esta información se puede revisar y modificar a medida que se controla continuamente el impacto de la terapia nutricional. (7) (8)

El instrumento e instructivo para realizar la VGS se presenta en el Anexo N° 01.(9)

7.3 Evaluación del estado nutricional objetiva

Los pacientes postrados deben ser evaluados utilizando diferentes estrategias para estimar la talla y el peso, datos que nos servirán para evaluar el estado nutricional actual. (Anexo N° 02 Anexo N° 03)

Estimación de la Talla por métodos indirectos:

- Determinación de la Talla por altura de la pierna (Rodilla – talón):

  Técnica:

El sujeto sentado, o alternativamente, acostado:

1. La ***rodilla y tobillo*** flexionados en ***ángulo de 90***°

2. Colocar la varilla fija del calibre bajo el talón y situar el eje de tal modo que pase por el maleolo externo justo por detrás de las cabeza del peroné.

3. Colocar la varilla móvil sobre la superficie anterior del muslo. Por encima de los cóndilos del fémur, a unos 4 cm. de la rótula.

4. Sostener el eje del calibre paralelo al eje de la tibia y se presiona para comprimir tejidos.

Se efectúa la lectura y se registra en la ficha correspondiente (Anexo N° 02)

A continuación, se describe la fórmula para conocer la talla:

- Se utiliza la fórmula propuesta por Chumlea talón-rodilla para estimar la talla:

Altura hombres: 64,19 – (0.04 x edad) + (2.02 x altura de rodilla)
Altura: mujeres: 84.88 – (0.24 x edad) + (1.83 x altura rodilla)

(10) (11)(7) (12)

⊙ **Determinación de la Talla por la media brazada:**

Técnica:

Medir la longitud entre la Horquilla esternal y el extremo distal del dedo medio y multiplicar por dos. (10)

Estimación del Peso

Circunferencia del carpo (c.c.):

Medición en centímetros de la muñeca de mano derecha del paciente sin presencia de edemas. Se mide con una cinta métrica flexible en la parte distal de la apófisis estiloides del cubito y el radio.

⊙ **Estructura Ósea**:

Es una medida que se refiere al esqueleto del individuo y por ello está basada en una medida ósea.

Se clasificará el paciente en estructura pequeña, mediana o grande según la siguiente fórmula:

Estructura = Talla en centímetros / circunferencia del carpo en centímetros.

Tabla N° 09
Valores de referencia para Estructura Ósea (contextura)

Hombre	Mujer
R= Mayor de 10.4: pequeña	R= Mayor de 11.0 Pequeña
R= 9. 6 a 10.4: mediana	R= 10.1 a 11.0 Mediana
R= menor de 9.6: grande	R= Menor de 10.0 Grande

Peso ideal:

Se determinará teniendo en cuenta la estructura y la talla.

No se debe olvidar que el peso ideal es una medida teórica; su gran utilidad radica en que sirve de marco de referencia para la formulación terapéutica en ausencia de información de peso actual y presencia de edema. Para determinar el peso ideal del paciente se puede obtener por el siguiente método:

⊙ ***Formula rápida para determinar el peso ideal según estructura:***

Estructura pequeña = Talla $(mts)^2$ x 20

Estructura mediana = Talla $(mts)^2$ x 22.5

Estructura grande = Talla $(mts)^2$ x 25

(7)

Cálculo del Índice de Masa Corporal

Se relacionó el peso y la talla estimada por los métodos antes mencionados utilizando la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

(13)

⊙ **Clasificación del Índice de Masa Corporal y comorbilidad en adultos**

Tabla N° 10
Clasificación del Índice de Masa Corporal y comorbilidad en adultos

Clasificación	IMC	Riesgo de comorbilidad
Deficiencia energética IIIº	< igual a 16	Muy severo
Deficiencia energética IIº	16 – 16.9	Severo
Deficiencia energética Iº	17 – 18.4	Moderado
Bajo peso	< 18.5	Incremento de mortalidad y morbilidad
Limite	18.5	Prolongada estancia hospitalaria en UCI, aumento de frecuencia de complicaciones posoperatorias, mayores tasas de rehospitalización y mayor tiempo de reinicio de la vía oral
Normal	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso	> igual a 25	
Pre obesidad	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad Iº	30 – 34.9	Moderado
Obesidad IIº	35 – 39.9	Importante
Obesidad IIIº	> igual a 40	Muy importante

(7)

⊙ Clasificación del Estado Nutricional del Adulto Mayor según IMC

Tabla N° 11
Valores referenciales del IMC en el adulto mayor

Valores Referenciales	
Obesidad	> 32
Sobrepeso	28 – 32
Normal	23.1 – 27.9
D. Leve	21 – 23
D. Moderada	19 – 20.9
D. Severa	< 19

(10)

Tabla N° 11
Signos Clínicos relacionados con Malnutrición

SECTOR	SIGNO	NUTRIENTE
BOCA	• Estomatosis angular, queilosis • Gingivitis (esponjosas), sangrado gingival • Vénulas varicosas bajo la lengua	• Deficiencia múltiple (b2, b3, biotina, b6, hierro) • Deficiencia de vitamina c • Deficiencia de vitamina c
LENGUA	• Glositis • Lengua escarlata e inflamada • Atrofia de papilas filiformes (lengua lisa)	• Deficiencia múltiple (b2, b3, biotina, b6, b12) • Deficiencia de b3 • Deficiencia de folato
OJOS	• Xeroftalmia, ceguera nocturna, fotofobia, • Xerosis corneal, manchas de bitot, • Ulceración corneal, cicatrices en escleras	• Deficiencia de vitamina a • Deficiencia de vitamina a • Deficiencia de vitamina a
CABELLO	• Pérdida de cabello • Decoloración, opacidad, signo de bandera	• Deficiencia de zinc • Malnutrición energético proteica
CARA	• Seborrea nasolabial • Facies lunar • Palidez	• Deficiencia de b2 • Malnutrición energético proteica • Deficiencia de hierro
CUELLO	• Hipertrofia tiroidea por bocio • Acantosis nigricans	• Deficiencia de yodo • Obesidad

BRAZOS	• PETEQUIA PERIFOLICULAR, HEMORRAGIAS • PIEL SECA ESCAMOSA • DESPIGMENTACION DE LA PIEL • PIGMENTACIÓN AMARILLA O NARANJA (NO ICTERICA) • PALIDEZ • HIPERQUERATOSIS FOLICULAR	• DEFICIENCIA DE VITAMINA C • DEFICIENCIA DE ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES, • MALNUTRICIÓN ENERGÉTICO PROTEICA • EXCESO DE CAROTENOIDES • DEFICIENCIA DE FIERRO, B12, FOLATO • DEFICIENCIA DE VITAMINA C, A
UÑAS (MANOS)	• COILONIQUIA (UÑAS EN FORMA DE CUCHARA) • UÑAS DECOLORADAS O AGROSADAS • UÑAS QUEBRADIZAS, RUGOSAS	• DEFICIENCIA DE FIERRO, B12, FOLATO • TOXICIDAD POR SELENIO • MALNUTRICIÓN ENERGÉTICO PROTEICA
PIERNAS	• EDEMA BILATERAL	• MALNUTRICIÓN ENERGÉTICO PROTEICA

(14)

7.4 Participación en la visita médica en los diferentes Servicios de hospitalización:

Durante la visita con el equipo de salud, se participa activamente proponiendo el tratamiento dietoterapéutico de los pacientes y de acuerdo a la tolerancia digestiva, estado fisiopatológico y momento evolutivo de la enfermedad. La dieta completa es prescrita en el caso de patologías en que no exista compromiso anatómico ni fisiológico del tracto digestivo, incluyendo la capacidad masticatoria y que no se presente alteraciones metabólicas relacionadas a nutrientes. Las dietas modificadas se indicarán a pacientes que así lo requieran y estas consisten en preparaciones con modificaciones en la textura (dietas líquidas, licuadas, mitigadas) en la cantidad de nutrientes (dieta hipoglúcida, hipograsa, hipoprotéica, hiposódica, hipocálica, hipocelulósica, etc.). La prescripción de dieta se registra en el formato denominado Hoja de Dietas. (15)

7.4.1Cálculo del requerimiento nutricional

Durante la visita y en coordinación con el médico tratante, se estima el requerimiento energético y proteico. Se toma en consideración los siguientes aspectos:

Enfermedades y sus relaciones con requerimientos nutricionales.

A. Se determina el diagnóstico primario del enfermo y se evalúa el grado de afección que produce esta enfermedad sobre el metabolismo nutricional, en especial si tiene relación con alteraciones intestinales o si aparece algún grado de stress.

Ejemplo:

Lesión Factor estrés.

- Fractura huesos largos 1.15 - 1.3
- Cáncer 1.1 - 1.3
- Quemaduras 1.2 - 2.0

Factores Físicos.

- Problemas de dientes, encías o boca
- Problemas al masticar o deglutir
- Estomatitis angular
- Fractura o dolor óseo
- Glositis
- Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)
- Pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides)
- Edema de tobillos
- Edema de la región sacra

(16)

Estimación de los Requerimientos Nutricionales

Requerimiento Energético:

Las necesidades energéticas de un individuo son la dosis de energía alimentaria ingerida que compensa el gasto de energía, cuando el tamaño y composición del organismo y el grado de actividad física de ese individuo son compatibles con un estado duradero de buena salud, y permite el mantenimiento de la actividad física que sea económicamente necesaria y socialmente deseable. En los niños y mujeres

embarazadas o lactantes las necesidades energéticas incluyen las asociadas con la formación de tejidos o la secreción de leche a un ritmo compatible con la buena salud. (17) (18)

Tabla N° 12
Método Práctico para la estimación del Requerimiento Energético por Grupos Etarios

Método Práctico: Según el Comité de Expertos FAO/OMS/UNU de 1985	
Niños pequeños	70 kcal/kg/día
Escolares y adolescentes	50 - 55 kcal/kg/día
Adultos: 18 - 30 años	40 - 35 kcal/kg/día
30 - 60 años	30 - 35 kcal/kg/día
60 años en adelante	25 - 30 kcal/kg/día

(19)

Fórmula de Harris Benedic:

HOMBRES:	(66.47 + 13.75 x peso en Kg + 5 x talla en cm - 6.75 x edad)
MUJERES:	(655.10 + 9.56 x peso en Kg + 1.85 x talla en cm - 4.68 x edad)

Cálculo del Requerimiento Calórico Total (RCT): Bajo la siguiente fórmula:

RCT = REB x factor actividad x factor injuria.

(19)

Tabla N° 13
Factor de Injuria para el cálculo del requerimiento energético

FACTOR DE ACTIVIDAD	FACTOR DE INJURIA	
Reposo Absoluto: 1.2 Reposo Relativo : 1.3	Cirugía:	Menor: 1.1 Mayor: 1.2
	Trauma:	Esquelético: 1.35 De cráneo: 1.6 Pérdida de conciencia: 1.35
	Infección:	Leve: 1.2 Moderada: 1.4 Severa: 1.5
	Quemaduras:	40% de la Sup. Corp.: 1.5 100% de la Sup. Corp.:1.95

(19)

REQUERIMIENTO DE PROTEÍNAS:

Las necesidades proteínicas de un individuo se definen como la dosis más baja de proteínas ingeridas en la dieta que compensa las pérdidas orgánicas de nitrógeno en personas que mantienen el balance de energía a niveles moderados de actividad física. En los niños y en las mujeres embarazadas o lactantes, se considera que las necesidades de proteínas comprenden aquellas necesidades asociadas con la formación de tejidos o la secreción de leche a un ritmo compatible con la buena salud. (17)

Para personas sanas:

Método Práctico según el Comité de Expertos FAO/OMS/UNU de 1985:

Adultos : **0.75 – 1**gr. Prot./kg. Peso/día

Niños y niñas : **1.5 – 2**gr. Prot./kg. Peso/día

(20)

Tabla Nº 14
Dosis Recomendada de Ingestión de Proteínas: Adultos

EDAD	MUJERES		VARONES	
	Peso (Kg)	g/día	Peso (Kg)	g/día
	40.0	30.0	50.0	37.5
	45.0	34.0	55.0	41.0
	50.0	37.5	60.0	45.0
< 18 años	55.0	41.0	65.0	49.0
	60.0	45.0	70.0	52.0
	65.0	49.0	75.0	56.0
> 18 años	70.0	52.5	80.0	60.0
	75.0	56.0	85.0	64.0

(20)

La valoración Nutricional se registra en el Formato correspondiente (anexo N° 01)

7.5 Educación alimentaria nutricional a pacientes y familiares

De acuerdo a la patología y momento evolutivo de la enfermedad se brinda asesoría nutricional tanto al paciente y como a los familiares para que haya una mejor aceptación de la alimentación que implica cambios en cuanto a consistencia, frecuencia y/o cantidad de nutrientes Con esto se logra mayor adherencia al tratamiento nutricional.

Cuando el paciente es dado de alta, es visitado por el Nutricionista en su ambiente de hospitalización donde nuevamente se brinda educación alimentaria respecto al tipo de alimentación que debe continuar en casa y se proporciona el material impreso con indicaciones, dichas indicaciones también son para los familiares con la finalidad que colaboren con el tratamiento nutricional domiciliario. (15)

VIII. RESULTADOS

Cuadro N° 01
Estado Nutricional de Pacientes por Servicios en el Hospital Sub Regional – Andahuaylas, Primer trimestre 2018

Servicio	Pacientes evaluados N°	Diagnóstico Nutricional	N°		%
Medicina	95	Bien nutrido	45		47.4
		Moderadamente desnutrido	49		51.6
		Severamente desnutrido	01		1.0
Cirugía	120	Bien nutrido	55		45.8
		Moderadamente desnutrido	53		44.2
		Severamente desnutrido	12		10.0
UCI	28	Bien nutrido	12		42.8
		Moderadamente desnutrido	10		35.8
		Severamente desnutrido	06		21.4

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 02
Atención de raciones alimenticias en hospitalización Hospital Sub Regional Andahuaylas 2018

	Desayuno	Almuerzo	Cena	Total
ENERO	440	450	450	1340
FEBRERO	401	410	410	1221
MARZO	425	435	424	1284
ABRIL	396	410	382	1188
MAYO	432	440	424	1296
JUNIO	460	471	470	1401
JULIO	448	455	450	1353
AGOSTO	460	470	450	1380
SETIEMBRE	463	475	451	1389
OCTUBRE	423	435	411	1269
NOVIEMBRE	424	440	408	1272
DICIEMBRE	410	425	395	1230
TOTAL	5182	5316	5125	15623

Fuente: Elaboración propia en base a información del Servicio de Nutrición

Cuadro N° 03
Formulas enterales poliméricas preparadas por mes

	N°
ENERO	81
FEBRERO	85
MARZO	95
ABRIL	71
MAYO	96
JUNIO	90
JULIO	127
AGOSTO	74
SETIEMBRE	98
OCTUBRE	104
NOVIEMBRE	107
DICIEMBRE	72
TOTAL	1100

Fuente: Elaboración propia en base a información del Servicio de Nutrición

Cuadro N° 04
Interconsultas atendidas por mes

	N°
ENERO	8
FEBRERO	12
MARZO	10
ABRIL	6
MAYO	10
JUNIO	12
JULIO	6
AGOSTO	6
SETIEMBRE	11
OCTUBRE	10
NOVIEMBRE	9
DICIEMBRE	8
TOTAL	108

Fuente: Elaboración propia en base a información del Servicio de Nutrición

Comentarios

Las labores y/o actividades del Nutricionista asistencial son implícitas con la participación en el equipo de salud encargado del tratamiento y recuperación del paciente hospitalizado.

En el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, y como en todos los Hospitales, los Servicios o Departamentos de Nutrición y Dietética pertenecen a los Departamentos de Apoyo al Tratamiento, porque la primera indicación terapéutica es la dieta (Dietoterapia), de allí la imprescindible participación del profesional en Nutrición.

La primera actividad del Nutricionista es la identificación del riesgo nutricional, en este caso utilizamos la herramienta de cribado nutricional NRS 2002 (Nutritional Risck Screening). Cuando identificamos el riesgo, lo valoramos y de acuerdo al resultado se procede con la tercera etapa que es la Valoración Global Subjetiva. En la Tabla N°01 se presenta los resultados de la valoración nutricional global subjetiva (VGS) realizada a los pacientes durante el primer trimestre del año 2018; podemos observar en el servicio de Medicina que el 51.6 % presenta desnutrición moderada y el 1 % desnutrición severa.

En el servicio de Cirugía, la cantidad de pacientes con desnutrición severa es del 10 % de los evaluados en ese servicio, los mismos que tuvieron patología de foco abdominal conducentes a periodos de ayuno terapéutico o indicación de NVO (nada vía oral) por varios días que ocasionaron la disminución de masa muscular y masa grasa con la consiguiente pérdida de peso.

En la Unidad de cuidados intensivos la situación es más crítica, el 21.4 % de los pacientes tiene desnutrición severa, por la misma situación de paciente crítico. Un paciente crítico es un paciente altamente hipercatabólico, La desnutrición implica el agotamiento de los sustratos nutricionales por causa de alteraciones metabólicas a predominio de catabolismo de tejido muscular y tejido adiposo como de micronutrientes con capacidad antioxidante preferentemente. (21). (22) Los pacientes desnutridos, hospitalizados pueden presentar cambios clínicos entre 2 y 20 veces más que los pacientes nutridos. La incidencia de complicaciones es 9% en pacientes con desnutrición moderada, mientras que en pacientes con desnutrición severa ésta alcanza el 42%. (7) (23)

La desnutrición hospitalaria está presente en muchos pacientes, alcanzando a casi el 50 % de ellos aún en los hospitales de países llamados desarrollados; ésta muchas veces es anterior a la hospitalización y en otros casos es generada por la falta de alimentación o ayuno terapéutico a que se somete al paciente cuando no se aplican los conocimientos de otras cuando no se aplican los conocimientos de otras terapias nutricionales muy eficaces pero de alto costo económico (24)

Las raciones alimenticias son supervisadas por el Nutricionista Asistencial, se encarga de ver la tolerancia y aceptabilidad para poder monitorizar y plantear cambios como por ejemplo textura.

Una forma de terapia nutricional especial, es la que realizamos a los pacientes que requieren soporte nutricional enteral, en algunos casos, cuando hay disponibilidad se preparan las fórmulas comerciales (especialmente en UCI), pero cuando no se dispone de estos insumos, se diseña una formulación de alimentación enteral hospitalaria que se prepara en el sector de Soporte Nutricional, la fórmula es diseñada para cubrir las demandas nutricionales y de acuerdo al momento de la enfermedad, capacidad gástrica y estado metabólico del paciente.

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Conclusiones:

1. El Profesional Nutricionista participa activamente en el tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados.
2. Para la obtención de datos y efectivizar la evaluación nutricional del paciente hospitalizado se emplean métodos directos e indirectos.
3. La educación alimentaria a los pacientes y familiares se realiza durante la hospitalización y al momento del alta hospitalaria.

9.2 Recomendaciones

1. A los Directivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas se recomienda concretizar el incremento del número de profesionales Nutricionistas para cubrir todos los Servicios de Hospitalización en los diferentes turnos horarios.

2. Implementación con equipos e instrumentos para la valoración nutricional del paciente hospitalizado.

3. Creación de la Unidad de Soporte Metabólico Nutricional, para la atención con terapia nutricional especializada al paciente crítico.

4. Repotenciación del área de Soporte Nutricional Enteral del Hospital.

5. Dar facilidades para la capacitación permanente de los profesionales en aspectos de nutrición clínica.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Colegio de Nutricionistas del Perú. Estatuto del Colegio de Nutricionistas del Perú 2018 [Internet]. Lima, Perú; 2018. Available from: https://cnp.org.pe/wp-content/uploads/2018/10/estatuto-2018-en-el-peruanopdf.pdf
2. Ministerio de Salud. Hospital Sub Regional de Andahuaylas - Plan Estratégico Institucional 2013 - 2016. 2013.
3. MINSA. MOF del Servcio de Nutrición y Dietética del Hospital Sub Regional de Andahuaylas. 2017.
4. Informática U de E e. Informe Semestral de los Indicadores Hospitalarios del Año 2018 [Internet]. Hospital Sub Regional de Andahuaylas. 2018. Available from: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/ind_hospitalarios.html
5. Dirección Regional de Salud Apurímac. Plan Operativo Institucional 2009. In: I. APURIMAC - ABANCAY; 2009.
6. Instituto Nacional de Salud. Indicadores Nutricionales Niños 2017 Ene-Dic. Lima, Perú; 2018.
7. FELANPE FLA de NE y P. Evaluación del estado nutricional en paciente hospitalizado [Internet]. Felanpe. 2008. p. 1–57. Available from: http://www.aanep.com/docs/Consenso-Final-Evaluacion-Nutricional.pdf
8. Mauricio Alza S. Manual de prácticas Soporte Nutricional: Enteral y Parenteral. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014.
9. Núñez Postigo R. Valoración Nutricional del Paciente Hospitalizado: Guía de trabajo Universitario. 2017.
10. Aguilar L, Cotreras M, Del-Canto J, Vilchez W. Guia técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. 2013. 50 p.
11. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2018 Sep 12];51(1):52–7. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X15001341
12. Restrepo, Juana; Rebollo I. Antropometría: Altura talón rodilla. 2012; Available from: http://www.sancyd.es/luis/tablas/99032.pdf
13. Aguilar L, Contreras M, Del-Canto J VW. Guia tecnica para la valoracion nutricional de la persona adulta. 2013.

14. Gibson RS. Principles of nutritional assessment [Internet]. Oxford University Press; 2005 [cited 2019 Sep 15]. 908 p. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=lBlu7UKI3aQC&pg=PA397&lpg=PA397&dq=Gibson+R.+Chapter+26:+Clinical+assessment.+In:+Principles+of+Nutritional+Assessment.+Second+Edition.+Oxford+University+Press.+New+York.+2005.&source=bl&ots=RWRBUN4tqA&sig=ACfU3U3rh7vQ2BHT37ebG2b6FZhnDmtCDw&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjn5MXao9TkAhULRa0KHWmEDiYQ6AEwBHoECAkQAQ#v=onepage&q=Gibson R. Chapter 26%3A Clinical assessment. In%3A Principles of Nutritional Assessment. Second Edition. Oxford University Press. New York. 2005.&f=false
15. Tamata N. Analisis de las actividades del Nutricionista del Hospital Guillermo Díaz de La Vega - Abancay 2018 [Internet]. Universidad San Agustin de Arequipa. 2018. Available from: http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6925/EDMcccacm.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. Mahan LK, Escott-stump S. Dietoterapia de Krause. 14th ed. Mediterráneo, editor. Elsevier Saunders. 2011. 2392 p.
17. De Luis A. Bellido P GP. Dietoterapia Nutrición Clínica y Metabolismo. Segunda. Santos ED de, editor. Madrid, España; 2012.
18. Olivares Sonia et al. Nutrición-Prevention De Riesgos Y Tratamiento Dietetico. 1989;
19. Longo, Elsa; Navarro E. Dietoterapia de LONGO.pdf. Buenos Aires; 2012.
20. Mesejo Arizmendi A, Martinez Valls JF, Martinez Costa C. Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética. 2da edició. Vol. 18, Nutrition. valencia: Hospital Clínico Universitario de Valencia; 2002. 313–315 p.
21. Veramendi-Espinoza LE, Zafra-Tanaka JH, Salazar-Saavedra O, Basilio-Flores JE, Millones-Sánchez E, Pérez-Casquino GA, et al. Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general; Perú, 2012. Nutr Hosp. 2013;28(4):1236–43.
22. Montejo, Juan; Catalán M. Nuevos sistemas de implementación del soporte nutricional en pacientes de UCI. Nutr Hosp Supl [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 2];6(1):60-67. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/3092/309228933007.pdf

23. Valencia E. “ Guías de Evaluación del Paciente Críticamente Enfermo en 17 Sistemas Funcionales de las UCIs en Colombia. 2016 Feb;
24. Savino P, Patricia. Desnutrición hospitalaria: grupos de soporte metabólico y nutricional Primera parte. ARTÍCULO REVISIÓN Rev Colomb Cir [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 15];2727:46–54. Available from: https://www.mendeley.com/research-papers/desnutrición-hospitalaria-grupos-soporte-metabólico-y-nutricional-primera-parte/

A N E X O S

VALORACION NUTRICIONAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Nombre del Paciente: ……..…….. Servicio: ……. Nº Cama …….

Etapa Inicial

TAMIZAJE DE RIESGO NUTRICIONAL (NRS 2002)

	SI	**NO**
I.M.C < 20.5		
¿El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
¿El paciente ha reducido su ingesta en la dieta en la última semana?		
¿Es un paciente grave?		

Uno o más SI*: CONTINUAR CON SIGUIENTE ETAPA*

Segunda Etapa:

VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL

A + B + C = Riesgo Nutricional; en donde:
A = Daño estado Nutricional
B = Severidad de la Enfermedad
C = Edad

Marcar lo que corresponda (x)

(A) ESTADO NUTRICIONAL		**(B) SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD**	
Normal 0 puntos	Estado Nutricional Normal	**Normal** 0 puntos	Requerimientos nutricionales normales.
Leve 1 punto	Pérdida de peso mayor al 5% en 3 meses, ó una ingesta energética del 50 – 75% en la última semana.	**Leve** 1 punto	Pacientes con fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas, pacientes en hemodiálisis, pacientes oncológicos, diabéticos, etc. Deambulan.
Moderado 2 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 2 meses, ó IMC entre 18.5-20.5, más deterioro del estado general, ó una ingesta energética del 25 – 60% en la última semana.	**Moderado** 2 puntos	Cirugía mayor abdominal, pacientes con Neumonía severa, Neoplasias Hematológicas. En cama.
Severo 3 puntos	Pérdida de peso mayor al 5% en 1 mes (más del 15% en 3 meses), ó IMC menor de 18.5, más deterioro del estado general, ò una ingesta energética del 0 – 25% en la última semana.	**Severo** 3 puntos	Pacientes con trauma de cabeza, pacientes críticos en UCI, pacientes trasplantados, etc.
Score Estado Nutricional + Score Severidad Enfermedad = Score Total			
(C) EDAD: Si el paciente es mayor de 70 años, debe agregarse 1 punto al score total.			
SCORE: Mayor o igual a 3: Paciente se encuentra **en riesgo nutricional**, por lo que la terapia nutricional debe de ser iniciada lo antes posible. **Continuar con Tercera etapa: VGS** **SCORE: Menor de 3:** Paciente debe de ser evaluado semanalmente. Si se sabe que el paciente será sometido a una situación de riesgo, la terapia nutricional de tipo preventiva debe de ser considerada para evitar que el paciente entre en riesgo nutricional.			

Conclusión:	Firma y sello Nutricionista

Instrucciones

EVALUACION NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA. (VGS)

- Estado Nutricional	***Bien Nutrido***	***Moderadamente Desnutrido o con Riesgo de Desnutrición***	***Gravemente Desnutrido***
Categoría	**(A)**	**(B)**	**(C)**
1.- **Cambio de peso**			
Parámetros	Pérdida de peso no significativa, **< de 5 % ó >10 %** en los últimos seis meses pero CON GANANCIA DE PESO DURANTE EL ULTIMO MES	Pérdida de peso potencialmente significativa **5-10 %,** disminución rápida de peso. **Mayor de 10 % PERO** CON RECUPERACIÓN EVIDENTE	Pérdida de peso significativa **mayor de 10 %,** disminución grande, rápida y continua en el mes anterior y **SIN** SIGNOS DE RECUPERACIÓN
2.- **Cambio Ingesta Dietética**			
Parámetros	Alimentación por **boca. Mejora** de la Ingesta	Reducción moderada de la ingesta, **SIN** mejoría aparente. Consumo de dieta líquida exclusivamente.	**Reducción severa** de la ingesta. **Ayuno** o ingesta de líquidos hipocalóricos.
3.- **Síntomas Gastrointestinales**			
Parámetros	**Sin** síntomas a corto plazo (menos de 2 semanas)	Síntomas persistentes, pero **MODERADOS** en su gravedad	Síntomas persistentes y **GRAVES**
4.- **Capacidad Funcional**			
Parámetros	**Sin limitaciones**. Mejora en las actividades funcionales	Actividades **restringidas** debido a fatiga y debilidad	Deterioro grande de las actividades físicas. **EN CAMA**
5.- **Enfermedad y su relación con las necesidades nutricionales**			
Parámetros	**Sin** pérdida de grasa subcutánea y masa muscular	Signo de pérdida en algunas regiones, pero NO en todas	Pérdida GRANDE de grasa y masa muscular en la región de brazos y piernas

$$\textbf{\% Cambio de peso} = \frac{\text{Peso Usual} - \text{Peso Actual}}{\text{Peso Usual}} \times 100$$

Severidad de la pérdida de peso en relación al tiempo

Tiempo	Pérdida **SIGNIFICATIVA** de Peso (%)	Pérdida **SEVERA** de Peso (%)
Primera Semana	1 – 2	> 2
1 mes	5	> 5
3 meses	7 – 5	> 7,5
6 meses	10	> 10

Tercera Etapa:

EVALUACION NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA (VGS)

NOMBRES Y APELLIDOS: ……

SEXO: M F **EDAD:** …… **FECHA:** ……. / ……. / ……

SERVICIO: ……**CAMA Nº:** ……. **Nº HISTORIA CLINICA** …….

==========

A. HISTORIA.

1. **Cambio de peso:**
   Peso perdido en los últimos 6 meses:
   Cantidad: …… kg. % pérdida de peso: ……
   Cambio en las 2 últimas semanas:
   …… aumento. …… sin cambio. …… disminución.

2. **Cambio ingesta dietética:** En relación a lo normal:
   Sin cambio: …… Cambio: …… (Duración: …….semanas)
   Tipo: Dieta sólida ……
   Dieta Líquida ……
   Ayuno ……
3. **Síntomas gastrointestinales.** (si persiste por más de 2 semanas)
   nauseas …… vómitos …… diarrea …… anorexia ……

4. **Capacidad funcional:**
   Sin disfunción: …… Disfunción: …… (Duración: ……. semanas)
   Tipo: Trabajo sub óptimo ……
   Ambulatorio ……
   En cama ……
5. **Enfermedad y su relación con requerimientos nutricionales.**
   Diagnostico primario: ……..……..
   Demanda metabólica (stress):
   No …… bajo stress ……. moderado stress ……. alto stress …….

B. EXAMEN FISICO. Especificar cada uno:

0 = Normal + = bajo ++ = moderado +++ = severo

…… Perdida de grasa subcutánea. (Tríceps, tórax)
…… Perdida muscular. (Cuádriceps, deltoides)
…… Edema pre tibial.
…… Edema sacral.
…… Ascitis.

C. <u>ESCALA DE CALIFICACION:</u>

…… **A** = Bien nutrido.
…… **B** = Moderadamente Desnutrido
…… **C** = **Severamente Desnutrido (INICIAR INMEDIATAMENTE SOPORTE NUTRICIONAL)**

ANEXO N° 02

Determinación del peso y talla por métodos indirectos

Nombre de paciente: . . . . . Edad: . . . . . .

Servicio: …….. N° Cama: …… Fecha: ……..

Nombre del evaluador: . . . . . .

	1ra medida	2da medida	3ra medida	Promedio
Altura rodilla				

Altura hombres: 64,19 – (0.04 x edad) + (2.02 x altura de rodilla)

Altura: mujeres: 84.88 – (0.24 x edad) + (1.83 x altura rodilla)

Circunferencia del Carpo: ……..

Estructura = Talla en centímetros / circunferencia del carpo en centímetros.

Valores de referencia para Estructura Ósea (contextura)

Hombre	Mujer
R= Mayor de 10.4: pequeña	R= Mayor de 11.0 Pequeña
R= 9. 6 a 10.4: mediana	R= 10.1 a 11.0 Mediana
R= menor de 9.6: grande	R= Menor de 10.0 Grande

Formula rápida para determinar el peso ideal según estructura:

Estructura pequeña = Talla $(mts)^2$ x 20

Estructura mediana = Talla $(mts)^2$ x 22.5

Estructura grande = Talla $(mts)^2$ x 25

Extensión de media brazada: ……

Peso: ……kg Talla: …….. m IMC: …….. kg/m^2

HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
FICHA DE SOPORTE NUTRICIONAL

FECHA:……./……/2019

NOMBRE:……

EDAD: …… **SEXO**: …… **CAMA**: …… **SERVICIO**: ……

DX MEDICO:……

DX NUTRICIONAL: ……..

VALORACIÓN OBJETIVA:

PESO:…… **TALLA**:…….. **CB**:…….. **PCT**:…… **PCSE**:……
LP:…….. **CP**:……

COMPOSICIÓN NUTRIMENTAL DE LA FORMULA POLIMÉRICA

ENERGÍA:	CHOS:	PROTEÍNAS:	GRASAS:

CÁLCULOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA FORMULA POLIMÉRICA NUTRICIONAL

AGUA CORPORAL TOTAL:	
CAPACIDAD GÁSTRICA DEL PACIENTE (CG):	
NUMERO DE BOLOS:	
NÚMERO DE HORAS POR BOLO:	
VOLUMEN DE CADA BOLO:	
DENSIDAD CALÓRICA DE LA FÓRMULA:	
RELACIÓN DE PROTEÍNAS-ENERGÍA:	
RELACIÓN ENERGÍA-NITRÓGENO DE LA FÓRMULA:	

PREPARACIÓN DE LA FORMULA POLIMÉRICA

ALIMENTOS A UTILIZAR	CANTIDAD EN GRAMOS, CUCHARADAS, MILILITROS, ETC