

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**RIESGO DE DESNUTRICIÓN
INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA REGIONAL LA
PAZ DE LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA
PRIVADA GESTIÓN 2022.**

POSTULANTE: Lic. Maricruz Eleonora Villanueva Castro

TUTOR: Lic. Esp. Carla Olmos Aliaga

**Trabajo de Grado Presentado para Optar al Título de
Especialista en Alimentación y Nutrición Clínica**

**La Paz – Bolivia
2023**

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado a mi hijo amado Sean Jhon Troche por ser el motor de mi vida, por su apoyo incondicional para poder lograr las metas que me propuse en mi vida profesional; y a mi madre por ser un ejemplo de lucha en todo momento.

Maricruz Villanueva Castro

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, por cuidarme y guiar mis pasos siempre en procura de hacer el bien, por darme la capacidad de realizar esta Tesis, y por darme salud y amigos.

Al Plantel de Docentes de la Universidad Mayor de San Andrés, sobre todo a la Lic. Carla Olmos por su aporte en conocimientos y experiencia.

A mis amigas y colegas que son mi familia elegida y que han estado y sé que estarán en los todos los momentos de mi vida.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: Establecer la desnutrición intrahospitalaria en pacientes hospitalizados en la Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada gestión 2022, mediante la aplicación de la Valoración Global Subjetiva (VGS) en las primeras 24 horas de internación.

Método e instrumentos: Estudio descriptivo, observacional, serie de casos, con un tipo de muestro no probabilístico por conveniencia, que siguiendo los criterios de internación establecidos fue aplicado a un total de 307 pacientes internados.

Resultados: El riesgo nutricional detectado según el instrumento aplicado y edad de los pacientes alcanzó a 4 de cada 10 niños y adolescentes (con más casos de niños menores de 5 años) y 7 de cada 10 adultos mayores (5 de ellos tendrían más de 75 años), mientras que en el caso de los pacientes adultos solo 4 de cada 100 pacientes se internarían con riesgo nutricional.

Según edad, la evaluación objetiva identificó que la malnutrición por déficit afectó a 2 de cada 10 niños menores de 5 años y 1 de cada 10 pacientes de 5 a 18 años, esto nos da una prevalencia del 15,5% en pacientes pediátricos.

Conclusiones: Un cuarto de los pacientes internados en la Clínica Regional de La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada en el período estudiado, fueron detectados con riesgo de desnutrición intrahospitalaria determinada mediante la valoración global subjetiva con herramientas recomendadas para los diferentes grupos etareos aplicada en las primeras 24 horas de internación.

PALABRAS CLAVE: Malnutrición por exceso, Malnutrición por déficit, Riesgo nutricional, Valoración Global Subjetiva, Valoración Global Objetiva, Desnutrición intrahospitalaria.

ABSTRACT

Objective: To establish the “in-hospital malnutrition” in patients hospitalized at the CSBP La Paz Regional Clinic in 2022, through the application of the Subjective Global Assessment (SGA) during the first 24 hours of hospitalization.

Method and instruments: A series of cases, descriptive and observational study, with a convenience non-probabilistic sampling, was applied to 307 hospitalized patients who matched the inclusion criteria, between the months of August to October of 2022.

Results: The SGA questionnaires’ applied detected nutritional risk in 4 of 10 children and adolescents (with more cases of children under 5 years of age); and 7 out of 10 older adults (5 of them would be over 75 years old). Inside the adult patients, this risk was found in only 4 out of 100 patients

The Objective Global Assessment (OGA), through Anthropometric method identified malnutrition due to deficit in 2 of 10 children under 5 years, and 1 of 10 patients aged 5 to 18 years, giving us a prevalence of undernutrition of 15.5% in pediatric patients.

Conclusions: A quarter of the hospitalized patients at the CSBP La Paz Regional Clinic during the studied period, were on risk of in-hospital malnutrition determined by Subjective Global Assessment applied in the first 24 hours of hospitalization.

KEY WORDS: Malnutrition due to excess, Undernutrition, Malnutrition due to deficit, Nutritional risk, Subjective Global Assessment, Objective Global Assessment, In-hospital malnutrition.

INDICE	PAG
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	8
3.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
IV. OBJETIVOS.....	10
4.1 OBJETIVO GENERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
V. MARCO TEORICO	11
5.1 MARCO CONCEPTUAL	11
5.1.1. DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA.....	11
5.1.2. CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA.....	12
5.1.3. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	13
5.1.4. MALNUTRICIÓN.....	14
5.1.5. DESNUTRICIÓN	14

5.1.6. CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN.....	15
5.1.7. CLASIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN	17
5.1.8. DESNUTRICIÓN SECUNDARIA.....	17
5.1.9. CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN.....	19
5.1.10. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS)	20
5.1.10.1. STRONG KIDS	22
5.1.10.2. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT.....	22
5.1.10.3. NRS-2002	23
5.1.10.4. VALORACIÓN GLOBAL OBJETIVA	24
5.1.10.5. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA.....	24
5.1.10.6. ESTADO NUTRICIONAL EN PEDIATRÍA.....	24
5.1.10.7. ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS.....	25
5.1.10.8. TÉCNICAS ANTROPOMÉTRICAS.....	26
5.1.10.9. CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD – CIE10	27
5.2 MARCO REFERENCIAL.....	28

5.2.1 RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN STRONGKIDS.....	28
5.2.2 RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS SEGÚN NRS 2002	29
5.2.3 RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN MNA-SF	32
5.2.4 VARIABLES	35
VI. DISEÑO METOLOGICO	39
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	39
6.2 AREA DE ESTUDIO	39
6.3 UNIVERSO Y MUESTRA	39
6.3.1 UNIVERSO	39
6.3.2 MUESTRA	40
6.3.3 TIPO DE MUESTREO	40
6.3.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE ANÁLISIS.....	41
6.3.5 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	41
6.3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	41
6.4 ASPECTOS ETICOS	41

6.5 METODOS E INSTRUMENTOS	42
6.5.1 MÉTODOS	42
6.5.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
6.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	44
VII. RESULTADOS.....	46
VIII. DISCUSIÓN	91
IX. CONCLUSIONES.....	96
X. RECOMENDACIONES	97
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	98
XII. ANEXOS	104

INDICE	PAG
GRAFICO N° 1 POBLACIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	46
GRAFICO N° 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO (DE 0 A 4 Y 5 A 18 AÑOS). INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	47
GRAFICO N° 3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO (DE 20 A 40 AÑOS Y DE 41 A 59 AÑOS DE EDAD). INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	48
GRAFICO N° 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO (DE 60 a 75 AÑOS Y > 75 AÑOS DE EDAD). INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	49
GRAFICO N° 5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	50
GRAFICO N° 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	51
GRAFICO N° 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO (ADULTOS) INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	52

GRAFICO N° 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO (ADULTOS MAYORES) INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	53
GRAFICO N° 9 MOTIVO DE INTERNACION EN PACIENTES EN LA CSBP. DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	54
GRAFICO N° 10 MOTIVO DE INTERNACION EN PACIENTES PEDIATRICOS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	55
GRAFICO N° 11 MOTIVO DE INTERNACION EN PACIENTES ADULTOS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	56
GRAFICO N° 12 MOTIVO DE INTERNACION EN ADULTOS MAYORES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	57
GRAFICO N° 13 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN VGS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	58
GRAFICO N° 14 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN HERRAMIENTA DE VGS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	59
GRAFICO N° 15 RIESGO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN STRONGkids, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	60

GRAFICO N° 16 RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS SEGÚN NRS 2002, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	61
GRAFICO N° 17 RIESGO NUTRICIONAL ADULTO MAYOR SEGÚN MNA-SF, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	62
GRAFICO N° 18 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO (TODOS LOS GRUPOS), DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	63
GRAFICO N° 19 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (INDICE P/T), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	64
GRAFICO N° 20 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO NIÑOS Y ADOLESCENTES (5 A 18 AÑOS EDAD (IMC/E), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	65
GRAFICO N° 21 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN ADULTOS (20 A 40 AÑOS Y 41 A 59 AÑOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	66
GRAFICO N° 22 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN ADULTOS MAYORES (60 -75 AÑOS Y > 75 AÑOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	67

GRAFICO N° 23 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN EDAD (GRUPO NIÑOS Y ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	68
GRAFICO N° 24 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN EDAD (ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	69
GRAFICO N° 25 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN EDAD (ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	70
GRAFICO N° 26 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN SEXO (GRUPO NIÑOS Y ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	71
GRAFICO N° 27 RIESGO DE DESNUTRICION SEGUN SEXO (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	72
GRAFICO N° 28 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN SEXO (GRUPO ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	73
GRAFICO N° 29 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN PATOLOGÍA (GRUPO NIÑOS ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	74
GRAFICO N° 30 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN PATOLOGÍA (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	75

GRAFICO N° 31 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN PATOLOGIA (ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	76
GRAFICO N° 32 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	77
GRAFICO N° 33 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	78
GRAFICO N° 34 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	79
GRAFICO N° 35 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD (GRUPO NIÑOS Y ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	80
GRAFICO N° 36 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	81
GRAFICO N° 37 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD (GRUPO ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	82
GRAFICO N° 38 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS Y 11 MESES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	83

GRAFICO N° 39 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO NIÑOS DE 5 A 18 AÑOS Y 11 MESES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	84
GRAFICO N° 40 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	85
GRAFICO N° 41 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	86
GRAFICO N° 42 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	87
GRAFICO N° 43 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA DE 5 A 18 AÑOS Y 11 MESES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022.....	88
GRAFICO N° 44 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA EN ADULTOS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	89
GRAFICO N° 45 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA EN ADULTO MAYORES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022	90

INDICE DE CUADROS	PAG
CUADRO N° 1 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA	12
CUADRO N° 2 GRADO DE DESNUTRICIÓN.....	17
CUADRO N° 3 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN	20
CUADRO N° 4 CLASIFICACIÓN IMC EDAD ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS.....	26
CUADRO N° 5 NUMERO DE PACIENTES INTERNADOS EN LA CSBP GESTIÓN 2022	40

INDICE DE ANEXOS

PAG

ANEXO 1 CARTA DE ACEPTACION POR LA CSBP PARA REALIZAR EL ESTUDIO	104
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES	105
ANEXO 3 CRONOGRAMA	106
ANEXO 4 FINANCIEROS	107
ANEXO 5 STRONGKIDS: NUTRITIONAL RISK SCREENING TOOL FOR CHILDREN AGED MONTH – 18 YEARS ON ADMISSION TO THE HOSPITAL.....	108
ANEXO 6 NRS 2002 (NUTRITIONAL RISK SCREENING 2002)	109
ANEXO 7 MINI NUTRITIONAL ASSESTMENT (MNA-SF)	110
ANEXO 8 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (NIÑOS DE CERO A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD).....	111
ANEXO 9 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 5 A 18 AÑOS DE EDAD)	112
ANEXO 10 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (ADULTOS DE 19 A 60 AÑOS DE EDAD).....	114
ANEXO 11 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD)	120

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CB: Circunferencia punto medio del brazo.

CSBP: Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca

CMB: Circunferencia muscular del brazo.

ESPEN: European Society of Parenteral and Enteral Nutrition

ELAN: Estudio Latinoamericano de Nutrición

EGS: Evaluación Global Subjetiva

IMC: Índice de Masa Corporal.

MNA-SF: Mini Nutritional Assessment.

MUST: Malnutrition Universal Screening Test.

NRS-2002: Nutritional Risk Screening 2002.

PCT: Pliegue cutáneo tricípital

SENPE: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral.

SUS: Sistema Único de Salud

SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna

SGA: Subjective Global Assessment.

VGS: Valoración Global Subjetiva.

I. INTRODUCCIÓN

El año 1981, Caldwell et al, plantearon que la definición del término desnutrición que se aplica al paciente hospitalizado se entienda como: un estado de morbilidad secundario a una deficiencia relativa o absoluta, de uno o más nutrientes, que se exterioriza clínicamente o es detectado por medio de exámenes bioquímicos, antropométricos, topográficos y fisiológicos; posteriormente complementó su definición indicando que la desnutrición es un estado de deficiencia, o desequilibrio de energía, proteína y otros nutrientes causan efectos adversos en el organismo (talla, forma, composición) con consecuencias clínicas y funcionales (1)

Bolivia en el marco de las políticas públicas en salud, aún no ha podido publicar guías basadas en evidencia sobre la evaluación y tratamiento de la desnutrición en el paciente hospitalizado. La detección oportuna mediante cribado, la clasificación del riesgo nutricional y su posterior atención requieren de la utilización de herramientas y procedimientos validados de alta eficiencia que de implementarse podrían tener un gran impacto en la salud y economía de los servicios de salud (2).

La desnutrición intra hospitalaria se produce, entre otras causas, por la misma enfermedad del paciente y por un consumo inadecuado de nutrientes, se puede decir también que la edad avanzada de los pacientes se ha identificado como factor de riesgo asociado a la desnutrición; sin embargo, se han identificado estudios que dejan ver que la desnutrición hospitalaria se asocia a un incremento de la duración de la hospitalización debido a un retraso en la recuperación del paciente (3).

Para poder reducir los costos asociados a la desnutrición hospitalaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes durante su estancia hospitalaria e incrementar la valoración de la eficiencia y el funcionamiento del hospital, resulta importante

identificar a aquellos pacientes que están desnutridos o en riesgo de desnutrición en las primeras 48 horas e instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado, en este contexto el presente trabajo de investigación centra su atención en la desnutrición intrahospitalaria en pacientes hospitalizados en la Clínica Regional de La Paz de la Caja de Salud de Banca Privada gestión 2022.

Para el efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, serie de casos, aplicando un muestreo no probabilístico por conveniencia, respecto a los criterios de inclusión se aplicó a “Todo paciente internado en las primeras 24 horas en el transcurso de la gestión 2022 para el empleo de la Valoración Global Subjetiva (VGS)”.

II. JUSTIFICACIÓN

El enfermo hospitalizado sufre cambios en el metabolismo asociados a la propia enfermedad y al tratamiento que la misma demanda, esta situación puede implicar reducción en la ingesta de alimentos, desequilibrio metabólico (4). Es importante tomar en cuenta factores que marcan las pautas principales para la definición de las políticas hospitalarias inherentes a la disminución de los riesgos de desnutrición intrahospitalaria, mismas que están relacionadas con la transición demográfica a la que se enfrenta el mundo y que requiere ser analizada desde diferentes enfoques, uno de ellos debe ser la previsión de las consecuencias que acarreará pasar de tener un número significativo de menores de edad en quienes se concentran la mayoría de los programas sociales, educativos y de salud, a tener una población adulta que, de igual forma, requiere de asistencia especial, sobre todo desde el sector salud, ya que constituye un reto atender las demandas de servicios de alta complejidad, que generalmente requieren los adultos como consecuencia de enfermedades crónicas que, en su mayoría, pudieron prevenirse. Así lo ratifican Limón y Ortega cuando dicen que cada día es más elevado el número de adultos mayores y, por ende, también son mayores los problemas sociales, sanitarios, económicos, psicológicos y educativos que tal fenómeno suscita para las sociedades en conjunto (5).

La desnutrición es un problema altamente prevalente en el ambiente hospitalario, correlacionado directamente con mayor riesgo de complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria más largo, además que son los profesionales de salud involucrados en los cuidados de los enfermos los responsables por enfrentar y combatir tal condición.

Identificar la desnutrición en el ambiente hospitalario resulta fundamental para evitar o minimizar los problemas que pueden sufrir los pacientes. De hecho, si no se detecta de forma precoz puede empeorar el curso del paciente, ya que puede aumentar el riesgo de infecciones; además de agravar la cicatrización de las

heridas, contribuir a la pérdida de masa muscular del paciente o aumentar el riesgo de dependencia tras el ingreso, sufrir todas estas complicaciones a causa de la desnutrición durante la estancia hospitalaria puede aumentar en el tiempo de la hospitalización, lo cual implica que los costes derivados de la estancia alcancen costos elevados (en términos monetarios) por paciente; empeorando, además, la calidad de vida del paciente tras abandonar el hospital. “La detección temprana de la desnutrición supone evitarle al paciente los problemas mencionados tanto durante la hospitalización como en el alta. Pero no solo afecta al paciente ingresado, también a los pacientes crónicos quienes conviven con varias patologías, en los que un seguimiento en longitudinalidad y en continuidad sobre el estado nutricional puede mejorar su pronóstico, evitar ingresos y, en definitiva su calidad de vida, asegura la Doctora Juana Carretero en su calidad de Vicepresidenta segunda de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), además, si el riesgo de desnutrición no es detectado de forma precoz puede aumentar el riesgo de infecciones y empeorar la calidad de vida del paciente; aunque afecta a todos los grupos de edad, los colectivos de mayor riesgo son los ancianos, pacientes crónicos, oncológicos y los ingresados en hospitales; uno de cada dos pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna que presenta multimorbilidad está en riesgo de desnutrición (6).

En la mayor parte de países de Latinoamérica, no existen guías basadas en evidencia sobre la valoración y tratamiento de la desnutrición en el paciente hospitalizado. La detección oportuna mediante cribado, la clasificación del riesgo nutricional y su posterior atención requieren de la utilización de herramientas y procedimientos validados de muy bajo costo y alta eficiencia que de implementarse podrían tener un gran impacto en la salud y economía de los servicios de salud. Las “Guías de Práctica Clínica” tiene como finalidad establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas, deben estar a disposición del personal de salud de segundo y tercer nivel para la atención según las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible

con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: Conocer los diferentes métodos de tamizaje existentes para desnutrición intrahospitalaria; Identificar las ventajas del diagnóstico oportuno de la desnutrición intrahospitalaria; Identificar las ventajas económicas de la prevención de la desnutrición intrahospitalaria, además estas guías contendrán las políticas institucionales que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas en los servicios de salud. (7).

Con la finalidad de profundizar el tema de estudio, se ha revisado publicaciones sobre estudios similares – casos de otros países entre los que podemos citar al “Documento de Consenso de Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico” aprobado el año 2012, que publica en la parte introductoria que el año 2003 FELANPE realizó el Estudio Latinoamericano de Nutrición - ELAN(8) en 13 países de Latinoamérica para determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes adultos hospitalizados, utilizando como método de diagnóstico la Evaluación Nutricional Global Subjetiva, señala que se estudiaron 9348 pacientes y la desnutrición estuvo presente en el 50.2 % de los mismos. El tipo de desnutrición en el 39 % de los casos era moderada y en 11.2 % grave. Llegando a concluir que la desnutrición hospitalaria en Latinoamérica se presenta como un grave problema y son pocos los países de la región que cuentan con una política gubernamental que normalice la práctica de la terapia nutricional. A más de una década de la emisión de este documento, sin embargo, en Bolivia a pesar de ser un país parte del FELANPE no cursa o no se ha encontrado publicado algún documento guía sobre prevalencia en desnutrición que sea de aplicación nacional como parte de las políticas públicas en salud (8).

Es importante señalar que la “Declaración de Cartagena” es un documento de carácter internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición, aprobada el 3 de mayo de 2019 en el marco del 33 Congreso Colombiano de Metabolismo y Nutrición Clínica, IV Congreso Regional Andino-

Región Centro de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) 2019, algunos de sus objetivos más relevantes son: “Promover el respeto de la dignidad humana y proteger el derecho a la alimentación en el ámbito clínico, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, y la bioética” y “Proporcionar marco de referencia cuyos principios constituyen el fundamento para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico que permita que todas las personas enfermas reciban terapia nutricional en condiciones de dignidad (8) ídem.

La Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada, mediante la publicación de su “Memoria Institucional Gestión 2021” en su página web oficial ha dado a conocer el cumplimiento de sus objetivos previstos en su “Plan Estratégico 2021 – 2025” de este documento remarcamos la misión y visión que orientan a la Caja de Salud de la Banca Privada hacia un posicionamiento de “*excelencia en la prestación de servicios integrales de salud*”. La excelencia en el área de salud está dada por la satisfacción de sus asegurados con todos los servicios, sobre todo en las áreas de prevención, curación y rehabilitación de la salud, por esa razón hacen mención a los servicios integrales de salud (9).

En este contexto, se plantea mediante el presente caso de estudio, establecer la frecuencia de riesgo de desnutrición intrahospitalaria en la Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada gestión 2022, con la finalidad de aportar al establecimiento de buenas prácticas en prevención y tratamiento de desnutrición intrahospitalaria, que entre otros aspectos puedan ser incorporadas como parte de los programas orientados a fortalecer la calidad de los servicios de salud brindados por la indicada entidad hospitalaria para incrementar la satisfacción de los asegurados.

En lo concerniente a la “Gestión en Salud”, se llegó a conocer que la Caja de Salud de la Banca Privada dentro de las múltiples acciones que viene desarrollando en relación a la medicina preventiva, sin embargo, no se han podido identificar políticas relacionadas al diagnóstico, prevención y tratamiento de la desnutrición intrahospitalaria que tendrían que ser acciones de tipo transversal a cada uno de los programas.

Consiguientemente el fortalecimiento institucional del sector hospitalario en general y particularmente de la Caja de Salud de la Banca Privada estará sujeto a la disposición de políticas acordes a las exigencias tanto de los cambios sociodemográfico y las políticas nacionales concernientes rubro de la salud.

La presente investigación también estuvo orientada a impulsar a la Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada como pionera en la gestión de manejo de la prevalencia de desnutrición intrahospitalaria y que servirá para mejorar las intervenciones nutricionales en los pacientes hospitalizados, logrando disminuir el riesgo de complicaciones a la vez que se reducirán los costos de atención en salud de sus asegurados.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente, la situación alimentaria mundial se encuentra polarizada entre el hambre y las enfermedades ocasionadas por excesos y desequilibrios nutricionales. Las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles que se han convertido en la principal causa de muerte y discapacidad prematura en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y dominan el cuadro de salud de numerosos países. Por otro lado, la malnutrición es un flagelo que azota al mundo e incrementa la morbi-mortalidad, que conlleva un aumento de estancia hospitalaria, incrementando los costos en salud, lo que afecta sustancialmente la relación costo-riesgo-beneficio. A pesar de los importantes avances en las Ciencias Médicas, aún existe desnutrición iatrogénica en el ámbito hospitalario, donde algunos pacientes siguen muriendo de hambre (10).

Asimismo, y continuando con la caracterización del problema, señalar que, el año 2019 en la Declaración de Cartagena se dijo que: "...la necesidad de dar respuesta al problema de la alta prevalencia de malnutrición, la falta de educación y adecuada investigación en nutrición clínica son las principales razones que han llevado a plantear una declaración en la cual el cuidado nutricional se eleva al nivel de un derecho humano. Esto implica reconocer que todas las personas enfermas tienen el derecho a ser alimentadas respetando su dignidad bajo los más altos estándares éticos y científicos. Respetar el derecho al cuidado nutricional puede contribuir al disfrute de otros derechos humanos como el derecho a la salud, el derecho a la alimentación y el derecho a la vida. Además, el derecho al cuidado nutricional busca proteger especialmente a los pacientes con riesgo nutricional o en estado de desnutrición, son algunas de las palabras Dr. Charles Elleri Bermúdez Patiño- presidente de la ACNC 2017-2021; instancia en que entre otros aspectos elevo al cuidado nutricional como un "*Derecho Humano independiente del nivel de atención en salud*" (11).

En lo concerniente a Bolivia, como se dijo en líneas anteriores, no se ha podido identificar guías basadas en evidencia sobre la valoración y tratamiento de la desnutrición en el paciente hospitalizado. La detección oportuna mediante cribado, la clasificación del riesgo nutricional y su posterior atención requieren de la utilización de herramientas y procedimientos validados de muy bajo costo y alta eficiencia que de implementarse podrían tener un gran impacto en la salud y economía de los servicios de salud, más aún, cuando se conoce que en Latinoamérica, esta enfermedad provocada por la depleción de nutrientes, se puede desarrollar o agravar durante la estancia hospitalaria y es frecuentemente subestimada por el equipo de salud. (11) ídem.

3.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los pacientes hospitalizados con estado nutricional depauperado presentan elevados riesgos de desarrollar tasas de complicaciones y mortalidad elevadas y eso está asociado a costos aumentados para la institución y la sociedad, mientras más largo es el período de estancia hospitalaria, más alto será el riesgo de empeorar la desnutrición, estableciéndose un ciclo vicioso con perjuicio para el enfermo. Desde hace varios años se han diseñado diferentes estrategias y métodos para evaluar nutricionalmente a los pacientes, logrando de este modo detectar la desnutrición y corregir la misma, lo cual lleva a la disminución de los factores negativos antes mencionados, mejorando así los estándares de calidad.

La detección oportuna mediante tamizaje, la valoración estado nutricional y la clasificación del riesgo nutricional para su posterior atención requieren de la utilización de herramientas y procedimientos validados de muy bajo costo y alta eficiencia que de implementarse podrían tener un gran impacto en la salud y economía de los servicios de salud; en este contexto el presente estudio centra su atención en identificar la desnutrición intrahospitalaria en pacientes hospitalizados en la Clínica Regional de La Paz de la Caja de Salud de Banca Privada gestión 2022, para lo cual se ha tomado una población muestra de 307

pacientes, intervenidos en las primeras 24 horas de su internación según diferentes tipos de patologías y estratificada por edades, se ha utilizado diferentes herramientas de cribado como STRONG-K, MNA-SF y NRS-2002.

3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál fue la Frecuencia de Riesgo de Desnutrición Intrahospitalaria según la VGS en pacientes internados en la Clínica Regional de La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada en la gestión de 2022?

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el Riesgo de desnutrición intrahospitalaria en pacientes hospitalizados en la Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada gestión 2022.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el riesgo de desnutrición según el instrumento de valoración subjetiva recomendado para su grupo etario (STRONGKIDS, NRS2002, MNA-SF).
- Identificar el estado nutricional antropométrico de los pacientes que forman el grupo de estudio.
- Identificar las patologías que fueron motivo de internación en los pacientes con riesgo de desnutrición.
- Caracterizar a la población en riesgo de desnutrición intrahospitalaria según edad, sexo, patología de ingreso y estado nutricional.

V. MARCO TEORICO

5.1 MARCO CONCEPTUAL

5.1.1. Desnutrición Intrahospitalaria

La definición de los diferentes estados de desnutrición han sido puntos controvertidos a lo largo de décadas; en general, la desnutrición hospitalaria es consecuencia de diversos factores de los que la enfermedad, per se, es uno de los más importantes; no obstante, factores como edad, entorno socioeconómico y duración de la estancia tienen un impacto negativo en el estado de nutrición. Como resultado de esto, el paciente tiene una ingesta de nutrimentos por debajo de sus requerimientos. El efecto negativo de este conjunto de factores de riesgo puede prevenirse, si éstos se identifican y tratan de forma temprana. Aunque cabe destacar también que rara vez se realiza un estudio nutricional de rutina en los pacientes de nuevo ingreso y datos tan simples y básicos como la talla, el peso y los cambios recientes de este no se recogen al llegar el individuo al centro de salud, a diferencia de lo que sucede con los datos correspondientes a la tensión arterial, temperatura o frecuencia cardiaca.

En múltiples estudios realizados desde 1974 en adelante, ha surgido un claro patrón de resultados: los últimos datos disponibles sobre esta cuestión indican que aproximadamente entre 35 y 45% de los pacientes ingresan al hospital desnutridos o con riesgo de estarlo, y el porcentaje se eleva hasta 70% cuando reciben el alta hospitalaria (12).

Por otro lado, es importante identificar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar lo antes posible un soporte nutricional adecuado. Para ello son necesarios sistemas informáticos de detección o tamizaje de población (tanto al ingreso como durante la estancia hospitalaria) que actúen como alarmas. Estas herramientas deben ser aplicables en la mayoría de

los nosocomios, y tener capacidad de aportar datos reproducibles, significativos y fiables para predecir los resultados de otros métodos más sofisticados (13).

5.1.2. Consecuencias de la Desnutrición Intrahospitalaria

La desnutrición ejerce un impacto negativo claro y consistente, causando una serie de alteraciones en la estructura y la función de órganos y sistemas, las cuales son los factores patogénicos del aumento en la morbimortalidad que se observa en varias enfermedades cuando éstas se asocian con desnutrición calórico-proteica.

La mayor incidencia de complicaciones habitualmente se acompaña de un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria y en los tiempos de curación y/o completa rehabilitación del paciente. Además, los pacientes ingresados por causas médicas o quirúrgicas están sujetos a estrés, infecciones o disfunciones orgánicas que provocan un estado hipercatabólico. A menudo estos pacientes son incapaces de alcanzar sus necesidades calóricas dado que son incapaces de reingerir alimentos y/o metabolizarlos. Todo lo anterior es la causa de un aumento de los costos de la hospitalización y un deterioro en la calidad de vida, la siguiente tabla ilustra sobre el tema (12) ídem.

CUADRO N° 1 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA

Efectos primarios:
<ul style="list-style-type: none">• Mayor tendencia a infecciones• Retraso en curación de heridas• Mayor dehiscencia de suturas• Hipoproteinemia• Menor motilidad intestinal• Debilidad muscular
Efectos secundarios:
<ul style="list-style-type: none">• Mayor morbimortalidad• Mayor tiempo de internación• Mayores costos• Peor calidad de vida

Fuente: Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 121, Desnutrición Hospitalaria: Gabriel Ricardo Monti (12).

5.1.3. Evaluación del Estado Nutricional

La evaluación del estado nutricional de un individuo permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo o, lo que es lo mismo, detectar situaciones de deficiencia o de exceso, dicha evaluación debe ser un componente del examen rutinario de las personas sanas y es importante en la exploración clínica del paciente, es necesaria para proponer las actuaciones dietético-nutricionales adecuadas en la prevención de trastornos en personas sanas y su corrección en las enfermas, la autora sugiere los siguientes métodos para la evaluación del estado nutricional (14).

- La evaluación del estado nutricional de un individuo permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo.
- La historia clínica y psicosocial ayuda a detectar posibles deficiencias y a conocer los factores que influyen en los hábitos alimentarios.
- La historia dietética proporciona información sobre los hábitos alimentarios y los alimentos que se consumen.
- Los parámetros antropométricos permiten estimar de forma indirecta los distintos compartimentos corporales.
- Los cambios de peso corporal pueden tener un buen valor pronóstico.
- El IMC se utiliza como criterio indicador de peso insuficiente, adecuado, sobrepeso u obesidad.
- La circunferencia de la cintura es útil para conocer el tipo de obesidad (abdominal o central).
- Las concentraciones plasmáticas de proteínas de transporte (albúmina, transferrina y prealbúmina transportadora de tiroxina) son útiles para evaluar la desnutrición y su recuperación en pacientes hospitalizados o con patologías crónicas.
- Los métodos de cribado son de gran utilidad como primera etapa de la evaluación del estado nutricional.

5.1.4. Malnutrición

El término “malnutrición” se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres) (15).

5.1.5. Desnutrición

Etimológicamente viene del latín “Dis” = Separación o negación y Trophis o Thophs, Nutrición. Podemos considerar la desnutrición como un balance negativo que presenta como características la depleción orgánica y cambios en la composición bioquímica del organismo. Puede expresarse como un conjunto de fenómenos de dilución, hipofusión y atrofia, frecuentemente se presenta en todos los individuos de todas las razas y en cualquier parte del mundo, siendo su mayor incidencia en las edades infantiles (16).

La desnutrición: “Es una afección que se presenta cuando su cuerpo no recibe los nutrientes suficientes”. La desnutrición es una enfermedad que es producto de una dieta inadecuada, que no permite la absorción de los nutrientes necesarios para mantener el equilibrio del organismo, ésta ocurre cuando no se ingieren alimentos y la falta de consumo de éstos hace que el cuerpo de una persona gaste más energías calóricas de las que consume.

La desnutrición es una enfermedad por la falta de consumo de combustibles y proteínas necesarias para que un organismo funcione correctamente, esta

enfermedad está asociada a la muerte de lactantes y niños de países en vías de desarrollo. La desnutrición es una carencia de calorías o de uno o más nutrientes esenciales.

En este acápite es importante remarcar, porque suele confundirse el término desnutrición con el vocablo malnutrición, sin embargo, no son lo mismo, la palabra desnutrición se refiere a la ausencia de ingesta de alimentos, por lo tanto, ausencia de calorías y proteínas, mientras que malnutrición es asociada a la deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que requiere el organismo (16) ídem.

El origen o los factores que tiene valor definitivo en la desnutrición son tres:

1. Factores que determinen la disponibilidad de los alimentos.

- a. Producción.
- b. Transporte.
- c. Almacenamiento.

2. Factores que determinen el consumo.

- a. Económicos.
- b. Culturales.
- c. Psicológicos.

3. Factores que determinen el aprovechamiento.

- a. Momento fisiológico.
- b. Condiciones fisiopatológicas presentes
- c. Estado previo de nutrición

5.1.6. Causas de la Desnutrición

La estrecha relación entre la internación del paciente en el ámbito hospitalario y su consiguiente pérdida de peso ya había sido consignada en la literatura médica casi cuarenta años antes. En 1936 el Dr. H Studley había observado que el 67%

de sus pacientes hospitalizados en espera de una cirugía programada de úlcera péptica había perdido entre el 16% y el 43% de su peso, con un significativo aumento de la tasa de mortalidad. Sin embargo, fue Butterworth quien puso todas estas piezas en su lugar y armó el rompecabezas de la desnutrición iatrogénica, a la que definió como la desnutrición que es inducida por los médicos, responsables de que sus pacientes permanezcan hipoalimentados o en inanición por períodos prolongados. El problema no es sino el resultado de una serie de prácticas no deseables, algunas de las cuales se enumeran a continuación: (17).

- Frecuentes situaciones de ayuno prolongado y “semiayuno”.
- Supresión de tomas de alimento, por frecuente realización de pruebas diagnósticas.
- Falta de registro del peso y la altura del paciente al momento de internarse.
- Falta de seguimiento de la evolución ponderal.
- Dilución de responsabilidades entre los miembros del equipo terapéutico.
- Uso prolongado de hidratación endovenosa.
- Falla por parte de los médicos en reconocer la cantidad y calidad de la ingesta de los pacientes.
- Pérdida de comidas por tener que realizar prácticas diagnósticas.
- Falla en reconocer el aumento de los requerimientos nutricionales del paciente asociados a su enfermedad.
- Indicaciones nutricionales insuficientes o inadecuadas.
- Comidas mal programadas, presentadas y/o distribuidas (horarios, preparación, temperatura, etc.).
- Administración de medicación o tratamiento que interfieren en el proceso de nutrición.
- Utilización de soporte nutricional (nutrición enteral o parenteral) recién cuando la desnutrición ha llegado a un estado avanzado.

- Disponibilidad escasa o no utilización de estudios para evaluar el estado nutricional del paciente.

5.1.7. Clasificación de Desnutrición

Según la asociación pediátrica hondureña, la desnutrición se clasifica en

- Desnutrición primaria
- Desnutrición secundaria

La gravedad o grado de desnutrición se determina siguiendo la clasificación dada por la O.M.S. basada en el grado de pérdida de peso, según los siguientes parámetros (18).

CUADRO N° 2 GRADO DE DESNUTRICIÓN

Desnutrición grado I	•hay pérdida del 15 al 25% de peso.
Desnutrición grado II	•hay pérdida del 25 al 40% de peso.
Desnutrición grado III	•hay pérdida de más del 40% de peso.

FUENTE: Elaboración Propia/Origen de los datos (18)

5.1.8. Desnutrición Secundaria

Cuando se habla de desnutrición se suele asociar con personas que no consumen la debida alimentación, provocando una pérdida de peso y, con ello, una serie de consecuencias perjudiciales para la salud.

Sin embargo, existe otro tipo de desnutrición llamada secundaria, que se da porque el alimento disponible no es consumido o no es debidamente utilizado por el organismo debido a un problema de salud asociado, lo que provoca como consecuencia, la pérdida de peso, la misma profesional indica por qué se produce

este problema. “Existen trastornos y/o enfermedades que afectan la ingesta de alimentos (enfermedades motoras, neurológicas, psiquiátricas, infecciones gastrointestinales, dietas muy estrictas), otras que aumentan los requerimientos energéticos (infecciones crónicas, quemaduras, traumatismos múltiples, hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca) y otras que interfieren con la digestión y absorción de nutrientes (enfermedad celíaca, alergias alimentarias, insuficiencia hepática, deficiencia enzimática digestiva, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa). También se encuentran aquellas que dificultan la utilización de los nutrientes (cáncer, diabetes mellitus, cardiopatías congénitas) o que aumentan la excreción (diarrea crónica, enfermedad renal, quemaduras extensas)” (19)

Respecto a la importancia del estado nutricional en el paciente quirúrgico, se puede mencionar que la mayor parte de los pacientes que se someten a una cirugía -tratamiento quirúrgico- y se les suspendió la vía oral de alimentos por varios días, al incorporarse se hacía con un aporte bajo en calorías lo que no suplían las necesidades del paciente por lo que contribuía desfavorablemente al estado nutricional del enfermo. Es por esto, que debe considerarse que el paciente sometido a un ayuno de corto plazo, sufre una serie de cambios metabólicos caracterizados por el incremento inicial en la tasa metabólica, mientras que en los periodos de ayuno prolongados la supervivencia depende directamente de la tasa de reducción de la ingesta y de los depósitos energéticos preexistentes.

Por otro lado, no existe un método de evaluación del estado nutricional que pueda ser considerado como modelo ideal o “Gold Standard”. De los múltiples métodos descritos en la literatura, todos tienen ventajas y desventajas, por lo que el clínico o el equipo de salud deben utilizar el más adecuado; considerando para ello las características del individuo, sus condiciones fisiológicas, ambientales y si existe patología adyacente.

Para la evaluación de pacientes hospitalizados se ha sugerido la evaluación antropométrica y la evaluación dietética, ya que, tanto el colesterol como la albúmina, son significativamente menores en los pacientes quirúrgicos, lo que explica que la desnutrición de los pacientes se desarrolla principalmente durante el tiempo previo a la intervención debido a un descenso en la ingesta de alimentos secundaria a ayunos pre- y post- operatorios, anorexia, vómitos, disfagia o bien por la reducción de la motilidad intestinal, diarrea, mal digestión, mala absorción o por la presencia de un proceso inflamatorio maligno. A esto hay que sumar los cambios metabólicos que aparecen como respuesta a la agresión, incremento del catabolismo proteico produciendo una importante pérdida de masa magra corporal, que va a conducir a una mayor incidencia de complicaciones, sobre todo de tipo infeccioso, dehiscencia de suturas y peores resultados. En el paciente quirúrgico es importante valorar su estado nutricional para prevenir o mitigar el riesgo de las posibles complicaciones después de la cirugía y su estancia hospitalaria (19) ídem.

5.1.9. Consecuencias de la Desnutrición

Mortalidad; reduce la capacidad física y la productividad económica; disminuye la capacidad intelectual y de aprendizaje; detiene el crecimiento y el desarrollo físico; causa deficiencias metabólicas, podría desencadenar enfermedades cardiovasculares.

CUADRO N° 3 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN

Desnutrición global	Desnutrición crónica	Desnutrición aguda
<ul style="list-style-type: none">• Bajo peso en relación a la edad del individuo.• Indica la situación presente y pasada.• Utilizado para monitoreo del crecimiento.• Indicador utilizado para monitorear los ODM.• Peso/Edad (P/E)	<ul style="list-style-type: none">• También llamada retardo en el crecimiento, se manifiesta por una baja talla de acuerdo a la edad del individuo, a consecuencia de enfermedades recurrentes y o una ingesta alimentaria deficiente y prolongada.• Baja altura de acuerdo a la edad del individuo.• Indica la situación pasada• Talla/Edad (T/E)• Este tipo de desnutrición disminuye permanentemente las capacidades físicas, mentales y productivas del individuo, cuando ocurre entre la gestación y los treinta y seis meses de edad.	<ul style="list-style-type: none">• Se manifiesta por bajo peso en relación a la talla del individuo, el cual se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso.• Bajo peso en relación a la altura del individuo.• Indica la situación presente• Peso/Talla (P/T)• Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo.

Fuente: Desnutrición (35).

5.1.10. Valoración Global Subjetiva (VGS)

Es una herramienta validada la cual se realiza al borde de la cama para reconocer estados de malnutrición basándose en características de la historia clínica y el examen; fue desarrollada por Detsky, para establecer el estado nutricional en pacientes en espera de cirugía gastrointestinal electiva. Es un método clínico sistematizado de integración de datos de la historia clínica nutricional, síntomas gastrointestinales y del examen físico, valoradas en forma subjetiva por un operador, con la finalidad de hacer un diagnóstico del estado nutricional. Este método fue validado para diagnóstico nutricional en diversas situaciones clínicas (20).

Respecto al tamizaje nutricional es el primer paso en el cuidado nutricional el cual busca identificar pacientes que se encuentren en riesgo nutricional o con una desnutrición claramente establecida, conlleva a una evaluación nutricional

completa que permite tener un diagnóstico preciso y por tanto un tratamiento nutricional oportuno. De esta manera se disminuye la morbimortalidad, la estancia hospitalaria, los costos en salud y se mejora la calidad de vida de los pacientes hospitalizados. La Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ASPEN, por sus siglas en inglés) define tamizaje nutricional como “un proceso para identificar un individuo que está con malnutrición o en riesgo de malnutrición para determinar si una valoración nutricional más detallada está indicada.” Para la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) “es el proceso para 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”. Mientras que para la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN, por sus siglas en inglés) es “un proceso rápido y simple realizado por el personal de salud al ingreso al hospital o en la comunidad. El propósito del tamizaje nutricional es predecir la probabilidad de un mejor o peor resultado debido a factores nutricionales, y de qué manera el tratamiento nutricional puede influir en éste.” Podemos observar que no existe una definición homogénea de tamización nutricional y, por tanto, cada sociedad científica ha desarrollado herramientas distintas con propósitos distintos. La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo recomienda la NRS 2002 y la sociedad Americana de Nutrición Parenteral y enteral recomiendan la valoración subjetiva Global VGS mientras que la Federación latinoamericana no recomienda una en especial (21).

5.1.10.1. STRONG KIDS

Desarrollado en Holanda y es considerado como el instrumento más conveniente dado que su aplicación no requiere información antropométrica ni exámenes de laboratorio, resultando el más práctico, fácil y el mejor predictor del riesgo nutricional por su mayor correlación con los indicadores antropométricos. La herramienta fue nombrada Screening Tool for Risk On Nutritional Status and Growth (STRONG - KIDS, según sus siglas en inglés) que consiste en la aplicación de un cuestionario para identificar el estado nutricional de los pacientes a su ingreso al hospital, además de que permite evidenciar si el paciente tiene enfermedades subyacentes y la historia de las variaciones del peso durante el curso de su enfermedad. (22).

En conclusión, este estudio autentifica STRONG-KIDS como una herramienta de screening nutricional en pacientes pediátricos hospitalizados, además de rápido y fácil de usar (22) ídem.

5.1.10.2. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

MNA-SF por sus siglas, es una herramienta de cribado validada que identifica personas ancianas desnutridas o en riesgo de desnutrición, en la práctica clínica habitual en el ámbito comunitario, hospitalario y en centros de larga estancia (residencias geriátricas, centros socio-sanitarios), debido a su facilidad de uso y practicidad es una excelente herramienta; en ámbitos de investigación clínica puede proveer información adicional sobre las causas de desnutrición en aquellas personas identificadas como desnutridas o en riesgo de desnutrición. Se recomienda repetir el MNA-SF con una periodicidad anual en pacientes ambulatorios, cada tres meses en pacientes institucionalizados o en aquellos que han sido identificados como desnutridos o en riesgo de malnutrición, y cuando ocurra cualquier cambio en la situación clínica del paciente (23).

FORMULARIO MNA-SF

Nombre – Sexo – Edad.
Peso (kg) – Para obtener el peso de forma correcta, retire los zapatos y prendas de vestir pesadas. Utilice básculas confiables y calibradas. Las libras (lbs) deben convertirse a kilogramos (1 lb = 0.45 kg).
Estatura (cm) – Mida la estatura con el paciente descalzo y utilizando un estadiómetro (tallímetro). Si el paciente está encamado, utilice mediciones parciales o la altura de la rodilla (ver Apéndice 2). Las pulgadas deben convertirse a centímetros (1 pulgada = 2.54 cm).
Fecha del formulario de detección

Fuente: Guía para rellenar el Formulario Mini Nutritional Assessment MNA-SF (23) .

5.1.10.3. NRS-2002

Score de riesgo nutricional, Nutritional Risk Score 2002 - **NRS-2002**.- Uno de los métodos más estudiados para detectar la presencia del riesgo nutricional en el ámbito hospitalario es el sistema score de riesgo nutricional (NRS-2002 por sus siglas en inglés), el cual contiene los componentes nutricionales de otro sistema como lo es MUST y, además, una clasificación de gravedad de la enfermedad como un reflejo del aumento de las necesidades nutricionales. Consta de tres componentes:

- 1) Estado nutricional, el cual asigna tres puntos separados según la categoría de IMC (20,5 kg/m²) - Pérdida de peso (>5% en 3 meses, >5% en 2 meses, y >5% en 1 mes [peso >15% en 3 meses]). - Valoración de la ingesta proporcionalmente a los requerimientos de la semana anterior (0%–25%, 25%–50%, 50%–75%, y >75%).
- 2) Severidad de la enfermedad: Sin incremento (puntaje 0), incremento leve (puntaje1), moderado (puntaje2), o severo (puntaje3).

3) Edad, y todos los sujetos con >de 70 años tienen un punto adicional. El puntaje total es desde 0 a 7, los valores mayor o igual a 3 indican que el paciente puede beneficiarse de la terapia nutricional. Si es menor de 3 se reconsidera una reevaluación en un plazo máximo de 7 días, según el paciente. En general, los estudios observacionales indican que esta herramienta tiene un buen valor predictivo (en ausencia de intervención nutricional) con respecto a mortalidad, complicaciones y estancia hospitalaria. (21) ídem.

5.1.10.4. Valoración Global Objetiva

Conjunto de prácticas clínicas, con un abordaje integral del Estado nutricional en las que se unifican y valoran indicadores de diversos tipos, por ejemplo: antropométricos, bioquímicos, inmunológicos y dietéticos, que incluye una historia de los patrones alimentarios del individuo. También incluye información del estado fisiológico y patológico, estado funcional y comportamiento (funciones sociales, cognitivas, factores psicológicos, emocionales, calidad de vida). Es el primer paso que se debe realizar dentro de las primeras 24 a 48 horas de admisión del paciente. (20) ídem.

5.1.10.5. Evaluación Antropométrica

Se define a la evaluación antropométrica como el conjunto de mediciones corporales con las que se determinan los diferentes niveles y grados de nutrición de un individuo, mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos.

5.1.10.6. Estado Nutricional en Pediatría

Uno de los objetivos de la evaluación nutricional, tanto a nivel clínico como poblacional, es la detección precoz de aquellos niños que se encuentran en situaciones de riesgo nutricional. Esto implica definir específicamente que

situaciones serán consideradas riesgosas y que indicadores se utilizarán para detectarlas. Algunos de los factores de riesgo nutricional desde el punto de vista clínico son:

- Prematurez
- Pérdida de peso aguda (P/T <90% o P/E < P 10)
- Incremento de los requerimientos metabólicos
- Alteración de la ingesta oral
- Inadecuada ganancia de peso
- Aumento de las pérdidas

5.1.10.7. Estado Nutricional en adultos.

El índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC) es la relación entre el peso en kilogramos y el valor de la altura en metros al cuadrado. Actualmente, se lo considera como un índice global del estado nutricional, por lo que es ampliamente utilizado en la práctica profesional para clasificar al paciente. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció cuatro puntos de corte para clasificar el estado nutricional de la población mayor de 18 años según el IMC. Un valor menor a 18,5 Kg/m² se considera bajo peso; de 18,5 a 24,9 Kg/m² normopeso; entre 25,0 y 25,9 Kg/m² sobrepeso; y por encima de 30 Kg/m² es obesidad.

El cuadro en adultos mayores, la determinación del IMC es importante porque los cambios de peso, talla y a nivel fisiológico (aumento de la masa grasa y disminución de la magra) afectan su estado nutricional. En adultos mayores se ha encontrado que el riesgo de morir es menor entre aquellos IMC 23-28 (5) o 25-29 (6). Entonces, se establece como delgadez un IMC < 23,0; normal, 23,0-27,9; sobrepeso, > 28,0 a 31,9; y obesidad, ≥ 32,0 – fuente: (24).

CUADRO N° 4 CLASIFICACIÓN IMC EDAD ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS

CLASIFICACION OPS	IMC
Bajo Peso	Menor a 23
Normal	23.0 a 27.9
Sobrepeso	28 a 30
Obesidad	Mayor o =30

Fuente: Organización Panamericana de Salud/ Guía Alimentaria para el Adulto Mayor MSD/Bolivia

5.1.10.8. Técnicas Antropométricas.

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son: el peso, la talla, la circunferencia braquial y los pliegues cutáneos. Los valores de estas medidas no tienen significado por si solos, a menos que se relacionen con la edad, entre ellos u otros diámetros.

- **Peso (kg):** Para obtener el peso: se pedirá al paciente que se ponga una bata; se usará una balanza electrónica con sensibilidad de 0-200 Kg. El pesaje es una de las tareas más habituales, importantes y laboriosas de un laboratorio. En consecuencia, pesar del modo adecuado es imprescindible, para los cual las balanzas se han desarrollado hasta tal punto que, en general, no se necesita una sala especial para el pesaje, excepto quizá en el caso de las ultramicrobalanzas.
- **Talla o Estatura (cm):** Se obtendrá con el estadiómetro. El paciente debe poner los talones juntos a la base del tallímetro y los pies debe formar un ángulo de 45°. Talones, glúteos, espalda en contacto con la superficie del tallímetro, solicitando al paciente realice una inspiración forzada, cuidando

que el mentón se ubique de forma horizontal con la parte superior de la oreja, el registro se realizara en cm.

- **Circunferencia Pantorrilla:** Se medirá al paciente parado la circunferencia máxima de la pantorrilla, con la cinta para medir la circunferencia, realizando la lectura con una aproximación en centímetros.

5.1.10.9. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – CIE10

Publicada como está la décima versión de la clasificación de enfermedades y problemas relacionados con la salud, por sus siglas CIE 10, remarcar que, para la Organización Panamericana de la Salud, una clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las que se asignan entidades de conformidad con criterios establecidos. La clasificación puede girar en torno a muchos ejes posibles, y la elección de uno en particular estará determinada por el uso que se hará de las estadísticas recopiladas, una clasificación estadística de enfermedades debe abarcar toda la gama de estados morbosos dentro de un número manuable de categorías.

Es así que la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es la más reciente de una serie que se formalizó en 1893 como Clasificación de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. En el Volumen 2 puede consultarse una reseña completa de los antecedentes históricos de la clasificación. Si bien el título se ha modificado para expresar con mayor claridad el contenido y la finalidad de la obra y para reflejar el ensanchamiento progresivo del campo de la clasificación, que va más allá de las enfermedades y los traumatismos, se decidió conservar la sigla “CIE”, que ya se ha vuelto familiar. En la clasificación actualizada, las afecciones se han agrupado de la manera que se creyó más apropiada para los fines epidemiológicos generales y para la evaluación de la atención de la salud.

La CIE-10 permite tener estadísticas en salud confiables sobre las cuales desarrollar políticas públicas basadas en el estado de salud de la población, en tanto permite el registro sistemático de la morbilidad y mortalidad de la población y su comparación entre países o entre periodos de tiempo diferentes. (25).

5.2 MARCO REFERENCIAL

5.2.1 Riesgo de desnutrición en niños y adolescentes según STRONGkids

Gerardo Weisstaub, Laura Arce, Victoria Brennan, Gabriela Aello, Soledad Arnulphi, Julieta Rios y Laura Garcés, realizaron el estudio “estudio piloto: riesgo nutricional al ingreso de la internación pediátrica”, con un diseño descriptivo, transversal, en pacientes de 1 mes a 14 años internados entre marzo y julio de 2016, en el Hospital Dr. Humberto Notti de Córdoba Argentina. Aplicaron un tamizaje nutricional mediante Strongkids valorando riesgo nutricional dentro de las 48hs. de ingreso hospitalario y se obtuvo diagnóstico nutricional con los datos antropométricos correspondientes. Para el análisis estadístico se utilizó Test de Fisher y t de Student. En total evaluaron a 134 pacientes, con edades de 1 a 9 años y duración de la internación fue de 3 a 7 días. Al momento del ingreso el 17% presentaba desnutrición aguda y **el 60% un riesgo nutricional moderado**. Los pacientes con alto riesgo nutricional al ingreso tuvieron más frecuentemente dolor, cambio de peso, menor ingesta, diarrea y signos de desnutrición que los que tuvieron un riesgo nutricional. Llegaron a la conclusión de que la desnutrición al ingreso de la hospitalización afecta a casi la quinta parte de los pacientes y más de la mitad presenta riesgo nutricional moderado lo que justifica la realización sistemática de la evaluación del riesgo nutricional (26).

En el año 2018, en Juliaca Perú, se llevó a cabo el estudio denominado “Asociación entre la valoración nutricional según “STRONGkids” y el diagnóstico nutricional antropométrico en pacientes pediátricos del Hospital Carlos Monge

Medrano”, en el que se determinó el riesgo según el STRONGkids y el diagnóstico nutricional por antropometría en niños de 1 mes a 11 años, buscando además la asociación entre la VGS según STRONGkids y el diagnóstico nutricional antropométrico. Para lo que se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y prospectivo en niños de 1 mes a 11 años internados en el servicio de Pediatría del Hospital mencionado en mes de enero del 2018. Se aplicó la herramienta de tamizaje STRONGkids dentro de las primeras 24 horas de ingreso y se los categorizó en 3 grupos: riesgo nutricional bajo, intermedio, elevado. Se clasificó a los pacientes según su diagnóstico nutricional antropométrico (desnutrición aguda, crónica), Se obtuvo una asociación significativa ($P < 0.05$) entre valoración nutricional según “STRONGkids” y el diagnóstico nutricional antropométrico mediante el Chi cuadrado de Pearson. Resaltan como conclusiones que: 1) La valoración nutricional según STRONGkids se asocia significativamente con el diagnóstico nutricional realizado por antropometría, 2) **El 53.2% de los niños hospitalizados estudiados se encontraron en riesgo nutricional según la valoración del STRONGkids**; 3) El 27.4% de los niños presentó desnutrición aguda; y 16.1% desnutrición crónica (27).

5.2.2 Riesgo de desnutrición en Adultos según NRS 2002

En el año 2014 se realizó un estudio de “Prevalencia de riesgo de desnutrición evaluada con NRS-2002 en población oncológica mexicana”, en el Hospital General de México a cargo de los investigadores Karolina Alvarez-Altamirano, Tania Delgadillo, Antonio García-García, Gabriela Alatraste-Ortiz y Vanessa Fuchs-Tarlovsky. Se evaluó el estado nutricional de pacientes con cáncer con el tamizaje NRS-2002, a su ingreso hospitalario. Se utilizó pruebas estadísticas no paramétricas, la prueba t de student, correlación de Pearson y Spearman, y ANOVA para contrastar las variables que se asocian con riesgo nutricional y por medio de modelos de regresión logística se determinó los ítems del cuestionario de mejor predicción de riesgo de desnutrición en población oncológica mexicana.

El riesgo nutricional se presentó en el 50,2% de los pacientes durante su ingreso hospitalario. Los factores que más se asocia al riesgo nutricional fueron género, edad, niveles de IMC menores a 20,5, pérdida de peso e ingesta de alimentos y el cáncer hematológico ($p < 0,05$). El modelo que mejor predijo la presencia de riesgo de desnutrición en nuestra población fueron las mismas variables categorizadas que utiliza la presente encuesta de tamizaje NRS-2002 ($p < 0,05$). Concluyendo que la prevalencia de desnutrición en el paciente con cáncer es alta y el NRS-2002 es una herramienta confiable en la predicción de riesgo de desnutrición en población oncológica (28)

Con el objetivo de Desarrollar, validar e implementar la herramienta Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) al ingreso y durante la hospitalización de un paciente en el servicio de oncohematología de un hospital de tercer nivel, y conocer su estado nutricional al ingreso y al alta, se llevó a cabo en Valencia España en el 2021 el estudio “Desarrollo, validación e implementación de un programa de detección de desnutrición con herramienta de cribado NRS-2002 en pacientes del servicio de oncología y hematología”. En el mismo, luego de la VGS se realizó una VGO completa para comprobar su validez y medir la concordancia entre los dos diagnósticos en 573 pacientes ingresaron en el servicio de oncohematología, de los cuales: 34,4% desnutrición, **44,7% riesgo de desnutrición** y 20,9% buen estado nutricional, al ingreso hospitalario según ENN-2002. En los pacientes ingresados por más de una semana, se realizó NRS-2002 semanalmente y se encontró que al alta presentaban: 34,4% de desnutrición, 50,8% de riesgo de desnutrición y 14,76% de buen estado nutricional; además el 12,3% empeora su estado nutricional, el 68,9% lo mantiene y solo el 18,9% lo mejora. El 78,8% de los pacientes con ingresos más prolongados requieren una NV. Sus resultados sugieren que el NRS-2002 es un método simple y efectivo para la detección temprana de desnutrición. Es importante un seguimiento nutricional durante el período de hospitalización, ya

que los pacientes son susceptibles de empeoramiento de su estado nutricional. (29).

En el estudio “Prevalencia de la desnutrición al ingreso en los pacientes del Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina”, publicado en la revista española Nutrición Hospitalaria de Toledo-España por los autores Marta Milla Tobarra, Sara López Oliva, Míriam Alía Moreno, Ana Cecilia Marín Guerrero y Benito Blanco Samper. Se determinó la prevalencia del riesgo de desnutrición al ingreso en el Hospital mediante un estudio observacional, transversal y descriptivo. Desde septiembre de 2017 a octubre de 2018, a todos los pacientes que ingresaban en el hospital y cumplían los criterios de selección se les realizó un cribado nutricional mediante el test NRS-2002®. Se recogieron datos antropométricos y clínicos de los pacientes en riesgo nutricional (puntuación NRS-2002® \geq 3). Se diagnosticó la desnutrición observada según su tipología y gravedad, emitiendo indicaciones nutricionales recogidas en el informe al clínico y en el informe al alta. En total, 476 pacientes realizaron el test NRS-2002®, detectándose riesgo de desnutrición al ingreso en 137 (28,8 %; IC 95 %: 24,8 % a 33,0 %). El IMC promedio (DE) de estos fue de 24,6 (5,4) kg/m². La dietista-nutricionista recomendó al 78,4 % de los pacientes una suplementación nutricional, y en el 82,1 % de los casos la codificación del estado nutricional (CIE-10). En el informe de alta se omitieron más del 70 % de estas recomendaciones. En Conclusión, el 28,8 % de los pacientes analizados estaban en riesgo de desnutrición o desnutridos al ingreso. La desnutrición hospitalaria continúa siendo un problema en la actualidad, por lo que resulta de vital importancia incluir métodos de cribado al ingreso que permitan una intervención nutricional precoz en el paciente hospitalizado, así como la incorporación de personal sanitario formado para su realización (30).

5.2.3 Riesgo de desnutrición en Adultos Mayores según MNA-SF

Nicole Vanessa Cali, Julieta Robles, María Laura Centeno y Karina Pazmiño, en el 2018 en Ecuador, en su publicación como Artículo Original del estudio “Riesgo de desnutrición en adultos mayores hospitalizados: estudio transversal en un hospital de Quito-Ecuador”, estudiaron la prevalencia de un estado nutricional de riesgo, en pacientes adultos mayores hospitalizados ingresados en el Hospital Quito N°1, durante el periodo julio - agosto 2018. En un total de 62 pacientes (66.1% hombres) con una edad media de 77.9 ± 8.2 años. Al ingreso solamente el 41.9% habían sido referidos para una valoración a cargo de Nutricionista. El test MNA-SF aplicado a la totalidad de pacientes mostró que el **79% (IC95%: 67.2% - 87.4%) de los adultos mayores estaban en riesgo de desnutrición**, el 16.1% tenían desnutrición y apenas el 4.8% podían considerarse bien nutridos. Durante el tiempo de hospitalización, el 56.5% (IC95%= 44.1% - 68.1%) de los pacientes habían disminuido un promedio del 2.5% del peso respecto al registrado en el momento del ingreso. La pérdida de peso fue leve (38.7%), moderada (9.7%) y severa (8.1%), durante una estancia media de 6.4 ± 2.3 días. Concluyeron que un elevado porcentaje de los adultos mayores hospitalizados presentan riesgo de desnutrición, pero pocos son referidos al Nutricionista para su evaluación al momento del ingreso hospitalario. Es importante aplicar una herramienta de tamizaje nutricional para determinar el riesgo nutricional al ingreso y contribuir con una intervención nutricional adecuada en el adulto mayor hospitalizado (31).

La investigación denominada “Estado nutricional de ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos”, llevada a cabo por Sara Celaya Cifuentes, Francisco Botella Romero, Paloma Sánchez Sáez, Matilde León Ortiz, Marta Mas Romero, Laura Plaza Carmona, Almudena Avendaño Céspedes y Pedro Abizanda, en el Servicio de Geriátrica, Unidad de Dietética. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete, España durante el periodo comprendido entre octubre de

2016 y noviembre de 2018, dirigido a describir el estado nutricional de los mayores hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) y su asociación con la mortalidad y la estancia hospitalaria, mediante un diseño retrospectivo de 1084 personas mayores de 65 años en una UGA. Empleó el Mini Nutritional Assessment®-Short Form (MNA-SF®-SF) y la valoración global subjetiva (VGS). La asociación entre estado nutricional, mortalidad y estancia hospitalaria prolongada (> 7 días) se analizó mediante un modelo de regresión y el análisis de riesgos de Cox. En sus resultados destaca que la edad media de 86,5 años: 58,7 % de mujeres. La puntuación media del MNA-SF®-SF fue de 8,9, estando el 20,0 % sin riesgo nutricional, **el 48,2 % en riesgo nutricional y el 31,7 % con malnutrición**. Mediante la VGS, el 22,1 % estaban bien nutridos, el 54,7 % moderadamente desnutridos y el 23,2 % gravemente desnutridos. El acuerdo entre VGS y MNA-SF®-SF fue bueno ($\kappa = 0,654$; $p < 0,001$), clasificando correctamente al 78,5 % de los participantes. La malnutrición se asoció a peor estado cognitivo, mayor discapacidad, peor deambulación y niveles menores de proteínas totales, albúmina, colesterol y transferrina. Los pacientes con malnutrición según el MNA-SF®-SF presentaron una mortalidad ajustada mayor que la de los bien nutridos (HR: 1,80; IC 95 %: 1,01-3,20), igual que aquellos con VGS de C frente a los de A (HR: 1,66; IC 95 %: 0,96-2,86). Los pacientes con VGS de B (OR: 1,42; IC 95 %: 1,04-1,96) y C (OR: 1,73; IC 95 %: 1,18-2,54) presentaron mayor riesgo ajustado de estancia hospitalaria prolongada frente a los bien nutridos. Los pacientes con malnutrición según el MNA-SF®-SF presentaron mayor riesgo ajustado de estancia hospitalaria prolongada (OR: 1,59; IC 95 %: 1,09-2,33) frente a los bien nutridos. Este estudio concluyó que el riesgo nutricional y la malnutrición son muy frecuentes en los mayores hospitalizados en una UGA y se asocian con mayor mortalidad y estancias más prolongadas (32).

El estudio “Estado nutricional y riesgo de desnutrición en adultos mayores atendidos en consultorio externo del policonsultorio de la Caja de Salud de la

Banca Privada, Regional La Paz, durante los meses de julio-septiembre 2016”, buscó determinar el estado nutricional y el riesgo de desnutrición en pacientes adultos mayores a través de la valoración global objetiva (indicadores antropométricos, dietéticos, bioquímicos e inmunológicos) y valoración global subjetiva Mini Nutritional Assessment (MNA) asegurados en la CSBP Regional La Paz, en los meses de Julio a Septiembre de 2016, con un diseño descriptivo transversal no probabilístico, en adultos mayores de 60 años, atendidos en consultorio externo de la Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz, La muestra estuvo constituida por 181 pacientes de ambos sexos, las variables de estudio fueron el estado nutricional (parámetros: Índice de Masa Corporal, circunferencia de cintura, hemoglobina, colesterol total, triglicéridos, HDL colesterol, recuento de linfocitos total) y riesgo de desnutrición por medio del Mini Nutritional Assessment (MNA). Entre las variables de control se tomó en cuenta la presencia de comorbilidades. Entre sus resultados destaca que según el IMC el 45 % de los sujetos estudiados, presentaba estado nutricional normal, el 36% presentó malnutrición por exceso y el 19% bajo peso. Se determinó que el 36% de los sujetos, tenía riesgo muy alto de enfermedades metabólicas. La prevalencia de anemia fue establecida en un 16%, la presencia de hipercolesterolemias en el 12%, hipertrigliceridemias en el 10%, hiperglucemias en el 14.9%; presentaron depleción de la respuesta inmunológica leve un 31%, moderada el 17 % y severa el 6 %. De acuerdo al Mini Nutritional Assessment (MNA) el 71% no presentaba riesgo nutricional, el **25% riesgo de desnutrición y 4% la población estudiada presentaba desnutrición** (33).

5.2.4 VARIABLES

TIPO DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE

Riesgo de desnutrición (VGS)

Estado Nutricional Antropométrico (VGO)

Patologías de base

Edad

Sexo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Riesgo de Desnutrición	Probabilidad de sujeto de presentar desnutrición al ingreso o durante su estadía hospitalaria, según screming nutricional Valoración Global Subjetiva	Strong-Kids Tamizaje de Riesgo Nutricional. Pediatría	Puntaje	- De 4 a 5 puntos: Riesgo alto - De 1 a 3 puntos: Riesgo medio - 0 puntos: Riesgo bajo
		Nutritional Risk screening (NRS - 2002) Valoración del riesgo de desnutrición	Puntaje	- Score ≥ 3 nutricionalmente en riesgo - Score ≤ 3 reevaluar al paciente semanalmente
		Mini Nutritional Assessment: MNA-SF	Puntaje	- De 24 a 30 puntos: Estado nutricional normal - De 17 a 23,5 puntos: Riesgo a Desnutrición - Menos de 17 puntos: Desnutrición
Estado Nutricional Antropométrico	Disponibilidad de nutrición a nivel celular diagnosticado a través de dimensiones corporales		Desviaciones Estándar	> +3 DE obesidad + 2 a + 3 DE Sobrepeso + 1 a + 2 DE Riesgo de Sobrepeso + 1 a 1 DE Nutrición Normal -1 a - 2 DE Riesgo de Desnutrición leve

				-2 a - 3 DE Desnutrición moderada
				- 3 DE Desnutrición severa
			Desviaciones Estándar	> +3 DE Obesidad severa
				+ 2 a + 3 DE Obesidad
				+ 1 a + 2 DE Sobrepeso
				+ 1 a 1 DE Nutrición Normal
				-1 a - 2 DE Riesgo de delgadez
				- 2 a - 3 DE Delgadez moderada
				- 3 DE Delgadez severa
			- Adulto IMC (SEEDO)	- Menor a 18,5 Kg/m ² Peso insuficiente
				- de 18,5 a 24,9 Kg/m ² : Normopeso
				- 25,0 a 26,9 Kg/m ² - Sobrepeso Grado I
				- 27,0 de 29,9 Kg/m ² Sobrepeso Grado II (preobesidad)
				- de 30,0 a 34.9 kg/m ² Obesidad Grado I
				- de 35 a 39.9 kg/m ² Obesidad Grado II
				- de 40,0 a 49,9 kg/m ² Obesidad Grado III
				- > a 50 kgm ² Obesidad grado IV
			Adulto mayor IMC/edad	- < 23 kg/m ² Enflaquecido
				- 23 - 27 kg/m ² Normal
				- 27 - 30 kg/m ² Sobrepeso
				> 30 kg/m ² Obesidad
Edad	Periodo en el que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia	Grupo Etéreo	Niños y Adolescentes	- > 2 años
				- 2 – 5 años
				- 5 - 10 años
				- 10 – 15 años
				- 15 - 19 años
			Adulto joven	- 19 a 40 años

			Adulto	- 40 a 60 años
			Adulto Mayor joven	- 60 a 75 años
			Adulto Mayor	- > 75 años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.		Sexo	- Masculino - Femenino
Patologías de Base	Enfermedades que afectan al ser humano, a nivel estructural, bioquímico y funcionales	Clasificación Internacional de Enfermedades v.10 (CIE-10)	Código	- cap 01 ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias - cap 02 neoplasias - cap 03 enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos inmunológicos - cap 04 enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólica - cap 06 enfermedades del sistema nervioso - cap. 7 Enfermedades del ojo y sus anexos - cap. 8 enfermedades del oído y de la apófisis mastoides - cap 09 enfermedades del aparato circulatorio - cap 10. enfermedades del aparato respiratorio - cap 11 enfermedades del aparato digestivo - cap 12 enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo - cap 13 enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo

				<ul style="list-style-type: none"> - cap 14 enfermedades del aparato genitourinario - cap 15 embarazo, parto y puerperio - cap.16 ciertas afecciones originadas en el período perinatal (p00-p96) - cap.17 malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas - cap.18 síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto - Cap.19 Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas - Cap.20 causas externas de morbilidad - Cap.21 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios
--	--	--	--	---

VI. DISEÑO METOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, para observar serie de casos de desnutrición intrahospitalaria en los pacientes hospitalizados en la Caja de Salud Regional La Paz de Banca Privada.

6.2 AREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la Clínica de la Banca Privada de la Ciudad de la Paz, calle 2 de Obrajes Zona Sur, a todos los pacientes internados con criterios de inclusión.

La Clínica de la Caja de Salud de Banca Privada Regional La Paz, entidad hospitalaria que, al inicio de sus actividades, contaba con una población afiliada de 10.200 asegurados en todo el país, actualmente, es una institución sólida que a diciembre de 2018 atendió a una población asegurada y beneficiaria de 102.108 afiliados a nivel nacional.

Administrativamente cuenta con un Directorio vigente según Resolución N° 125/2012 de fecha 6 de noviembre de 2012. Inicia sus actividades formalmente el 14 de octubre de 1987, siendo su principal meta el de contribuir a mejorar la salud y bienestar de toda su población asegurada, brindando prestaciones y/o atenciones médicas integrales, enmarcadas en principios de profesionalismo, calidad del servicio, calidez, sostenibilidad y transparencia (33) ídem.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

6.3.1 Universo

El universo estuvo compuesto por un total de 307 pacientes que fueron internados en la Clínica de Salud de la Banca Privada Regional La Paz durante

la gestión 2022, en todos los servicios excepto las Unidades de Terapia Intensiva de Adultos y de Cuidados Intensivos Pediátricos, debido a que en este tipo de pacientes se aplican otro tipo de instrumentos de VGS.

**CUADRO N° 5 NUMERO DE PACIENTES INTERNADOS EN LA CSBP
GESTIÓN 2022**

MES	PACIENTES INTERNADOS
Enero	318
Febrero	202
Marzo	409
Abril	346
Mayo	400
Junio	331
Julio	375
TOTAL	2381

FUENTE: CSBP

6.3.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por el total de pacientes que constituyeron el universo y que cumplían los criterios de inclusión, llegando a un total de 307 pacientes que fueron internados entre los meses de agosto a octubre de 2022.

6.3.3 Tipo de Muestreo

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que, por la finalidad y aplicación de la VGS, debía aplicarse a la totalidad de pacientes que sean internados en el período de estudio.

6.3.4 Unidad de Observación de Análisis

Niños, adolescentes, adultos y adultos mayores internados las primeras 48 horas en la Clínica Regional de La Paz, Caja de Salud de la Banca Privada en un total de 307 pacientes internados en el periodo de recolección de datos.

6.3.5 Unidad de observación

Todos los pacientes internados en el periodo de recolección de datos.

6.3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

Se tomaron como criterios de inclusión los siguientes:

- Ser paciente asegurado en la CSBP
- Encontrarse dentro de las primeras 24 horas de internación.
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de todos los grupos etarios.
- Pacientes que dieron su consentimiento verbal para la aplicación de la VGS, luego de habersele informado y explicado la finalidad de la misma al paciente, o a su tutor en el caso de los menores de edad.

Se consideraron dentro de los criterios de exclusión, los siguientes aspectos:

- No cumplir los criterios de inclusión antes mencionados
- Encontrarse en el segundo o tercer trimestre de gestación
- Estar internado en la Unidad de Terapia Intensiva de adultos o Unidad de Cuidados Intensivos y/o Intermedios Pediátricos
- No dar su consentimiento para la participación en el estudio

6.4 ASPECTOS ETICOS

En el presente estudio se usó los principios de bioética:

- No maleficencia, no se causó daño a la integridad del paciente.
- Beneficencia los resultados encontrados están a disposición y beneficio del hospital;
- Autonomía del paciente al permitir la valoración y
- Justicia donde el paciente es tratado con principios de equidad (34).

La autorización para la realización del estudio, así como el uso de los instrumentos de VGS a ser aplicados, se puso en conocimiento de la Dirección de Clínica, Unidad de Epidemiología y Jefatura de Enseñanza e Investigación de la Regional La Paz de la CSBP el Protocolo de Investigación y los cuestionarios Strongkids, NRS 2002 y MNA.

Una vez se contó con la aprobación de las autoridades ya mencionadas, se elaboró un texto que fue leído a cada uno de los pacientes o a sus tutores en el caso de menores de edad para obtener el consentimiento informado verbal (Anexo 2).

Se vio por conveniente realizar el registro del consentimiento verbal de los pacientes en la planilla de Visita Médica de la Institución, por las restricciones de bioseguridad vigentes, evitando así la manipulación de tableros, planillas y bolígrafos por parte de los pacientes internados.

6.5 METODOS E INSTRUMENTOS

6.5.1 Métodos

Se utilizaron los métodos directos e indirectos. Como método directo se realizó la Evaluación Nutricional Objetiva mediante la toma de medidas antropométricas Peso y Talla y el método indirecto la Valoración Global Subjetiva que se aplicó al paciente.

6.5.2 Instrumentos de Recolección de Datos

Instrumentos:

- STRONG KIDS (de 1 mes a 4 años 11 meses y niños de 5 a 18 años 11 meses) Reference: (STRONGkids: Nutritional risk screening tool for children aged month – 18 years on admission to the hospital).
- NRS (Nutricional Risk Screening 2002) (de 19 años a 59 años) Reference: (NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-002)
- Cribado Nutricional – MNA-SF (mayores de 60) Reference: (Mini Nutritional Assessment form).

La validez y confiabilidad de los instrumentos empleados en la VGS, fue comprobada mediante una prueba piloto realizada en un total de 30 pacientes (10 por instrumento), que se realizó en el mes de Julio de 2022, previa a la recolección de la información, se corroboró la información obtenida con los diagnósticos médicos y nutricionales registrados en la Historia Clínica Nutricional del Sistema Administrativo Médico Integrado de los asegurados, comparando los resultados de la VGS con la evaluación nutricional objetiva realizada a estos sujetos, mediante antropometría.

Asimismo, el MNA fue validado por la Tesis para la misma Especialidad llevada a cabo en la CSBP por la Dra. Aida Choque titulado “Estado Nutricional y Riesgo de Desnutrición en Adultos Mayores Atendidos en Consultorio Externo del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz, durante los Meses de Julio-septiembre 2016” (35).

Equipos:

- Bascula SECA modelo 874 (Capacidad 200 Kg, precisión 0.1 Kg)
- Estadiómetro SECA modelo 213 (Rango de medición 205 cm, precisión 1 mm)

- Cinta antropométrica SECA 203 (Rango de medición 0 – 220 cm, precisión 1 mm).

6.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

FASE I. Coordinación con la institución.

Actividad 1.1 Entrega carta de solicitud de permiso para la recolección de datos al jefe de Enseñanza de la Clínica Regional de La Paz, Caja de Salud de la Banca Privada.

FASE II. Ejecución y recolección de datos

Actividad 2.1 Explicación del estudio y aceptación verbal por parte de paciente.

Actividad 2.2 Aplicación de los instrumentos de estudio según edad (Strong kids, NRS 2002 Y MNA-SF).

Actividad 2.3 Recolección de información de historias clínicas,

Actividad 2.4 Toma de medidas antropométricas como peso, talla y circunferencias.

Actividad 2.5 Análisis e interpretación de resultados de la evaluación nutricional.

FASE III Tabulación y análisis de datos.

Actividad 3.1 Centralización de datos de recolección en Microsoft Office Excel.

Actividad 3.2 Análisis de resultados de instrumentos de recolección de datos.

Actividad 3.3 Tabulación y depuración de la base de datos utilizando paquetes estadísticos, según variables.

FASE IV Elaboración de resultados

Actividad 5.1 Elaboración de gráficos, tablas y análisis de resultados

FASE V Elaboración del informe final

Actividad 5.1 Análisis de los resultados de gráficos y tablas

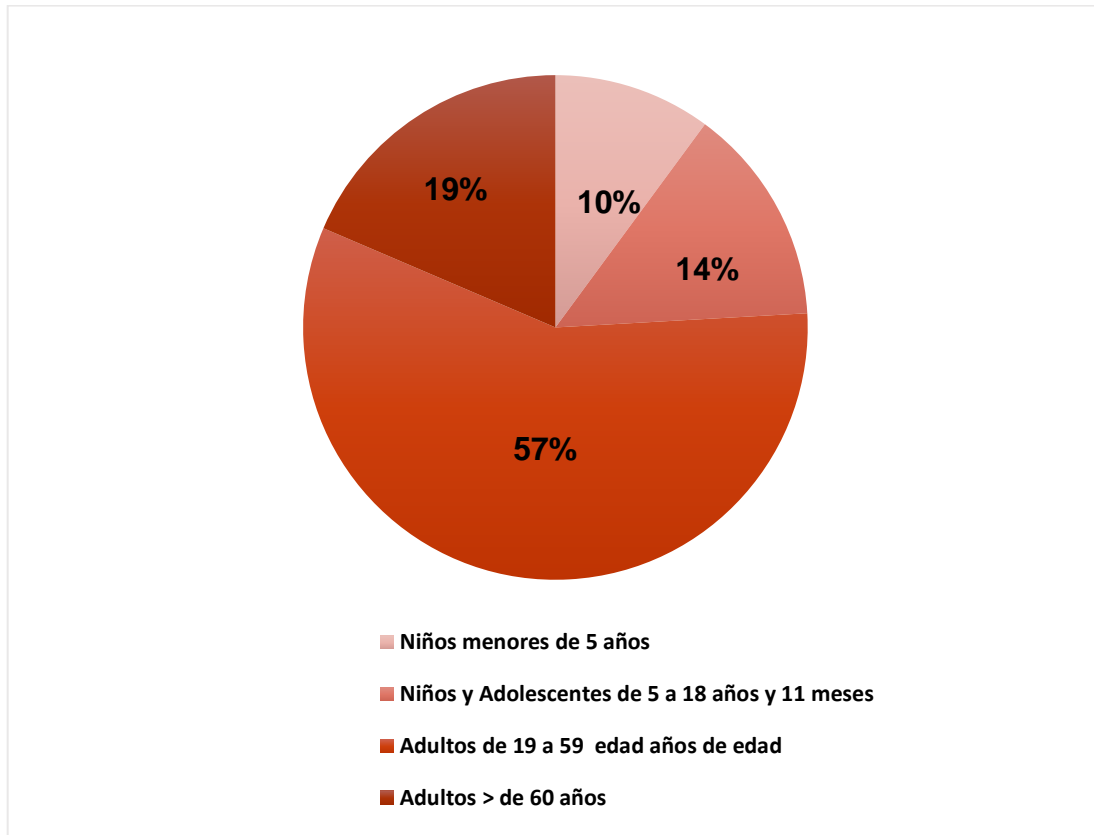
FASE VI Presentación del informe final

Actividad 6.1 Presentación del informe final a la unidad de posgrado de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina UMSA

VII. RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE POBLACIÓN EN ESTUDIO

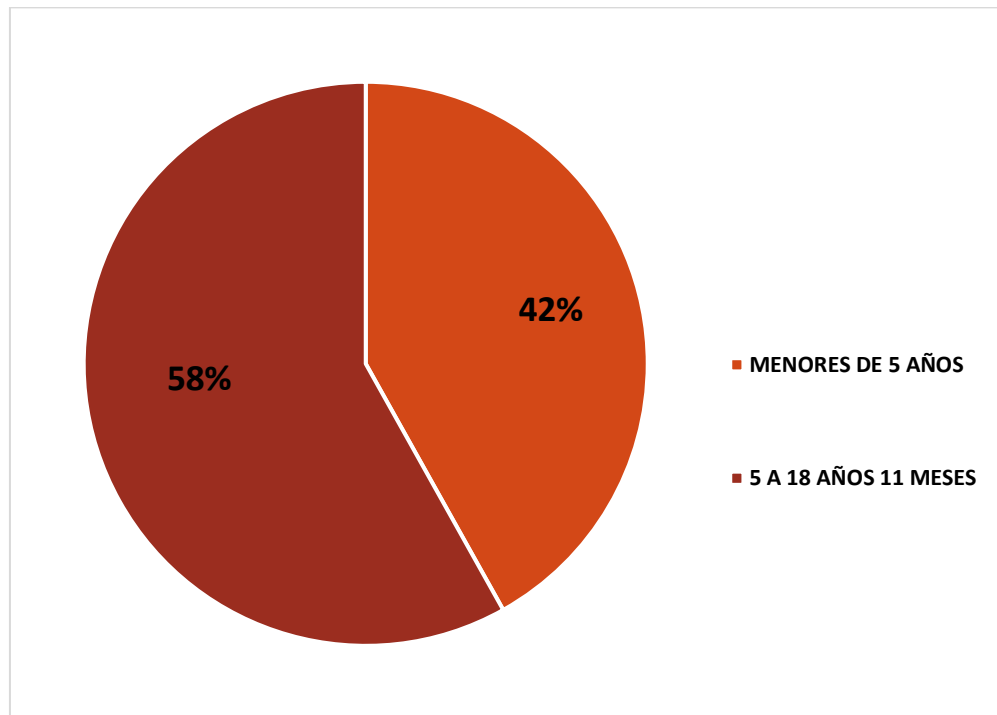
GRAFICO N° 1 POBLACIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

La población estudiada estuvo compuesta de 307 pacientes internados en la Clínica Regional de La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada, captados en el periodo de agosto a octubre de 2022. Podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes tenía edades comprendidas entre 19 a 59 años, con 176 pacientes, seguidas de niños y adolescentes con 74 y 57 pacientes adultos mayores.

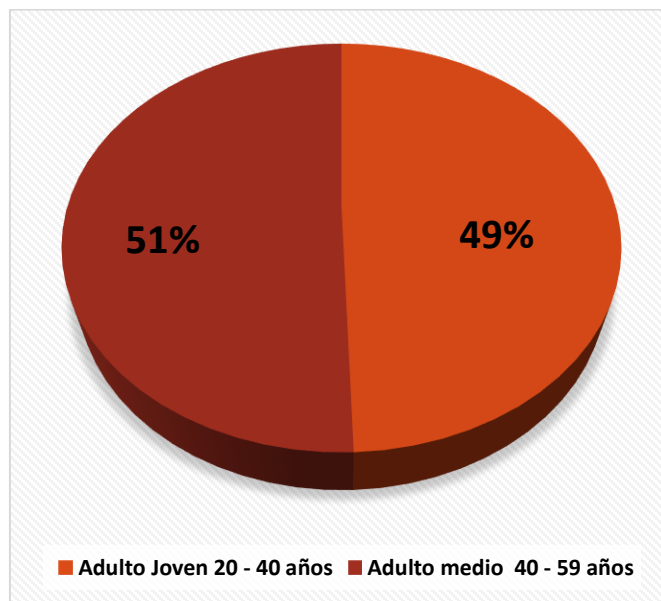
GRAFICO N° 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO (DE MENORES DE 5 AÑOS Y 5 A 18 AÑOS). INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

La distribución de la población según edad de 74 pacientes muestra una leve mayoría en niños del rango de 5 a 18 años, con 43 pacientes y 31 menores de 5 años respectivamente

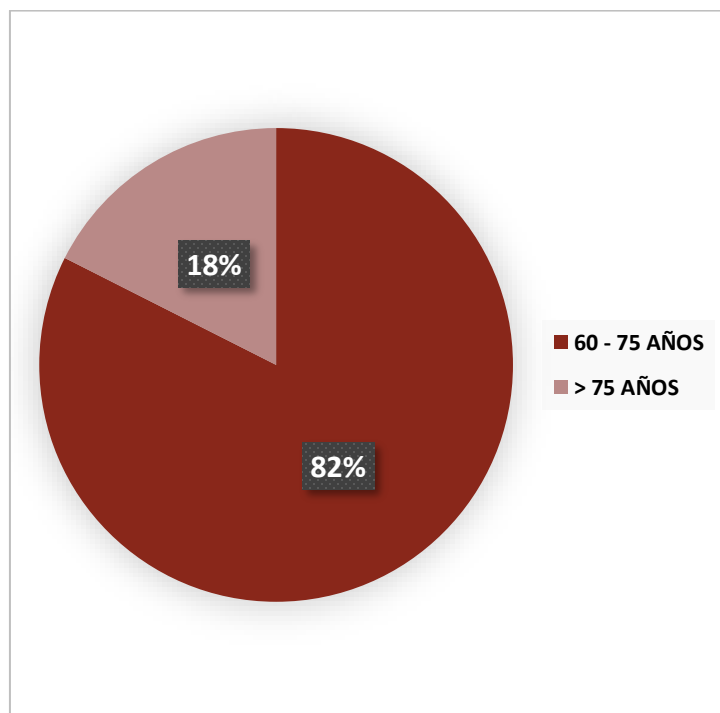
GRAFICO N° 3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO (DE 20 A 40 AÑOS Y DE 41 A 59 AÑOS DE EDAD). INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En el grupo de adultos el total de casos captados fueron de 176; la distribución de la población según edad muestra una leve mayoría en el rango de edad de 40 a 59 años, con un total de 89 pacientes internados en la Clínica Regional La Paz de la Caja de la Banca en el período de estudio.

GRAFICO N° 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO (DE 60 A 75 AÑOS Y > 75 AÑOS DE EDAD). INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

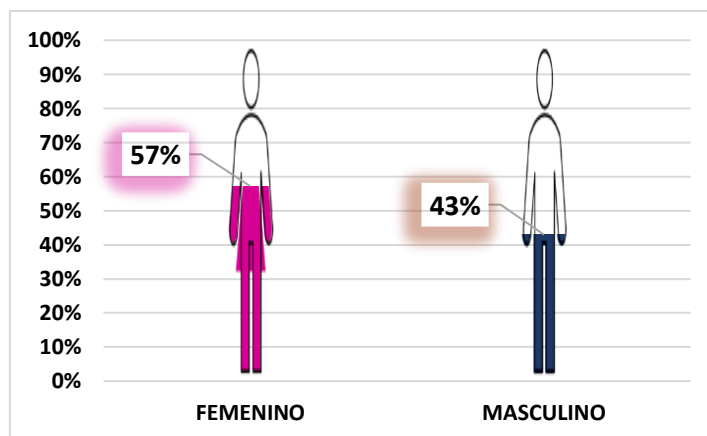


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Ocho de cada 10 pacientes adultos mayores que se internan en la Clínica Regional de La Paz, Caja de Salud de la Banca Privada se encuentran en el rango de edad de 60 a 75 años con un total de 47 pacientes; el total de casos captados en este grupo fueron de 56.

7.2 POBLACIÓN POR SEXO

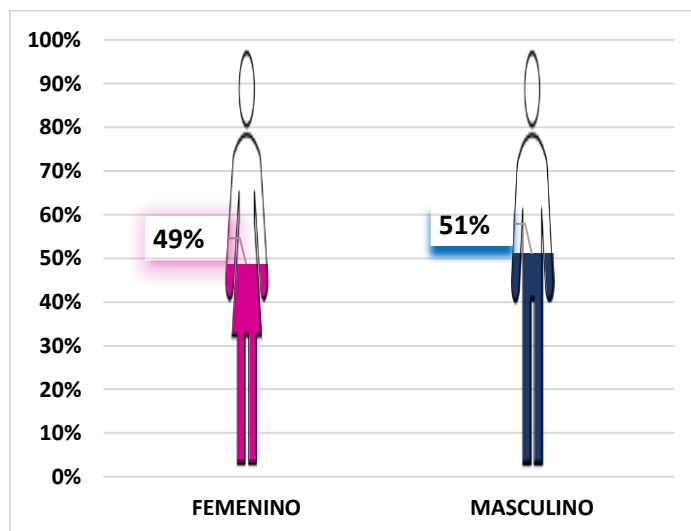
**GRAFICO N° 5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022.

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio, de un total de 307 casos, la distribución de la población según sexo muestra una leve mayoría en mujeres, con un total de 176 casos, en relación a 131 pacientes masculinos internados en la Clínica Regional La Paz de la Caja de la Banca en el periodo de estudio.

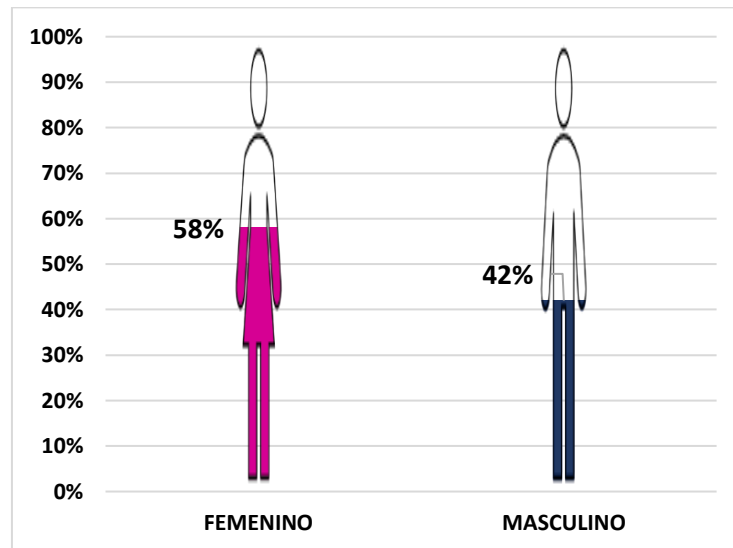
GRAFICO N° 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO (NIÑOS Y ADOLESCENTES) INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

La distribución de la población según sexo en niños y adolescentes con un total de 74 pacientes, muestra una leve mayoría en varones con 38 casos y 36 de pacientes mujeres internados en la Clínica Regional La Paz de la Caja de la Banca en el periodo de estudio.

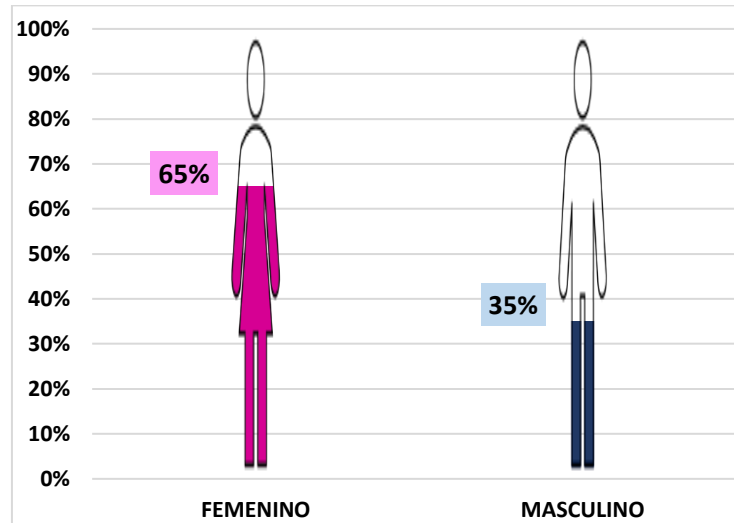
**GRAFICO N° 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO (ADULTOS)
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 202

De acuerdo a los datos obtenidos de un total de 176 pacientes, 102 corresponde al sexo femenino y 74 al sexo masculino es decir seis de cada 10 pacientes adulto que se internan en la Clínica Regional de La Paz, Caja de Salud de la Banca Privada son mujeres.

GRAFICO N° 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO (ADULTOS MAYORES) INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

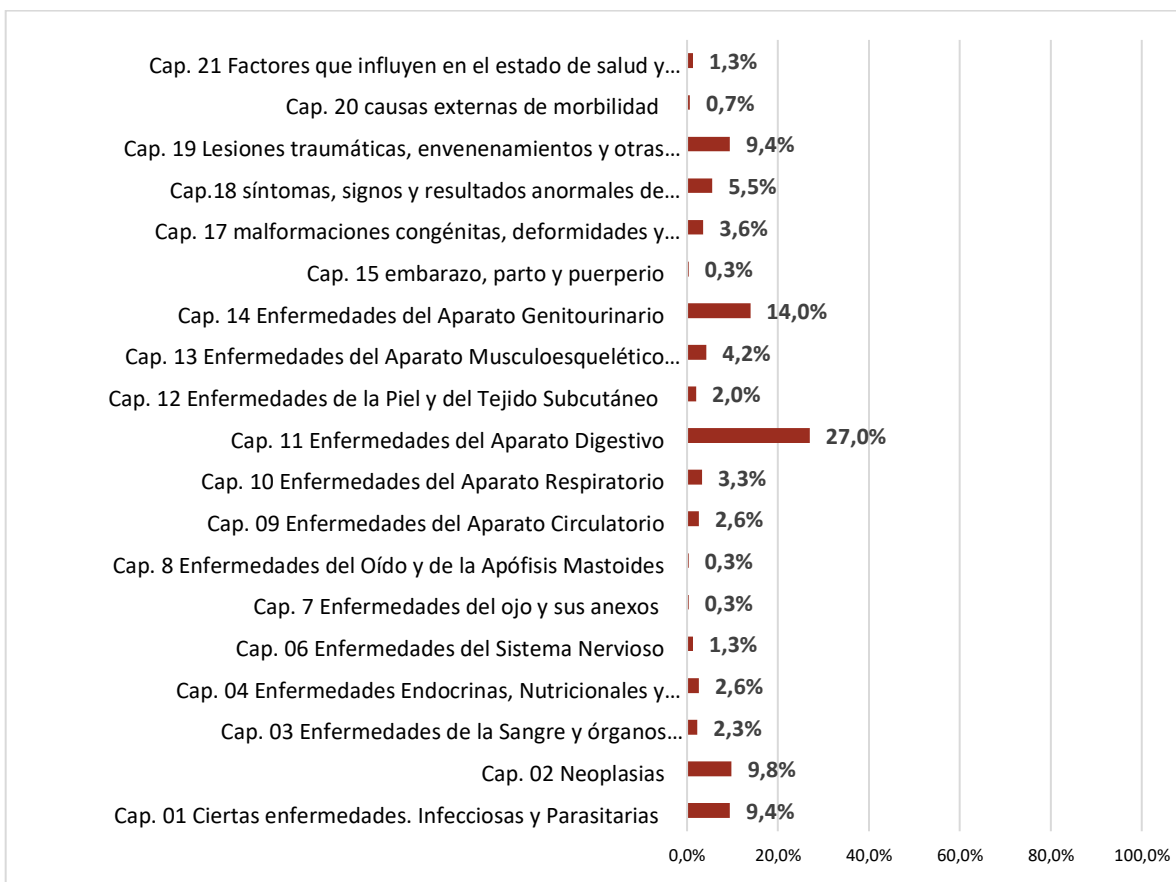


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Con un total de 56 datos obtenidos, 37 corresponde al sexo femenino y 20 al sexo masculino, es decir al igual que los adultos (cuadro 7) seis de cada 10 pacientes adulto mayores que se internan en la Clínica Regional de La Paz, Caja de Salud de la Banca Privada son mujeres.

7.3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR PATOLOGÍA, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ.

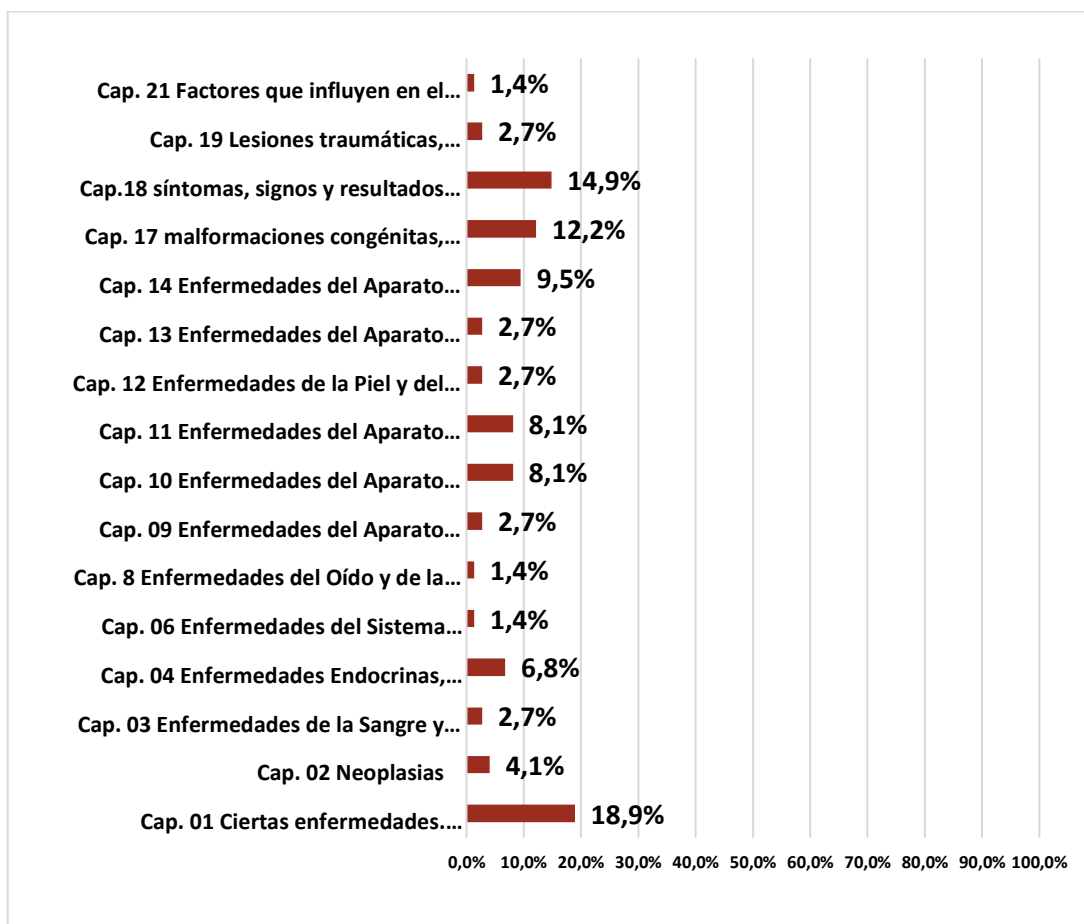
GRAFICO N° 9 MOTIVO DE INTERNACION EN PACIENTES EN LA CSBP. DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Tres de cada diez pacientes se internaron con las patologías del grupo de Enfermedades del Aparato digestivo (Cap. 11, con 83 casos); seguidas por el grupo de Enfermedades del Aparato Genitourinario (Cap.14, 42 casos), y en un porcentaje menor con patologías de Enfermedades del oído y Enfermedades del ojo con un caso respectivamente

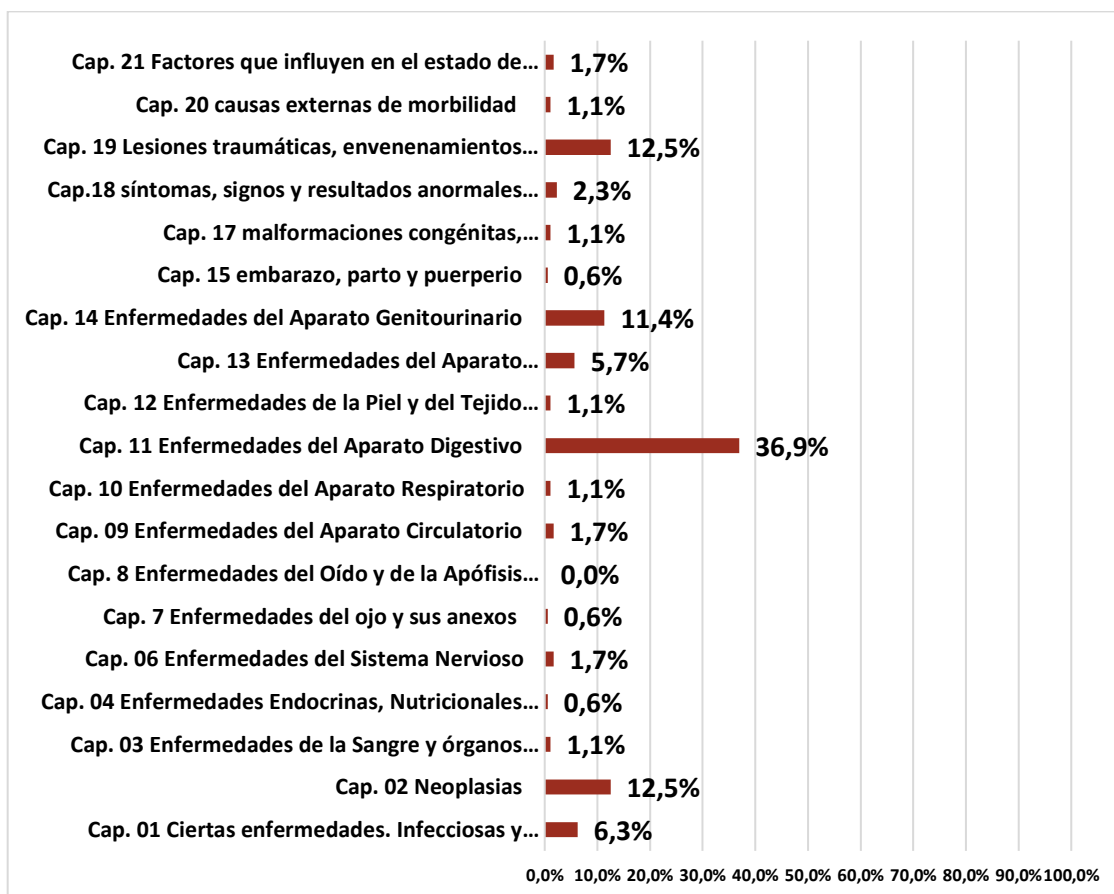
**GRAFICO N° 10 MOTIVO DE INTERNACION EN PACIENTES PEDIATRICOS,
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Las patologías del grupo de Ciertas enfermedades. Infecciosas y Parasitarias (Cap. 01; con 14 casos) fueron la causa más frecuente de internación en niños y adolescentes; seguidas por el grupo de síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias (Cap.18 con 11 casos).

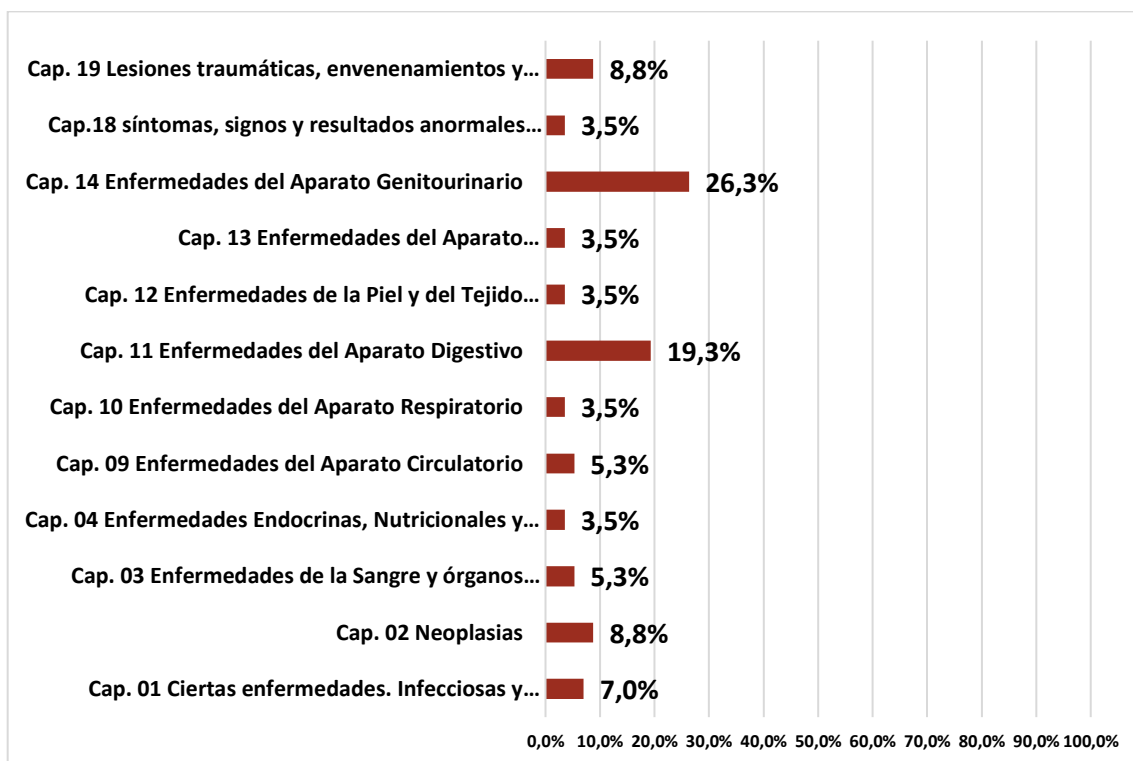
**GRAFICO N° 11 MOTIVO DE INTERNACION EN PACIENTES ADULTOS,
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

La causa más frecuente de internación en pacientes adultos fueron las Enfermedades del Aparato Digestivo (Cap.11, con 65 casos); las Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (Cap.19, con 22 casos), las neoplasias (CAP 02, con 22 casos), seguidas por las Enfermedades del Aparato Genitourinario (Cap. 14).

**GRAFICO N° 12 MOTIVO DE INTERNACION EN ADULTOS MAYORES,
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**

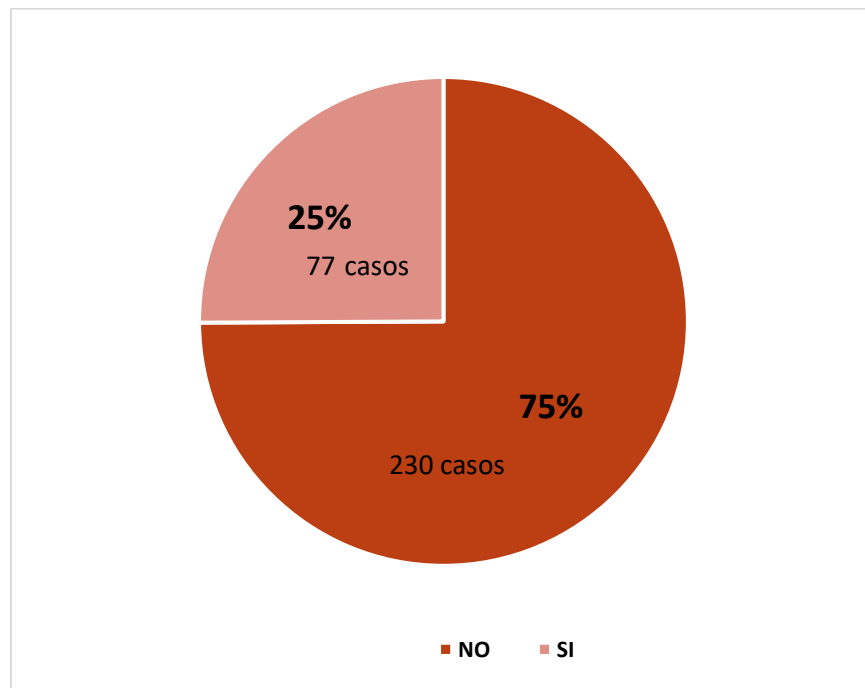


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

La causa más frecuente de internación en pacientes adultos mayores fueron las del Aparato Genitourinario (Cap. 14, con 16 casos), seguidas por las Enfermedades del Aparato Digestivo (Cap.11, con 11 casos); y las Lesiones traumáticas (Cap. 19 con 5 casos) y las neoplasias (Cap. 02, con 5 casos)

7.4 RIESGO DE DESNUTRICION INTRAHOSPITALARIA SEGÚN VGS.

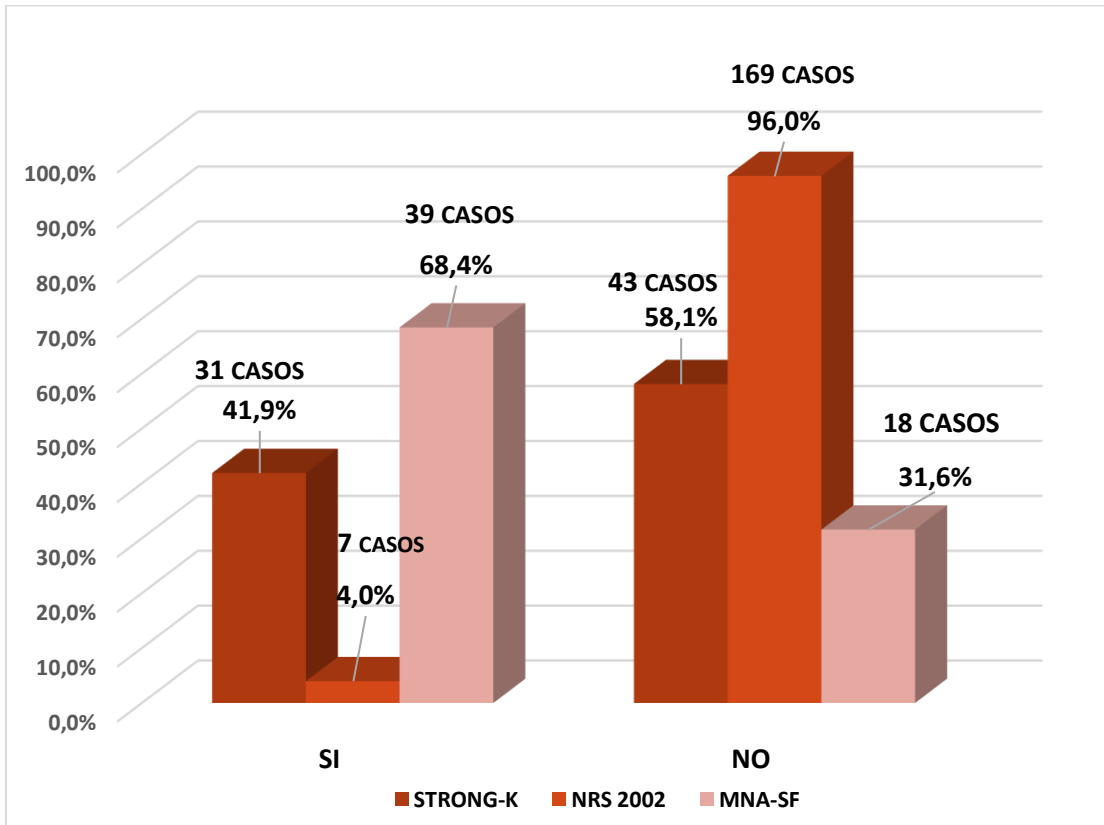
GRAFICO N° 13 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN VGS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

De forma global, 2 a 3 de cada 10 pacientes que se internaron a la Clínica de la CSBP presentaron riesgo de desnutrición, categoría en la que se incluyó aquellos que los diferentes instrumentos dieron diagnóstico de desnutrición.

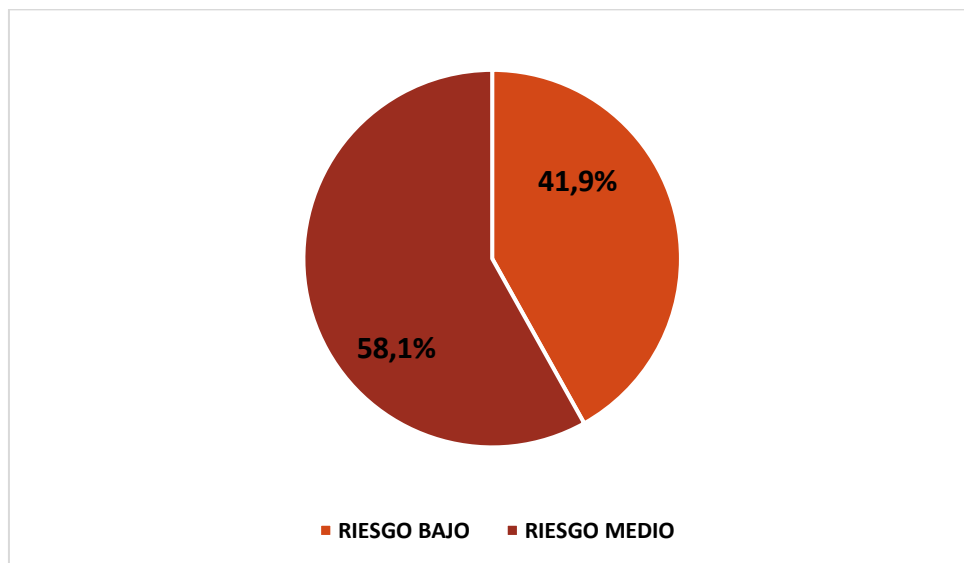
GRAFICO N° 14 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN HERRAMIENTA DE VGS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ, - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Según la gráfica anterior, vemos que 7 de cada 10 adultos mayores estaban en riesgo de desnutrición (1 de ellos ya desnutrido) al momento de su internación, seguidos por el grupo de niños y adolescentes en los que 4 de cada 10 niños presentaban riesgo nutricional. En el caso de los adultos, la prevalencia de riesgo nutricional corresponde a la décima parte de la descrita en niños y adolescentes.

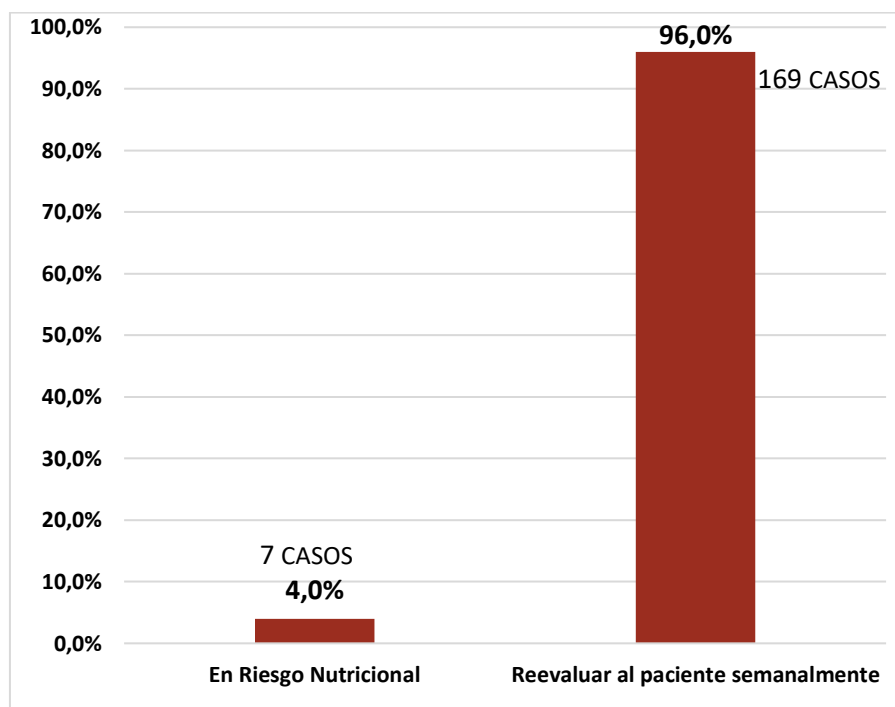
**GRAFICO N° 15 RIESGO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
SEGÚN STRONGkids, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA
PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022**



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

Cuatro de cada 10 pacientes niños y adolescentes presenta riesgo medio de desnutrición al momento de su internación en la Clínica, de un total de 74 pacientes 36 presentan riesgo bajo y 38 con riesgo medio.

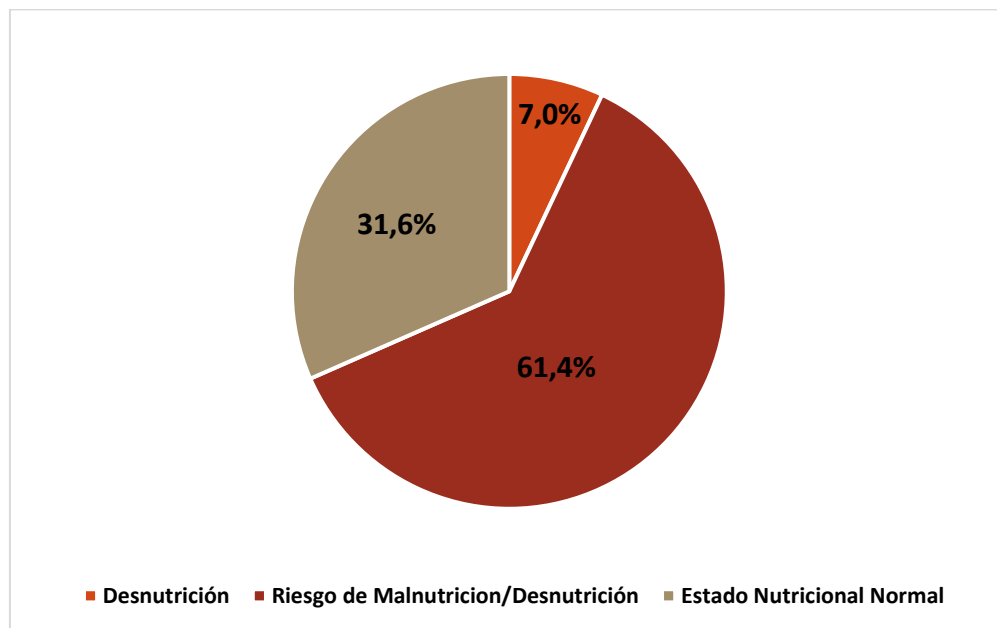
**GRAFICO N° 16 RIESGO NUTRICIONAL EN ADULTOS SEGÚN NRS 2002,
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022.**



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

Uno de cada 20 pacientes adultos presenta riesgo de desnutrición al momento de su internación en la Clínica y, por tanto, deberían recibir intervención nutricional.

**GRAFICO N° 17 RIESGO NUTRICIONAL ADULTO MAYOR SEGÚN MNA-SF,
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**



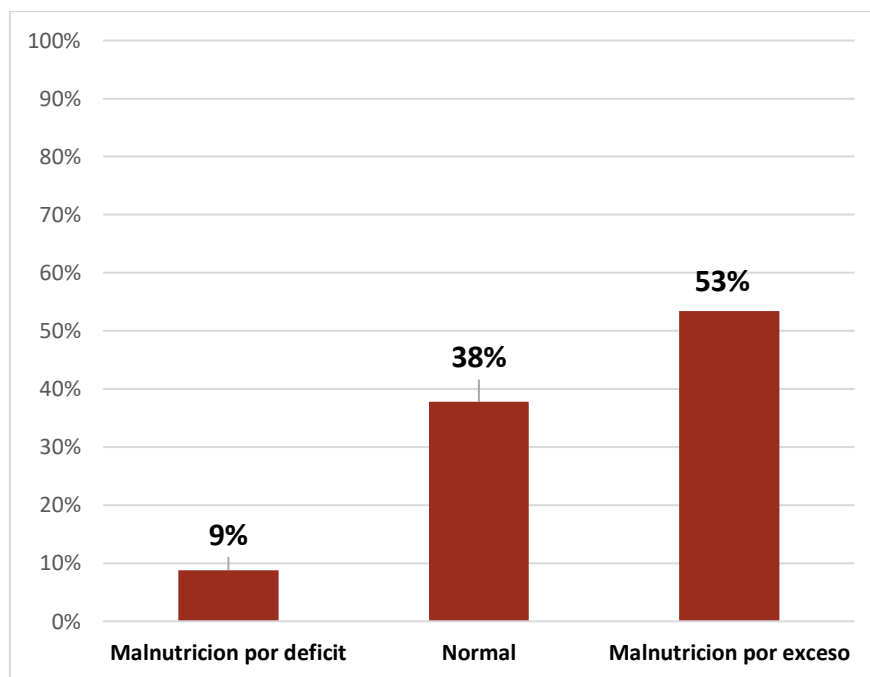
FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

Seis de cada 10 pacientes en adultos mayores presentan riesgo a desnutrición a tiempo de ser ingresados a la Clínica y aproximadamente 1 de cada 10 ya se encontraba en categoría de desnutrición según el instrumento aplicado.

Los datos recolectados fueron 57 pacientes de los cuales 4 están con desnutrición, 35 pacientes en Riesgo de malnutrición y 18 en estado nutricional normal

7.5 VALORACION GLOBAL OBJETIVA SEGÚN METODO ANTROPOMETRICO, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ.

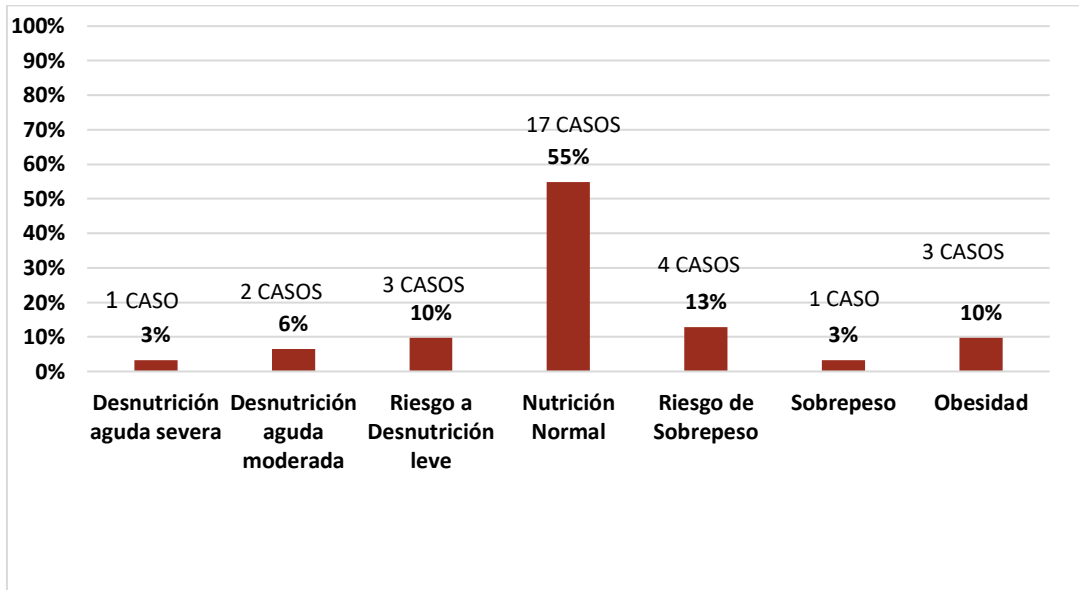
GRAFICO N° 18 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO (TODOS LOS GRUPOS), DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

De los datos recolectados en el estudio de 307 pacientes 27 están con Malnutrición por déficit 116 en estado Nutricional Normal, y 164 por Malnutrición por exceso es decir que uno de cada 10 pacientes tiene mal nutrición por déficit, mientras que 5 de cada 10 pacientes están con mal nutrición por exceso a tiempo de ser ingresados a la Clínica CSBP.

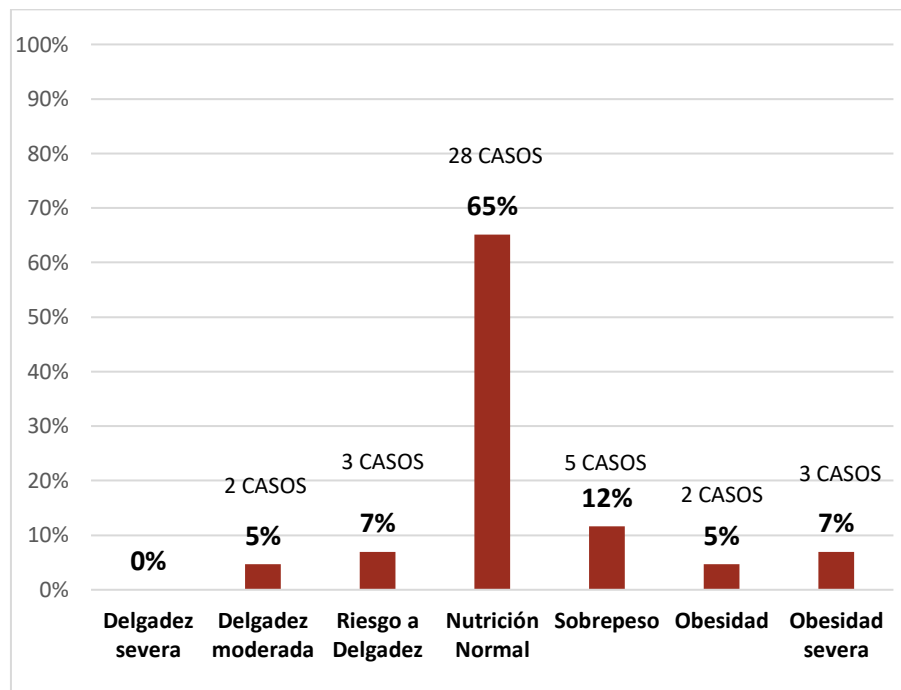
GRAFICO N° 19 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (INDICE P/T), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se evidencia que en el grupo de niños de 1 mes a 4 años y 11 meses, se encuentran que 2 de cada 10 pacientes cuentan con mal nutrición por déficit y 3 de cada 10 pacientes están en malnutrición por exceso. (Total de pacientes evaluados 31).

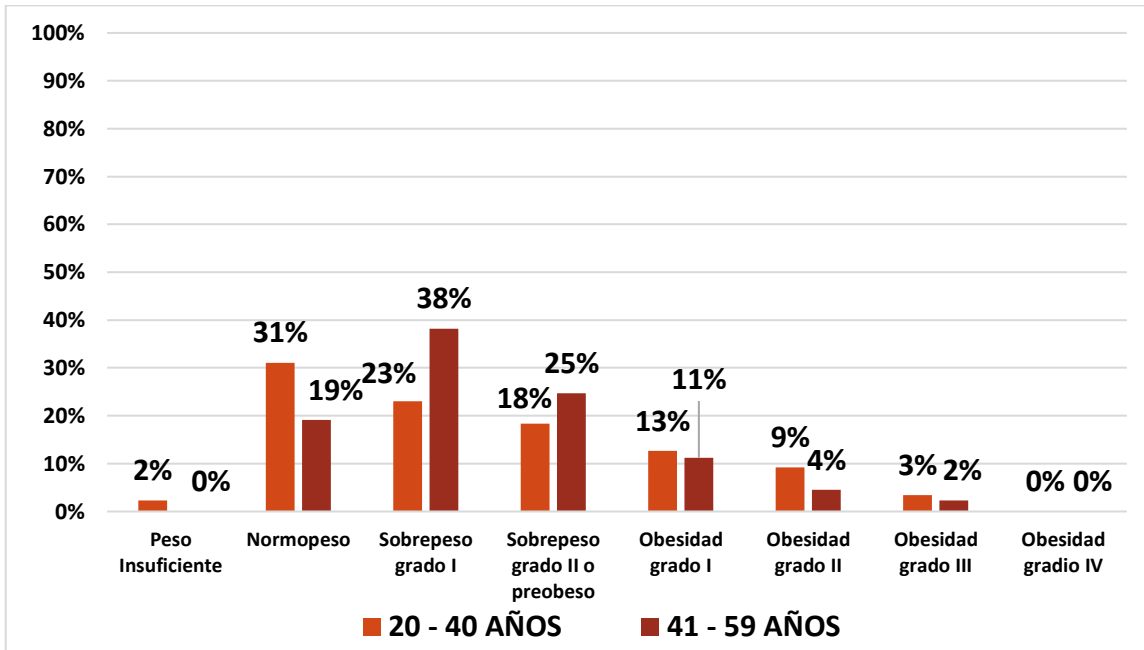
GRAFICO N° 20 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO NIÑOS Y ADOLESCENTES (5 A 18 AÑOS EDAD (IMC/E), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

En el grupo de niños de 5 a 18 años y 11 meses, 1 de cada 10 pacientes presentaban malnutrición por déficit, mientras que 2 de cada 10 tenían malnutrición por exceso. (Total de pacientes evaluados 43).

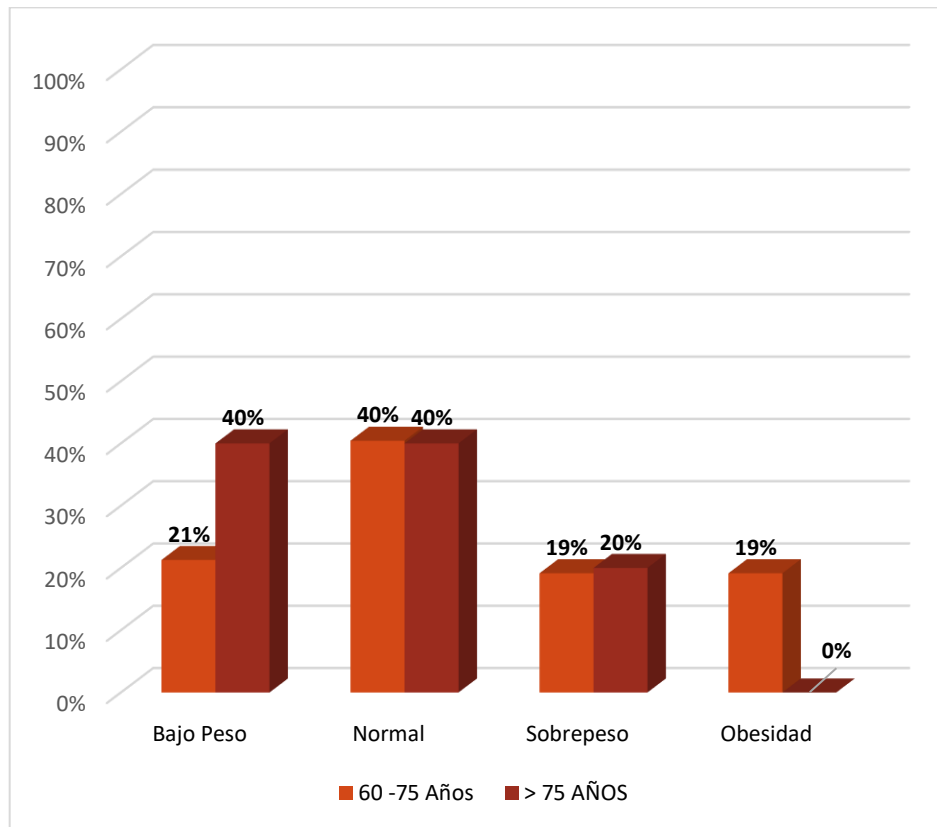
GRAFICO N° 21 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN ADULTOS (20 A 40 AÑOS Y 41 A 59 AÑOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Dentro del grupo de pacientes en edad adulta, se subdividió a los mismos en 2, observando en la gráfica anterior, que en los adultos jóvenes (20-40 años) con un total de 87 pacientes predomina el diagnóstico de estado nutricional normal, seguido por el sobrepeso grado I; en cambio en el rango de 40 a 59 años con 89 pacientes, en el grupo de los adultos medios (40-59 años) predomina la malnutrición por exceso con la categoría de sobrepeso, tanto leve como preobesidad.

GRAFICO N° 22 ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO EN ADULTOS MAYORES (60 -75 AÑOS Y > 75 AÑOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

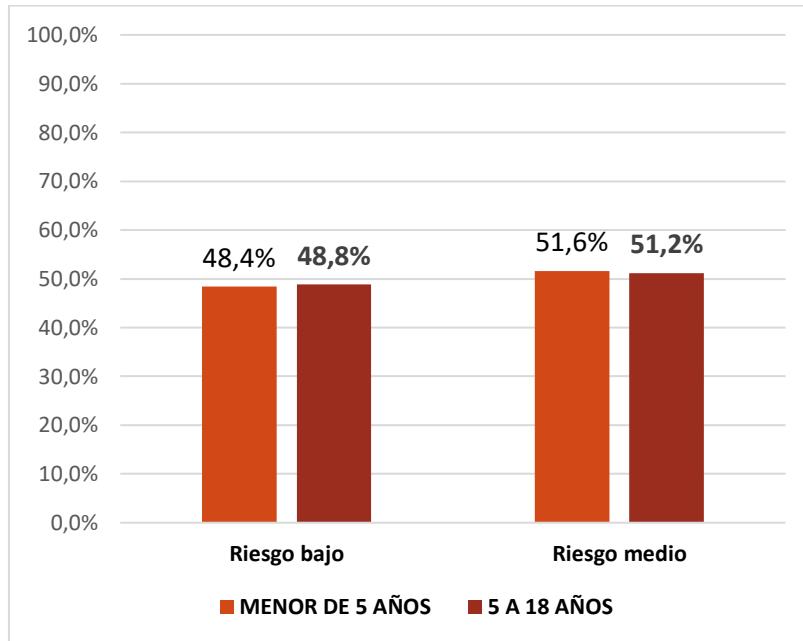


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En el grupo de adultos mayores con edades comprendidas entre los 60 y 75 años, (47 Pacientes) predomina el estado nutricional normal, seguido por la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad). Por el contrario, en los mayores de 75 años (10 pacientes), la mayoría se encuentra entre estado nutricional normal y enflaquecimiento, siendo notorio que la malnutrición por exceso es equivalente solo a la mitad de los casos de desnutrición.

7.6 RIESGO DE DESNUTRICION SEGUN EDAD.

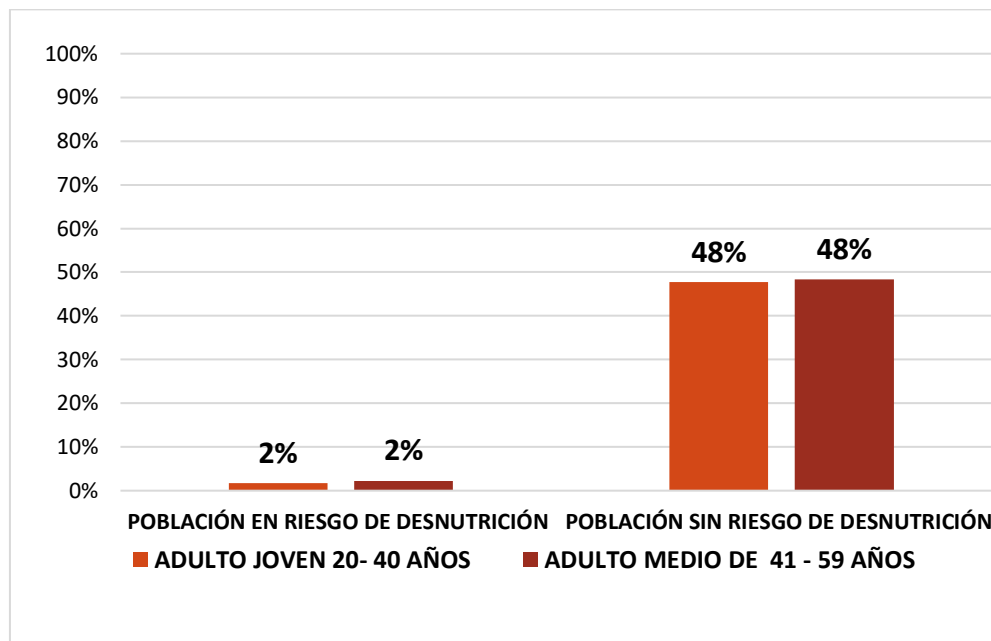
GRAFICO N° 23 RIESGO DE DESNUTRICION SEGUN EDAD (GRUPO NIÑOS Y ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Desagregando en subgrupos a los pacientes pediátricos internados en la Clínica de la CSBP, se aprecia que los menores de 5 años los que presentan con mayor frecuencia riesgo de desnutrición, de un total de 31 pacientes y mayores de 5 años con 43 pacientes

**GRAFICO N° 24 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN EDAD (ADULTOS),
INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA,
AGOSTO - OCTUBRE 2022**

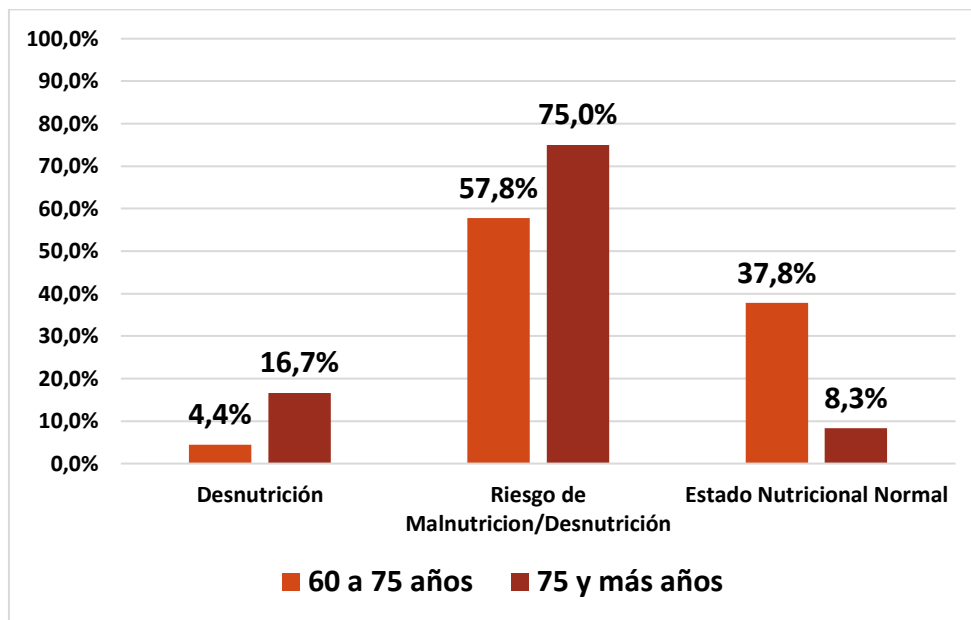


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

En la Gráfica 24 según grupo etario, se observa que de los adultos jóvenes comprendidos entre los 20 – 40 años de edad únicamente el 2% presento riesgo de desnutrición y el 48% sin riesgo.

Respecto al grupo etario de 41 a 59 años de edad, en similitud al anterior grupo el 2 % presenta riesgo de desnutrición y el 48% No presento riesgo de desnutrición.

GRAFICO N° 25 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN EDAD (ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



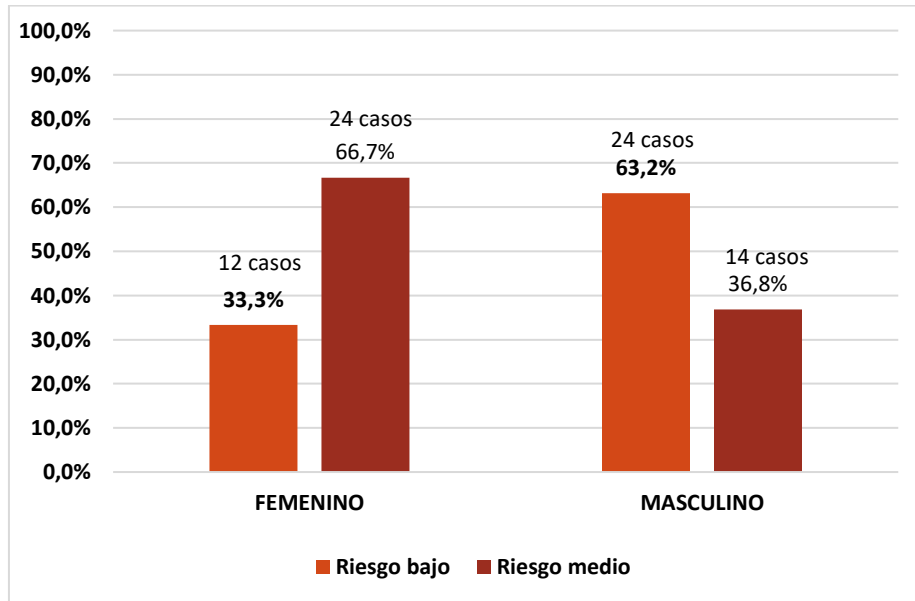
FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

El cuadro precedente nos muestra que del grupo etario 60 a 75 años de edad el 4.4% con 2 casos presento un cuadro de desnutrición; el 57,8%, con 28 casos presento riesgo de malnutrición/desnutrición; sin embargo, el 37.8% presento un estado normal de nutrición con 17 casos.

Los adultos mayores de 75 a más años de edad, el 16.7%, presento como resultado del cribado desnutrición con 2 casos, el 75% presento riesgo de malnutrición/ desnutrición con 7 casos y únicamente el 8.3% dio como resultado un estado de nutrición normal con un caso respectivamente.

7.7 RIESGO DE DESNUTRICION SEGUN SEXO

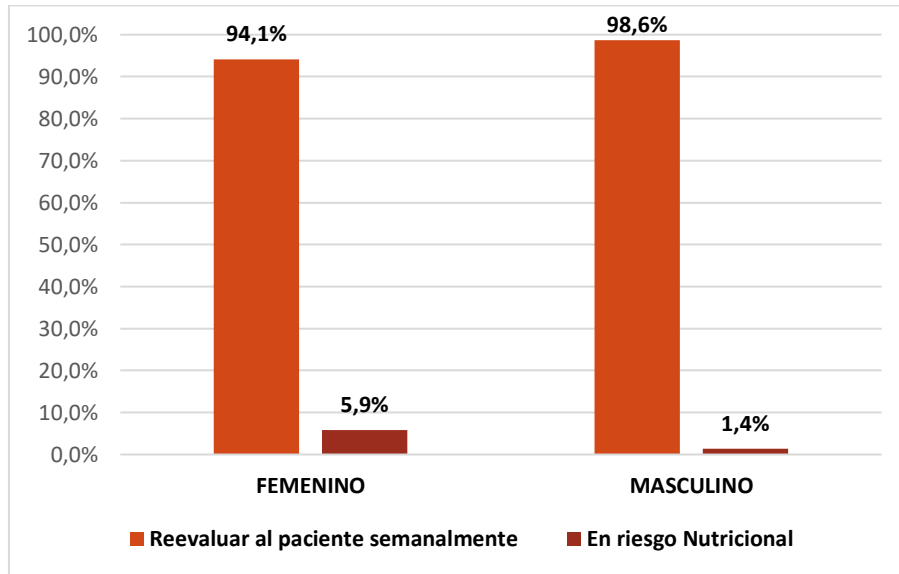
GRAFICO N° 26 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN SEXO (GRUPO NIÑOS Y ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Según datos obtenidos del total de 74 pacientes, se observa que 6 de cada 10 pacientes de sexo femenino presentaban riesgo de desnutrición en el momento de su internación. Con relación al sexo masculino, se encontró que 4 de cada 10 pacientes presentaban riesgo de desnutrición.

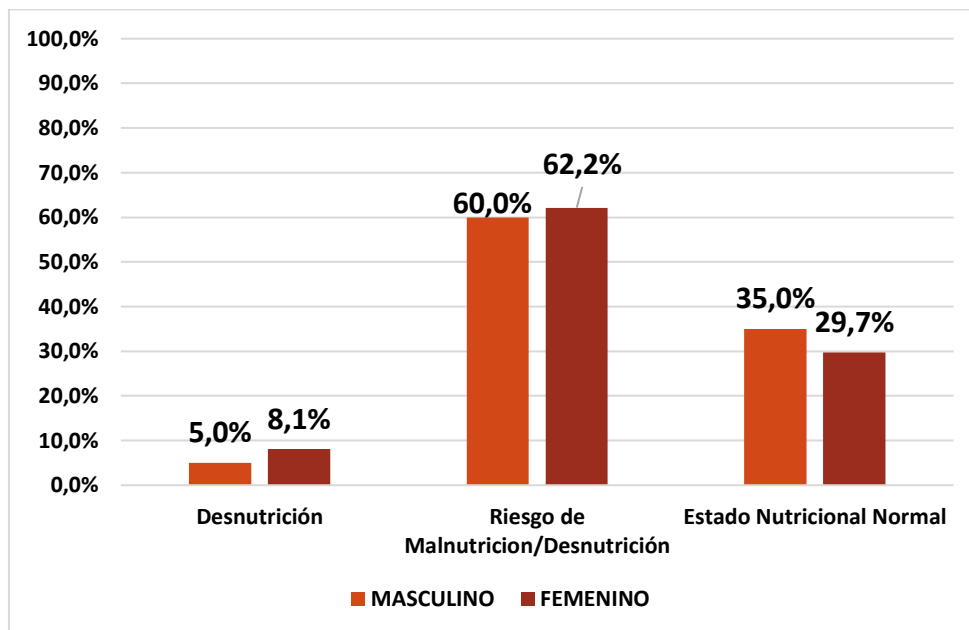
GRAFICO N° 27 RIESGO DE DESNUTRICION SEGUN SEXO (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ-BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

De cada 100 pacientes adultos, 6 tenían riesgo de desnutrición y pertenecían al sexo femenino; mientras que, en los varones, el riesgo se redujo a solo 1 de cada 100 pacientes internados en la CSBP, es decir que 6 pacientes femeninos y 1 paciente masculino están en riesgo nutricional; es decir que 96 pacientes femeninas se deben reevaluar semanalmente en relación a 73 pacientes masculinos y 6 pacientes femeninas y 1 paciente masculino están en riesgo nutricional.

GRAFICO N° 28 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN SEXO (GRUPO ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

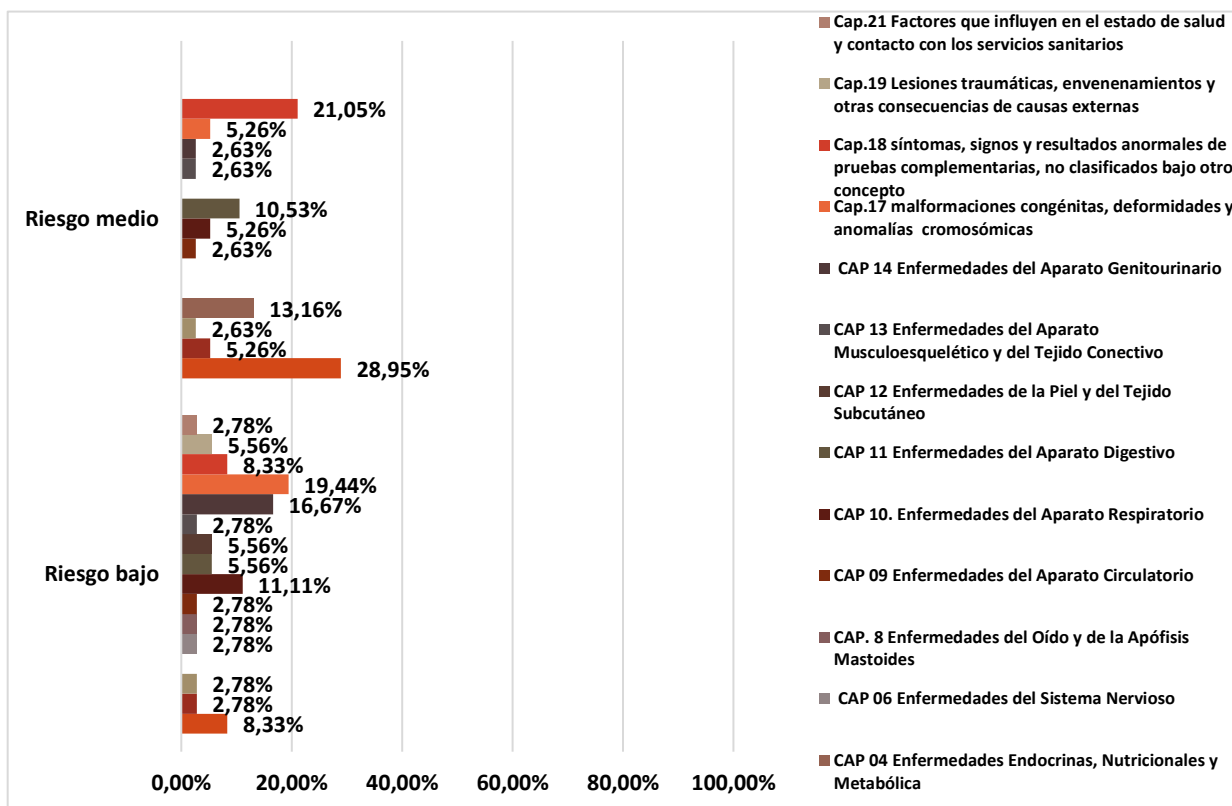


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

En el grupo de adultos mayores de sexo femenino 6 de cada 10 pacientes están en riesgo de desnutrición, comparado con el sexo masculino, donde 1 de cada 10 pacientes de sexo femenino ya presentaba desnutrición y en el caso de los varones 1 de cada 20 sujetos; es decir que en el sexo femenino se encontró con desnutrición 3 casos, con riesgo a malnutrición 23 casos, en estado nutricional normal 11 casos, en relación al sexo masculino un caso en desnutrición, 12 casos en riesgo a malnutrición y 7 casos en estado nutricional normal.

7.8 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN PATOLOGIA

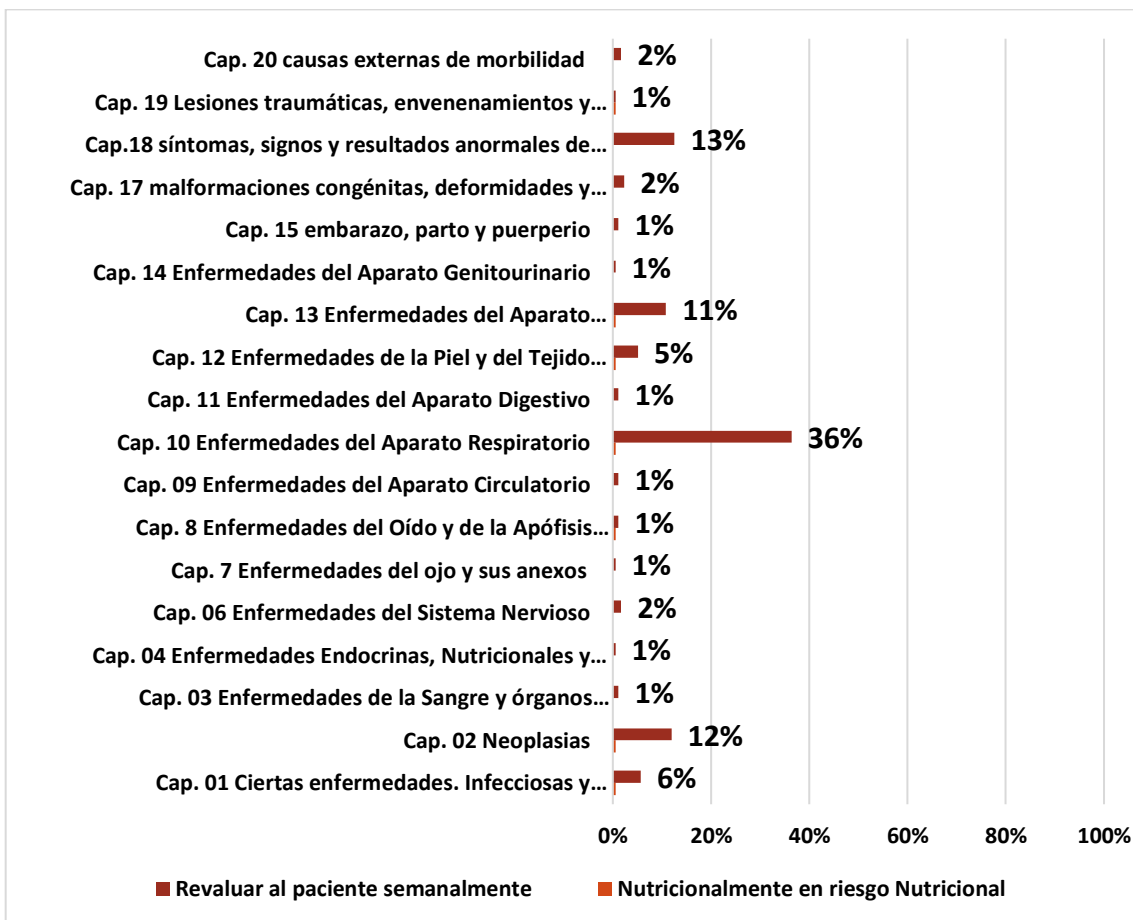
GRAFICO N° 29 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN PATOLOGÍA (GRUPO NIÑOS ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se observa que 3 de cada 10 pacientes pediátricos estudiados que presentaron riesgo de desnutrición fueron internados por enfermedades infecciosas y parasitarias (CAP 01) con un total de 28 casos, y 2 de esos 10 fueron internados por cuadros en estudio catalogados como síntomas, signos y resultados (CAP 18).

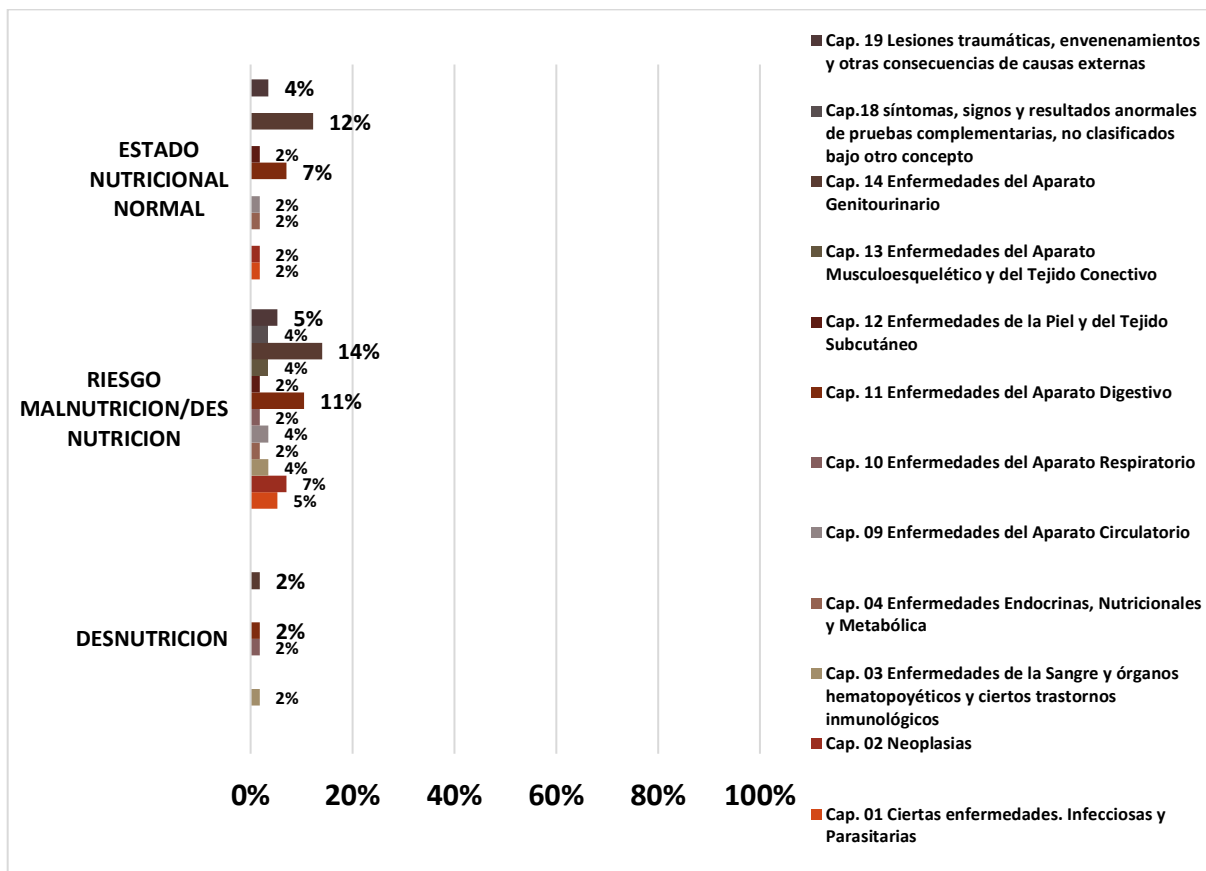
GRAFICO N° 30 RIESGO DE DESNUTRICIÓN SEGÚN PATOLOGÍA (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se observa que, en el grupo de los adultos, si bien los pacientes en riesgo de desnutrición son la minoría, se internan por causas varias, teniéndolos dispersos entre las categorías de los capítulos 1 (enfermedades infecciosas), 2 (neoplasias), 8 (enfermedades del oído), 10 (enfermedades respiratorias), 12 (enfermedades de la piel y tejido conectivo), 13 (enfermedades genito-urinarias) y 19 (lesiones traumáticas).

**GRAFICO N° 31 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN PATOLOGIA
(ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA
PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022**

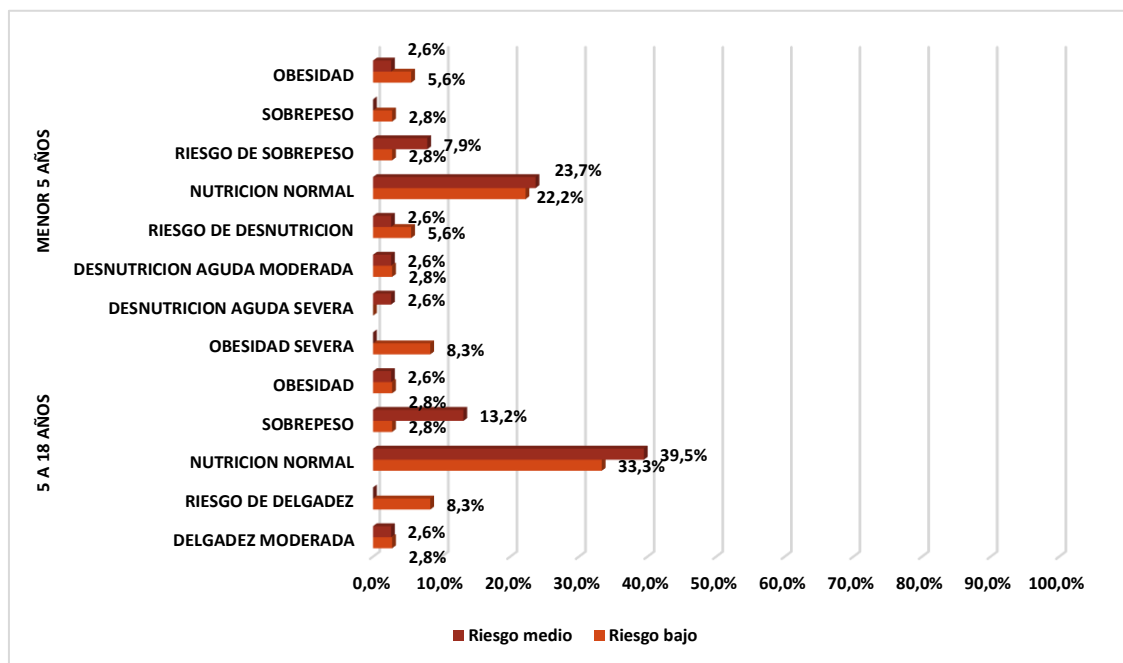


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se observa que los adultos mayores con riesgo de desnutrición 1 de cada 10 se interna por enfermedades del aparato genitourinario (CAP 14), y con menor frecuencia se encuentran los que se internan por enfermedades del aparato digestivo (CAP 11). En el caso de los adultos mayores en categoría de Desnutrición según el MNA-SF-SF los motivos de internación fueron enfermedades del aparato genitourinario, del aparato digestivo, aparato respiratorio y enfermedades de la sangre.

7.9 RIESGO DE DESNUTRICION SEGUN ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL

GRAFICO N° 32 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

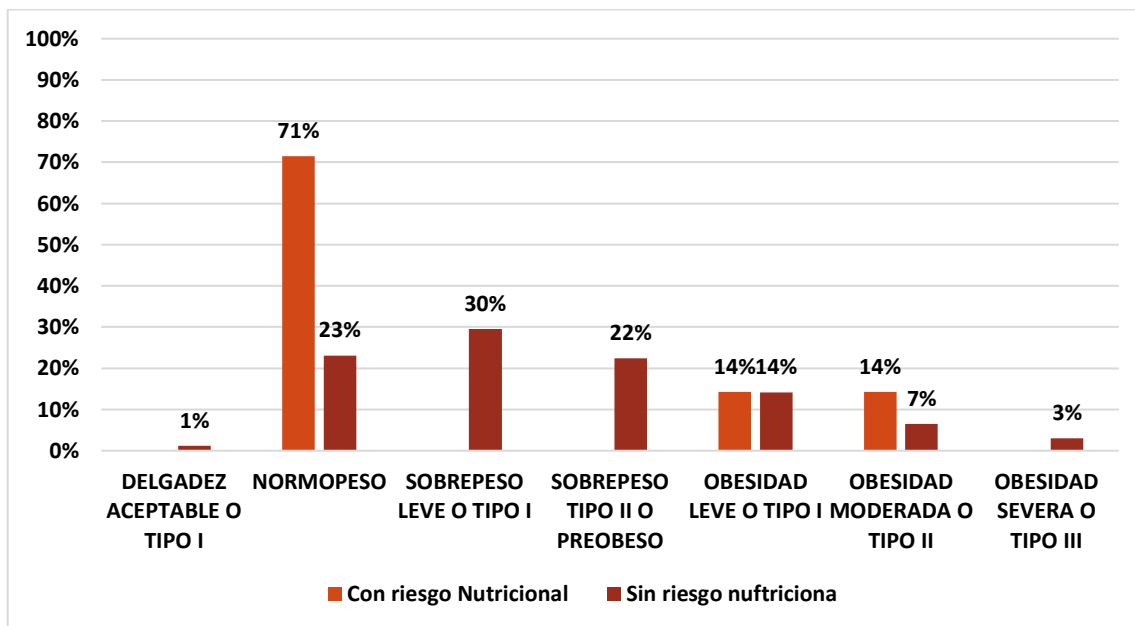


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Analizando el riesgo nutricional según el estado nutricional antropométrico en menores de 5 años, observamos que los niños con desnutrición aguda de grado severo presentaron en su mayoría riesgo medio, en el caso de niños con riesgo de sobrepeso la mayoría también presentó riesgo medio de desnutrición.

En los niños y adolescentes, evaluados antropométricamente con el IMC/Edad, observamos que en los niños y adolescentes que con mayor frecuencia presentaron riesgo medio según la herramienta STRONGkids tenían sobrepeso, seguidos por los que presentaban un estado nutricional normal.

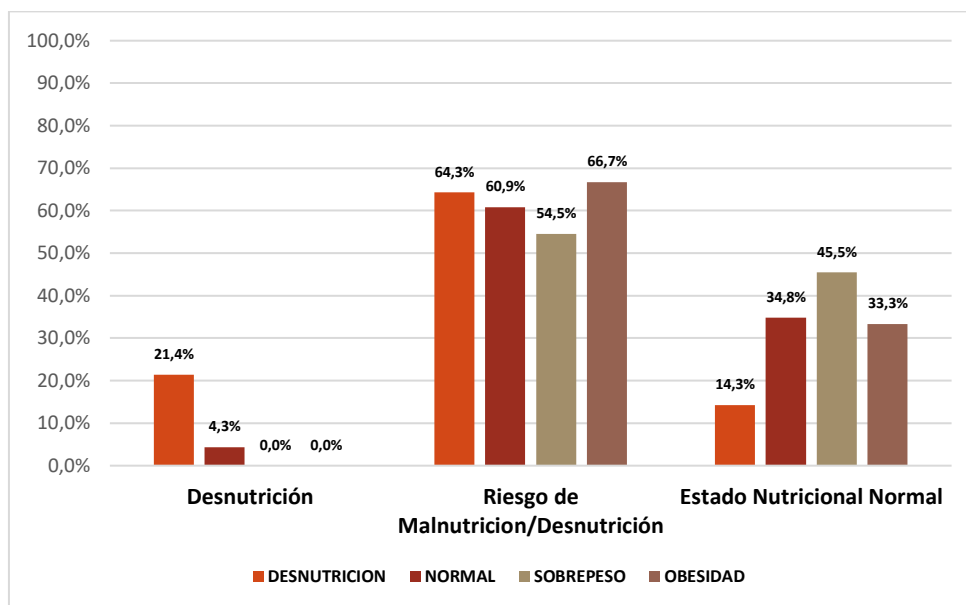
GRAFICO N° 33 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En el grupo de pacientes adultos con riesgo nutricional, presentaban en su mayoría un estado nutricional normal, y en un menor porcentaje obesidad moderada. Llama la atención que en el pequeño grupo de sujetos con delgadez no se detectó riesgo nutricional con la herramienta indicada.

GRAFICO N° 34 RIESGO DE DESNUTRICION SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL (ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

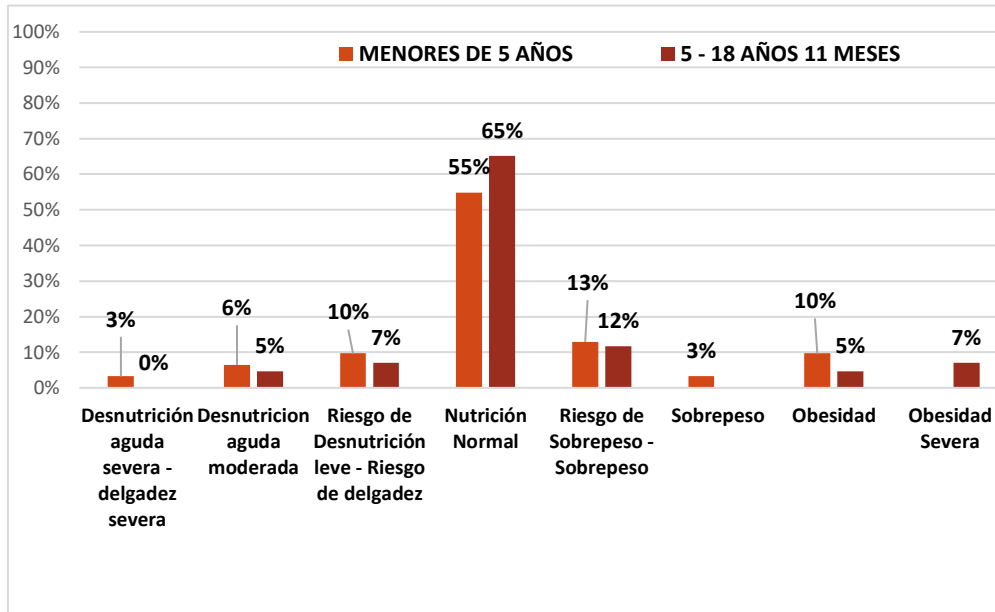


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En esta gráfica observamos que existe una adecuada coincidencia entre la determinación del riesgo nutricional (ya sea como riesgo de desnutrición o desnutrición propiamente dicha) en los pacientes que según la evaluación antropométrica se encontraban con desnutrición (enflaquecimiento según el IMC corregido para el adulto mayor). En la categoría de riesgo de desnutrición se encontraron los 4 diagnósticos de la evaluación antropométrica, sin una mayoría notoria entre categorías. Llama la atención que en el grupo de sujetos sin riesgo nutricional (Estado nutricional normal según el MNA-SF-SF) se encontraron sujetos con desnutrición según la evaluación nutricional objetiva antropométrica.

7.10 ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL SEGUN GRUPO ETAREO

GRAFICO N° 35 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD (GRUPO NIÑOS Y ADOLESCENTES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

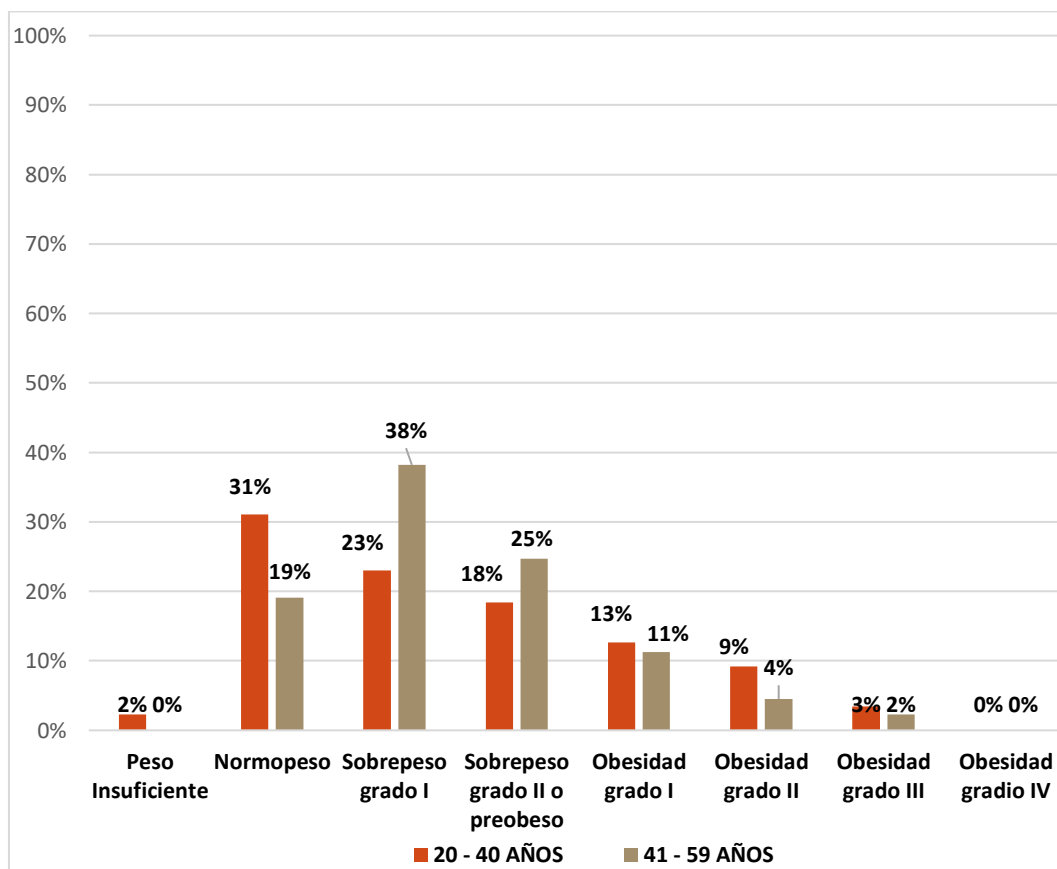


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se observa que más de la mitad de los niños menores de 5 años presentaba estado nutricional normal (55%), uno de cada 10 niños de ese grupo se hallaba con riesgo de malnutrición por exceso (13%) y otro valor similar, 1 de cada 10, ya presentaba algún grado de malnutrición por exceso 23% (sobrepeso u obesidad). En cuanto a la malnutrición por déficit 2 de cada 10 niños tenían desnutrición (19%) de algún grado, llegando incluso a que 1 niño de cada 30 podría presentar desnutrición severa.

En los niños y adolescentes de 5 a 19 años, dos tercios se encontraban con estado nutricional normal (65%); 2 a 3 de cada 10 tenían sobrepeso u obesidad (24%), mientras que la malnutrición por déficit se presentó en 1 de cada 10 casos (12%).

GRAFICO N° 36 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

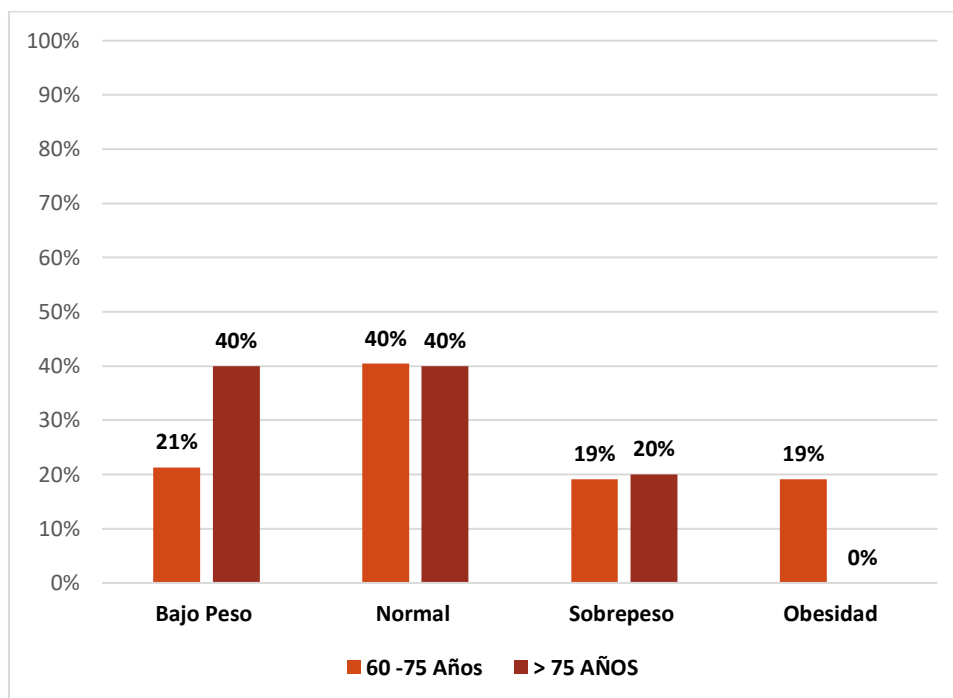


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se observa que, en el grupo de adulto joven un mayor porcentaje se encuentra en sobrepeso grado I y en un menor porcentaje en obesidad grado III.

En relación al grupo de adultos un mayor porcentaje se encuentran con un estado nutricional normal y en un menor porcentaje con malnutrición por déficit (peso insuficiente)

GRAFICO N° 37 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD (GRUPO ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

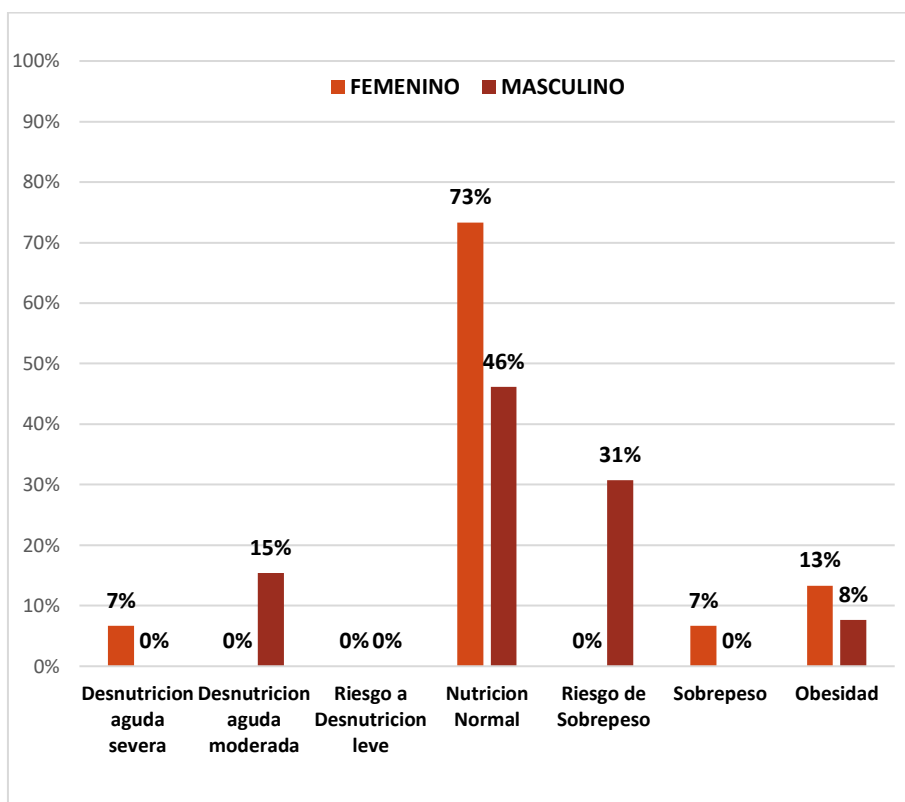


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados -
Gestión 2022

Los adultos mayores de 75 años presentaban un cuadro de enflaquecimiento equivalente a desnutrición con un 21%, en un porcentaje que duplicaba al presentado por los menores de 75 años, 40%. Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso fue similar en ambos subgrupos, pero en el caso de la obesidad, solo fue encontrada en los adultos mayores de 60 a 75 años y no en los mayores de 75 con un 19%.

7.11 ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL SEGUN SEXO Y GRUPO ETAREO

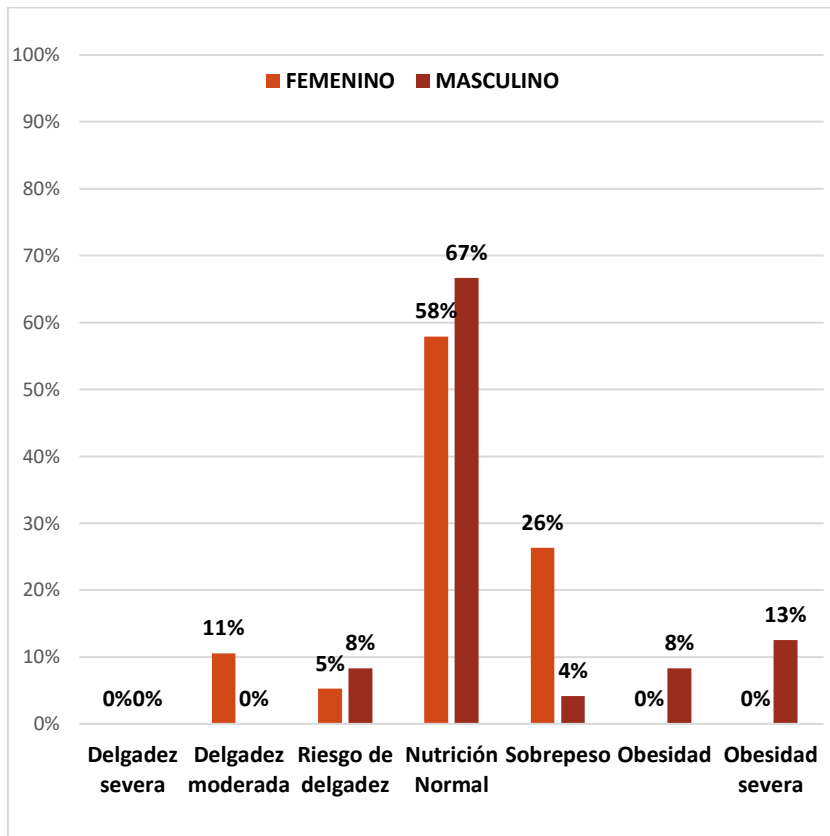
GRAFICO N° 38 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En niños menores de 5 años se observó que en un grupo de 10 pacientes de sexo masculino 1 de ellos tiene malnutrición por déficit (15%) y 4 de cada 10 pacientes con malnutrición por exceso (39%). En el caso de las niñas, de cada 10 pacientes 2 de ellas tienen sobrepeso u obesidad (20%) y un 7% por malnutrición por déficit.

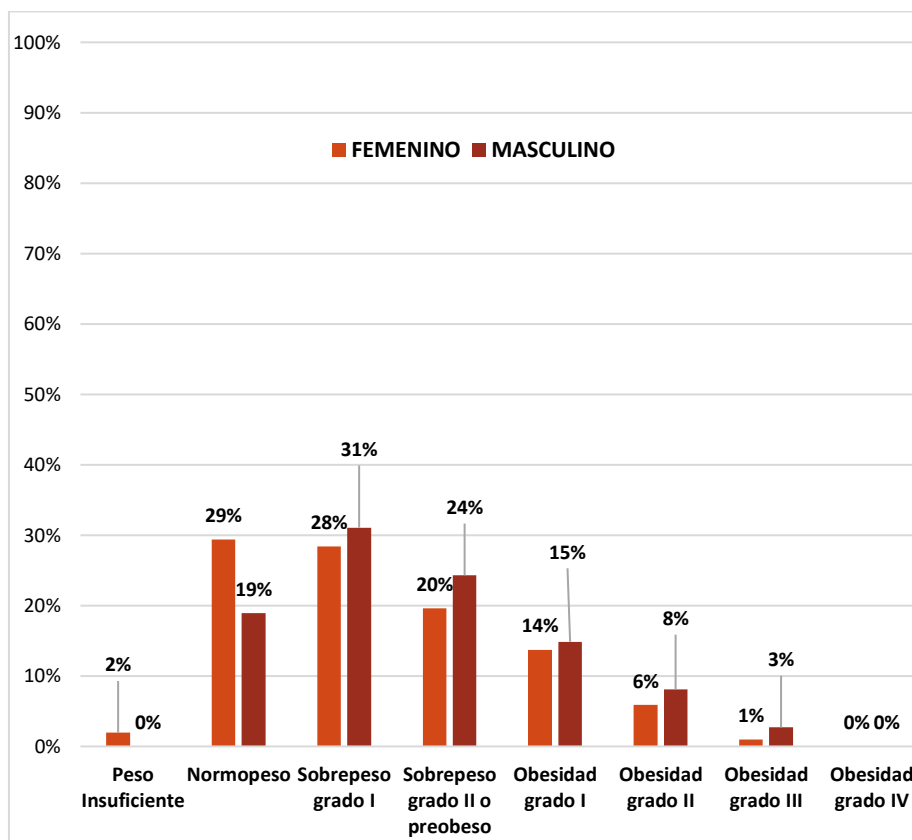
GRAFICO N° 39 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO NIÑOS DE 5 A 18 AÑOS Y 11 MESES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ- BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En niños comprendidos de 5 a 18 años y 11 meses se observó que la malnutrición por déficit afectó más al sexo femenino (16%), principalmente en la categoría delgadez moderada, mientras que 3 de cada 10 niñas y adolescentes presentaban sobrepeso (26%), en comparación con los varones que con una frecuencia similar (3 de cada 10) presentaban obesidad (25%).

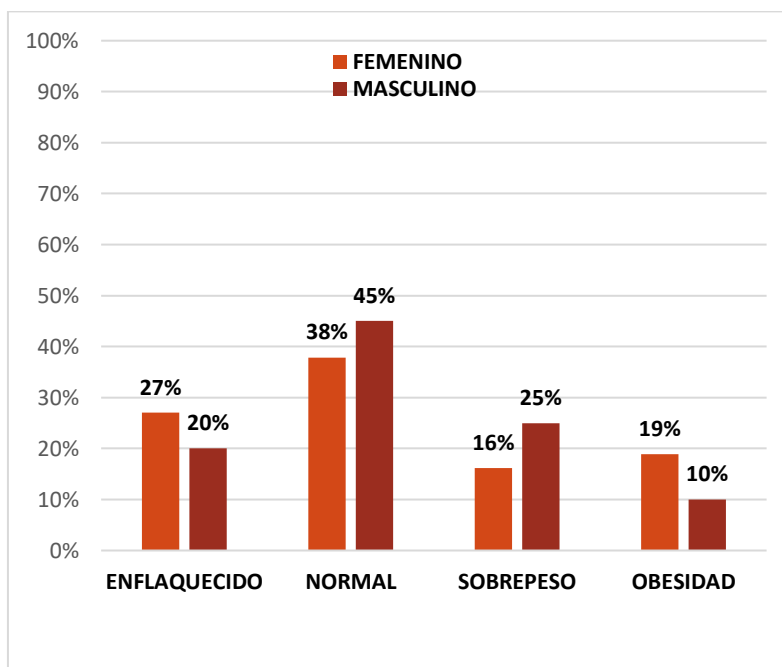
GRAFICO N° 40 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO ADULTOS), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En pacientes adultos se observó que 8 de cada 10 pacientes varones se encontraban con algún grado de malnutrición por exceso (81%), en comparación con 6 de cada 10 pacientes de sexo femenino (69%) con diagnósticos nutricionales similares.

GRAFICO N° 41 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO (GRUPO ADULTOS MAYORES), INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022

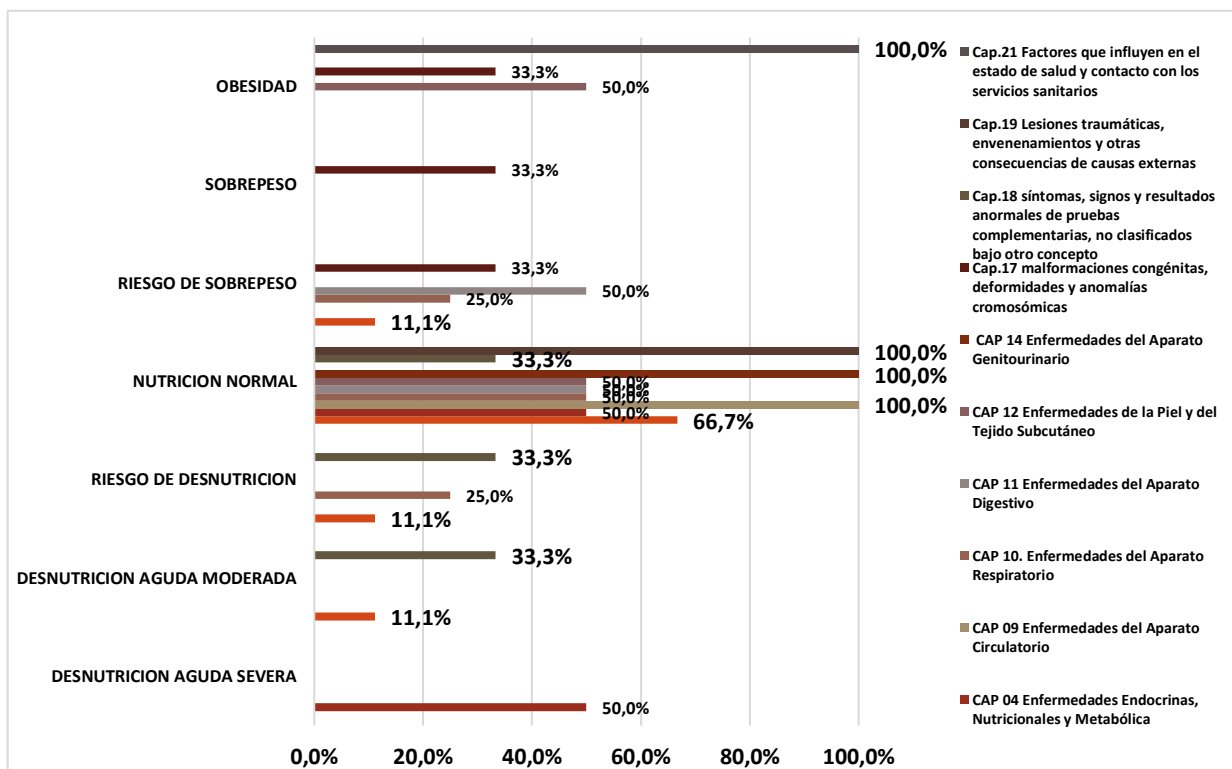


FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En la gráfica anterior, observamos que 3 de cada 10 pacientes de sexo femenino presentaron enflaquecimiento según la evaluación antropométrica de ingreso. En el caso de los varones el enflaquecimiento afectó a 2 pacientes de cada 10 pacientes. Con relación a la malnutrición por exceso, 3 de cada 10 mujeres presentaron sobrepeso y obesidad, llamando la atención que un número similar de varones también estaban afectados por algún grado de malnutrición por exceso.

7.12 ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL SEGUN PATOLOGIA Y GRUPO ETAREO

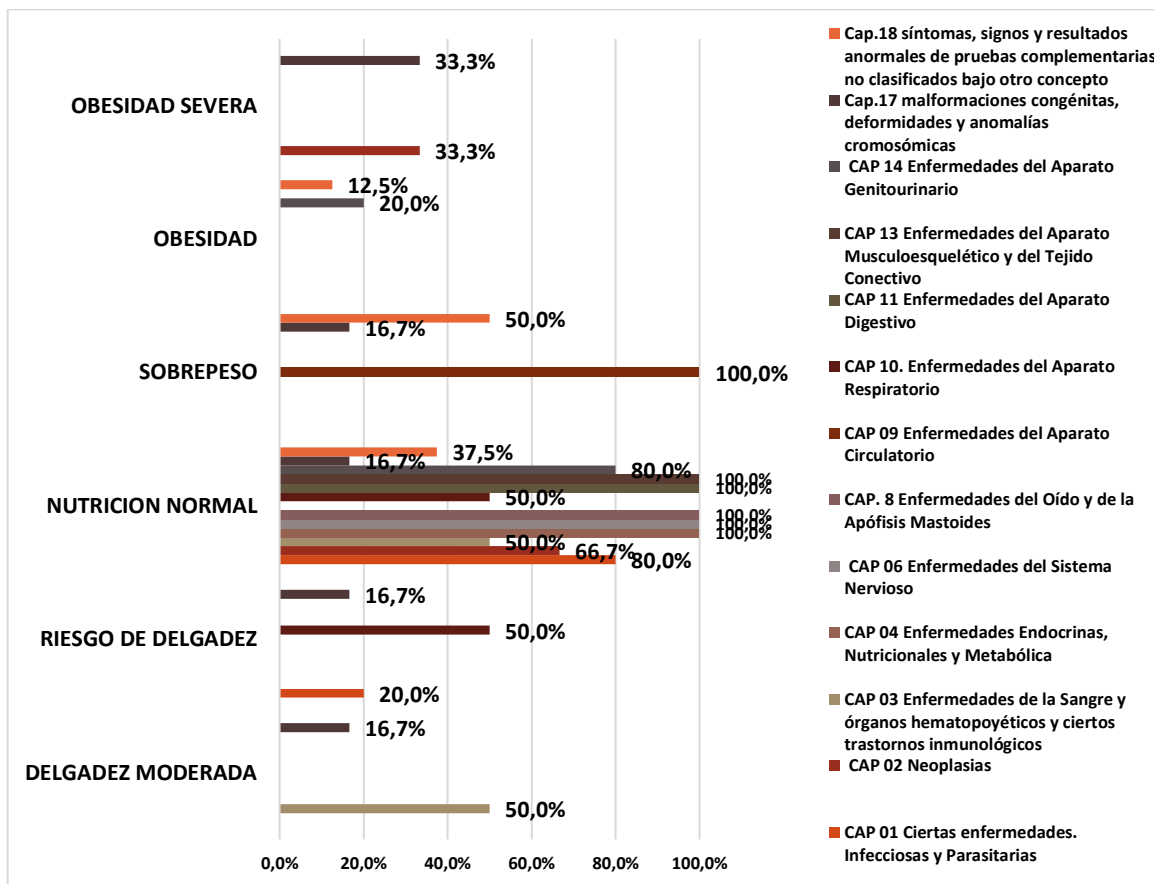
GRAFICO N° 42 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA MENORES DE 5 AÑOS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En el grupo de niños menores de 5 años, los niños con malnutrición por déficit se internaron por enfermedades infecciosas y parasitarias, signos y síntomas inespecíficos, enfermedades respiratorias y endocrino-metabólica, con un 11% hasta un 50%. Por su parte, los que presentaron malnutrición por exceso se internaron por enfermedades congénitas, patologías de la piel, digestivas e infecciosas, en orden de frecuencia desde un 11% hasta un 100%.

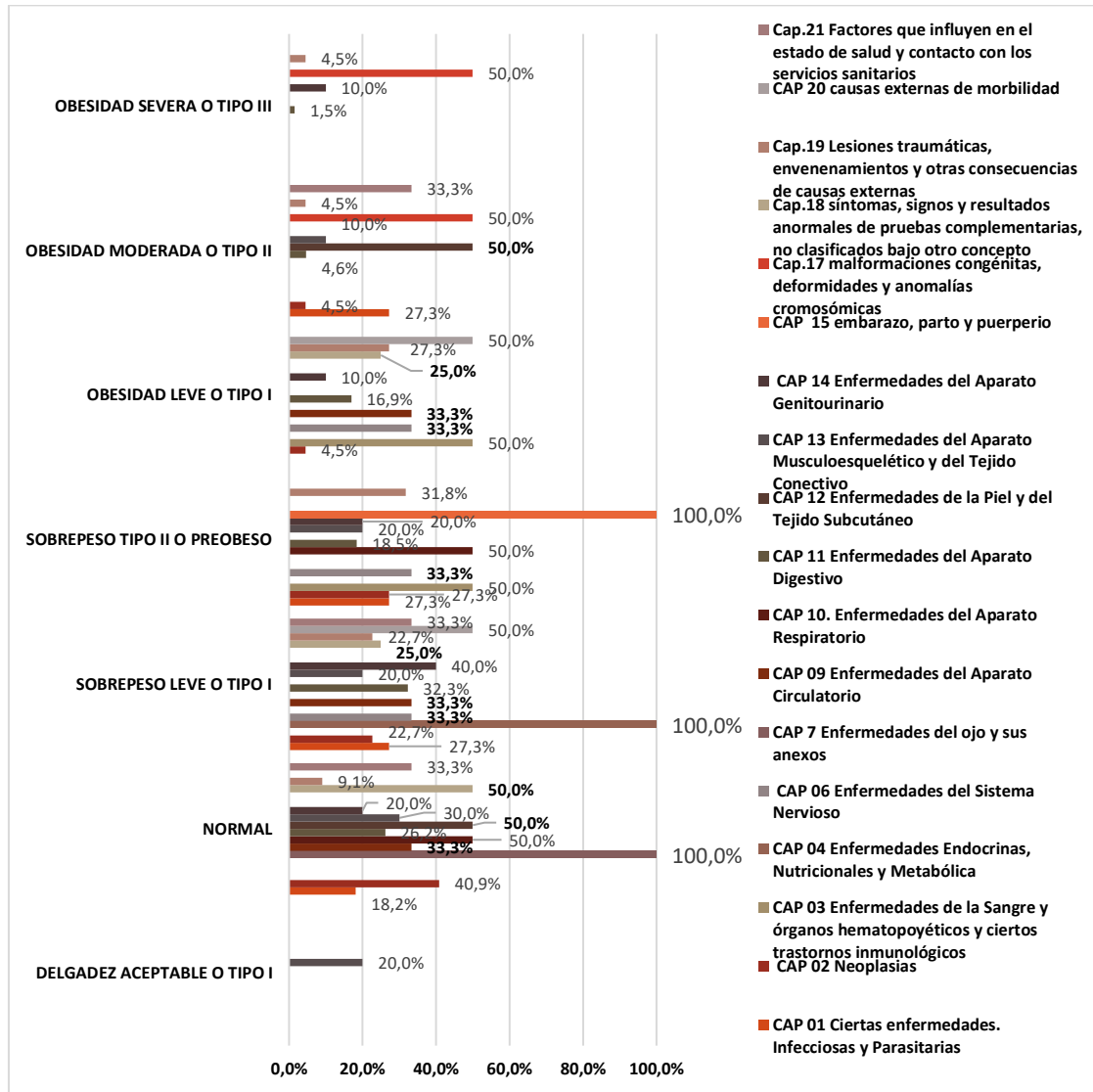
GRAFICO N° 43 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA DE 5 A 18 AÑOS Y 11 MESES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

En el grupo de niños mayores de 5 años y adolescentes, los que presentaban obesidad se habían internado por neoplasias y malformaciones, así como signos y síntomas no específicos desde un 12.5% al 100%, mientras que los que tenían algún grado de desnutrición fueron internados por malformaciones congénitas, enfermedades de la sangre y algún caso de enfermedades infecciosas con un 16% hasta un 50%.

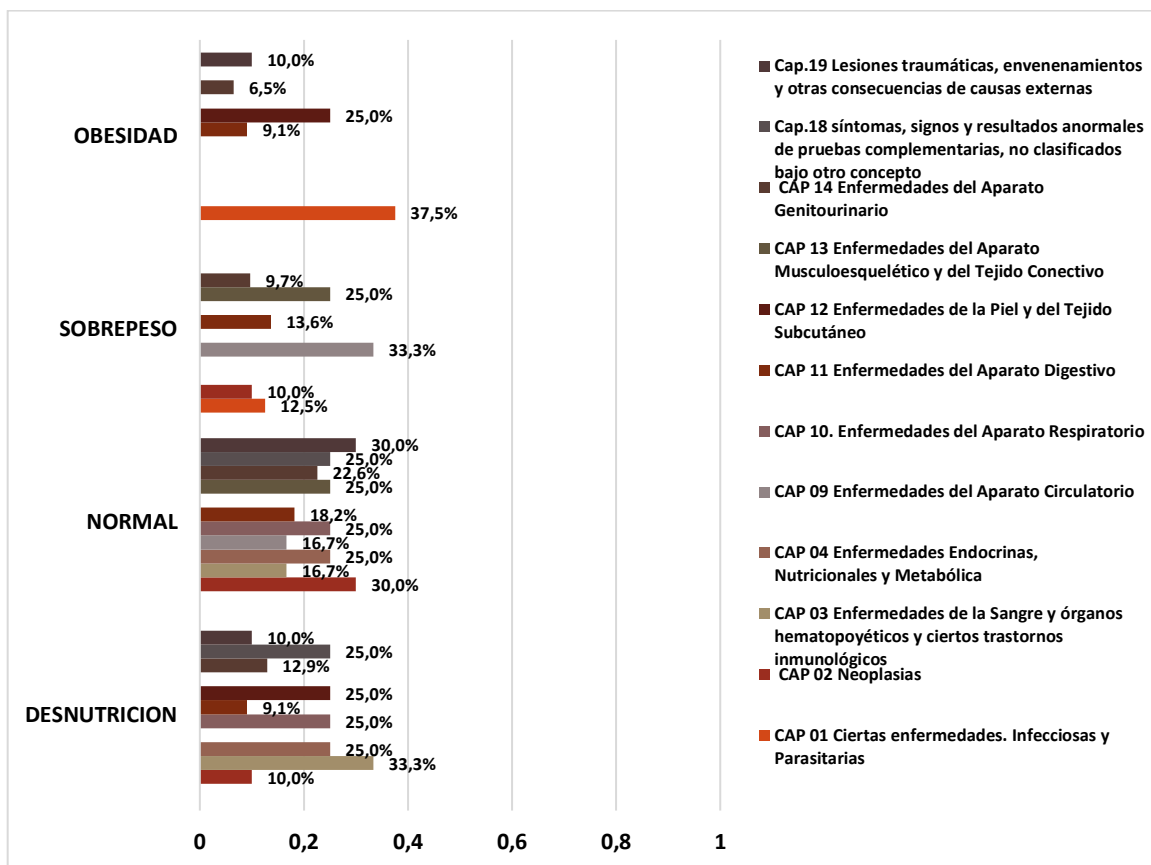
GRAFICO N° 44 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGÍA EN ADULTOS, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Los pacientes adultos con malnutrición por exceso con mayor frecuencia se internaron por enfermedades del aparato digestivo y del aparato genito-urinario. Los casos de pacientes con desnutrición fueron internados por enfermedades respiratorias.

GRAFICO N° 45 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PATOLOGIA EN ADULTO MAYORES, INTERNADOS EN LA CSBP, DE LA CIUDAD DE LA PAZ - BOLIVIA, AGOSTO - OCTUBRE 2022



FUENTE: Datos obtenidos de los instrumentos de recolección, Clínica Regional La Paz – Pacientes Internados - Gestión 2022

Se observó que en los adultos mayores en estado nutricional de Desnutrición con un 33.3% con Enfermedades de la Sangre (CAP 03), seguidas de Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas (CAP 04), Enfermedades del Aparato Respiratorio (CAP 10) y Enfermedades de la Piel y y tejido Conectivo (CAP 12) con un 25% y con 13[% con Enfermedades del Aparato Digestivo respectivamente.

VIII. DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica realizada de manera previa, así como durante la ejecución del estudio, no se han encontrado estudios similares que pueda servir de base para la comparación de los resultados del presente estudio, excepto por los que han sido mencionados en el marco referencial, con las limitaciones relacionadas a que no todos los estudios mencionados fueron aplicados en pacientes hospitalizados.

El presente estudio se realizó en una muestra seleccionada por conveniencia conformada por 307 sujetos, que corresponden al total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y fueron internados en el período comprendido entre agosto y octubre de 2022 en la Clínica Regional La Paz de la Caja de Salud de la Banca Privada.

Se excluyeron del estudio los pacientes de Unidades de Terapia Intensiva de Adultos y de Niños, así como la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIP).

Caracterizando a la población estudiada, la misma estuvo compuesta en un 57% por adultos con edades comprendidas entre los 19 y 59 años (51% adultos jóvenes y 49% adultos medios), un 24% de niños y adolescentes (42% menores de 5 años y 58% de 5 a 18 años), y un 19% de adultos mayores (82% con edades entre los 60 y 75 años y un 18% mayores de 75 años).

Un 57% de la población estuvo compuesta por mujeres, pero analizando por grupos, en el caso de niños y adolescentes la proporción fue equitativa (51% varones, 49% mujeres), mientras que en los adultos y adultos mayores el 60% eran mujeres.

Con referencia a los motivos de internación, un tercio de los pacientes de todas las edades y ambos sexos se internaron por enfermedades del aparato digestivo, y una quinta parte por enfermedades del aparato genito-urinario. Estos valores estuvieron representados principalmente por enfermedades infecciosas y parasitarias en niños y adolescentes y por aquellos internados por signos y síntomas sin diagnóstico definitivo desde su ingreso; en los adultos las enfermedades del aparato digestivo fueron las más representativas seguidas por las patologías genitourinarias, mientras que en los adultos mayores fue al revés, la causa principal de internación fueron las enfermedades genitourinarias seguidas por las patologías del aparato digestivo.

Un cuarto de la población estudiada fue detectado con riesgo nutricional a su internación, siendo el 68% de los adultos mayores los afectados y el 41,9% de los niños.

El instrumento utilizado fue el STRONGkids, por ser el más recomendado para su aplicación en población pediátrica hospitalaria. Se aplicó el mismo a **74 niños** y adolescentes en las primeras 24 horas de internación de los pacientes de 1 mes a 18 años y 11 meses. Se determinó una prevalencia de riesgo nutricional del **41,9%** catalogada como **RIESGO MEDIO**, no se detectó ningún caso de pacientes con riesgo alto.

La **malnutrición por déficit** (desnutrición aguda de todos los grados), alcanzó a un **19%** en los **menores de 5 años** evaluados con el índice P/T y al **12%** en los de **5 a 18 años** evaluados con IMC/Edad, haciendo un promedio de **15.5% de prevalencia de desnutrición aguda** en la evaluación de ingreso a hospitalización.

Comparando los resultados con lo encontrado por otros autores como el de Gerardo Weisstaub y cols (26). en **136 pacientes** internados en un **Hospital Pediátrico Público** de Córdoba Argentina con edades comprendidas entre el **1**

mes y los 14 años de edad en el período de marzo a julio de 2016, de los cuales el **60% presentó un riesgo nutricional moderado**, valor que supera en casi un 20% al resultado encontrado en este estudio, Asimismo, reportaron un **17%** de ellos ya se encontraba con **desnutrición aguda**, este valor se aproxima al promedio que reportamos.

Comparando nuestros resultados con el estudio del 2018 en un **Hospital Público** Juliaca Perú, realizado en una muestra de 66 niños de 1 mes a 11 años registrados durante el mes de enero, que encontró una prevalencia de **riesgo nutricional del 53,2%**, que en 10% a nuestro hallazgo. Este estudio reporta también una prevalencia de **desnutrición aguda del 27.4%**, que es casi el doble de lo reportado en nuestro estudio (27).

Es importante mencionar que los 2 estudios de referencia que se mencionan, son de hecho los más representativos por el tipo de población estudiada, no contando con muchas más referencias de estudios similares de años recientes, pero fueron aplicados en Hospitales Públicos, lo que podría marcar la diferencia en la comparación con nuestros hallazgos.

La muestra contó con un total de 176 adultos con edades comprendidas entre los 19 y 59 años, subdivididos en las categorías de adultos jóvenes y adultos medios, a todos ellos, se aplicó el instrumento NRS 2002, obteniendo una baja prevalencia de riesgo nutricional, que llegó solamente al 4%, y con la VGO se encontró un 2% de pacientes con delgadez/peso insuficiente según IMC.

Comparando con los resultados de estudios similares mencionados en el Marco Referencial, el realizado en el 2014 en un Hospital General de México en **población oncológica** que encontró una prevalencia de **riesgo nutricional del 50,2%** con el NRS 2002 y el estudio del 2021 realizado en Valencia España destinado a la validación del NRS 2002 como herramienta de detección de

desnutrición en 573 pacientes ingresados en el Servicio de Oncohematología, dio como resultado una prevalencia del **44.7% de riesgo nutricional**, vale resaltar que en este último estudio mencionado, el **34.4% presentaba desnutrición** según la VGO(29).

Lamentablemente, la comparación de nuestros hallazgos con los estudios mencionados, que siguen una metodología similar a la nuestra, no es del todo útil ya que ambos estudios se aplicaron en pacientes oncológicos, mientras que el nuestro fue en pacientes con diversos motivos de internación, en los que los pacientes con patologías oncológicas eran solo el 12.5% de los casos (22 pacientes) de los cuales solo 9% (2 casos oncológicos) presentaban riesgo nutricional.

Se estudiaron a 57 adultos mayores de ambos sexos, agrupados según edad tomando como punto de corte los 75 años. El **riesgo de desnutrición al ingreso a hospitalización alcanzó al 61%** de los adultos mayores y **un 7% fueron catalogados como desnutridos** pues obtuvieron puntajes de 7 y menos determinados con la herramienta MNA-SF que y la malnutrición por déficit evaluada objetivamente con el IMC corregido para la edad mostró una prevalencia de bajo peso del **21% en el grupo de 60 a 75 años y 40% en los mayores de 75 años**, mientras que la malnutrición por exceso, afectó al 38% (19% sobrepeso y 19% obesidad) de los adultos mayores con edades entre 60 y 75 años, y al 20% de los adultos mayores de 75 años, considerando que ese porcentaje correspondía solo a sobrepeso y no a obesidad.

Comparando nuestros hallazgos con la investigación sobre “Estado nutricional de ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de adultos” de 2016 a 2018 en Albacete-España(32), que aplicó la misma herramienta, su muestra estaba constituida por un 57% de mujeres y la edad promedio 86,5 años y obtuvo una **prevalencia de riesgo nutricional del 48,2% y el 31,7% como desnutrición** según la interpretación de resultados del MNA-SF. Valores encontrados que se

diferencian de los nuestros porque tienen menos pacientes con riesgo nutricional pero más desnutridos que fueron internados.

El estudio llevado a cabo por la Dra. Choque en los pacientes adultos mayores de la CSBP Regional La Paz en la gestión 2016, realizado en Consulta Externa, detectó un **riesgo de desnutrición del 25% y el 4% como desnutridos**, que es una cifra muy por debajo de la reportada en nuestro estudio, esto relacionado con el hecho de que los pacientes que acudieron a Consulta Externa, lo hicieron estando estables, para recibir un tratamiento crónico o en muchos casos para ser evaluados nutricionalmente, situación que en el caso del Servicio de Hospitalización es totalmente opuesta, ya que en la Clínica son admitidos los pacientes con alteraciones en su estado de salud que se relacionan con cuadros agudos que exigen su internación (35).

IX. CONCLUSIONES

Se detectó riesgo de desnutrición intrahospitalaria en la cuarta parte de los pacientes internados en la Clínica Regional La Paz, la mayor prevalencia fue observada en adultos mayores, seguidos por niños y adolescentes.

Los grupos más vulnerables según edad se encontraron en los extremos de la vida; es decir, menores de 5 años y mayores de 75 años; en el sexo femenino, en los que fueron internados por enfermedades infecciosas y parasitarias (niños y adolescentes) y patologías del aparato genitourinario (adultos mayores).

La evaluación nutricional antropométrica mostró una elevada prevalencia de malnutrición por exceso en los asegurados de la Regional La Paz de la CSBP con cifras similares e incluso mayores a las reportadas como riesgo nutricional.

X. RECOMENDACIONES

- Implementar a nivel institucional un Protocolo de Valoración Global Subjetiva para la detección del riesgo nutricional en pacientes que son ingresados a los servicios de hospitalización, que incorpore herramientas de cribado validadas por el estudio en el Sistema Administrativo Médico Integrado (SAMI).
- Ampliar el alcance del componente nutricional de los 5 programa preventivos de salud (Programa Niño Sano, de la Mujer, de Salud del Trabajador, del Adulto y del Adulto Mayor) con los que cuenta la institución, para realizar intervenciones oportunas en la población asegurada y contar con un sistema de vigilancia nutricional de los asegurados en la CSBP.
- Impulsar el desarrollo de evidencia científica por medio de investigaciones que aborden las cuatro etapas del Proceso de Atención Nutricional como herramienta esencial para la implementación de mejoras en la calidad de la atención nutricional brindada a los asegurados de la CSBP, tanto en Consulta Externa como en Hospitalización.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **D. L. Waitzberg, G. R. Ravacci y M. Raslan.** Desnutrición hospitalaria. Desnutrición hospitalaria (isciii.es). [En línea] abril de 2011.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200003.
2. **Sergio Santana Porbén,.** Estado de la Desnutrición en los Hospitales de Cuba. can152k.pdf (medigraphic.com). [En línea] diciembre de 2015.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2015/can152k.pdf>.
3. **Fernandez Lopez Maria Teresa.** Prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados no críticos. . Nutrición Hospitalaria. [En línea] 2014.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112014001300024.
4. **D. L. Waitzberg, G. R. Ravacci y M. Raslan.** Desnutrición hospitalaria. Desnutrición hospitalaria (isciii.es). [En línea] 2011.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200003.
5. **Mª Rosario Limón; Mª del Carmen Ortega.** Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos. Microsoft Word - revistaparte1sumario.doc (revistadepsicologiayeducacion.es) . [En línea] abril de 2011.
<https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>.
6. **La XI edición del Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico reúne en Mérida .** La desnutrición en los pacientes hospitalizados puede . [En línea] 8 de marzo de 2019.
https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/prensa/semi/np_desnutricion_cronicos_2019-def.pdf.
7. **Barbara Garcia .** Saludiaro. Guías de práctica clínica. [En línea] Octubre de 2021.
<https://www.saludiaro.com/guias-de-practica-clinica-cual-es-su-utilidad-real-para-los-medicos/>.
8. **Marisa Canicoba; Gertrudis A de Baptista; Graciela Visconti.** Funciones y competencias del nutricionista clínico. Documento de consenso. Una revisión de

diferentes posiciones de sociedades científicas latinoamericanas. [En línea] Junio de 2013. <https://www.semanticscholar.org/paper/Funciones-y-competencias-del-nutricionista-cl%C3%ADnico.-Canicoba-Baptista/ed9e91b7f7644823c9313c61e21db310fe5252c3>.

9. **Caja de Salud de la Banca Privada,**. Publicación de su “memoria institucional gestión 2021. [En línea] 2021. <https://drive.google.com/file/d/1v8edooyqcla63bhizvvanzlypenwjkg/view>.

10. **Marisa Canicoba, Gertrudis A de Baptista, Graciela Visconti.** Funciones Y Competencias Del Nutricionista Clínico. Documento De Consenso Una revisión de diferentes posiciones de sociedades científicas latinoamericanas. Microsoft Word - FELANPE_Consenso_2012_Nutricionista_Clinico.doc (medigraphic.com). [En línea] junio de 2013. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2013/can1311.pdf>.

11. **F. Baccaro, A. Sánchez.** Comparación entre la valoración global subjetiva y el índice de masa corporal en la evaluación de la desnutrición hospitalaria. Nutricion Hospitalaria. [En línea] 2008. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000800022.

12. **Gabriel Ricardo Monti.** Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada Gabriel Ricardo Monti Médico de planta del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Central de San Isidro, Provincia de Buenos Aires. MONTI (ama-med.org.ar). [En línea] 2008. https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/304/MONTI%2025-28.pdf.

13. **A. García de Lorenzo, J. Álvarez, M. V. Calvo, J. I. de Ulíbarri, J. del Río, C.** Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria (isciii.es). [En línea] 2005. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000200003.

14. **topdoctors.mx/diccionario-medico.** Evaluación del Estado Nutricional. TOP DOCTORS – México – “Evaluación del Estado Nutricional” - ¿Qué es la Evaluación del Estado Nutricional? Evaluación del estado nutricional: qué es, síntomas y tratamiento |

Top Doctors. [En línea] 2022. <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/evaluacion-del-estado-nutricional>.

15. **Organizacion Mundial de la Salud OMS**. Malnutrición. Malnutrición (who.int). [En línea] 9 de Junio de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

16. **Facultad de Ciencias Médicas Honduras**. DESNUTRICIÓN. Microsoft Word - Vol3-2-1967 Revisada.doc (bvs.hn). [En línea] <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1967/pdf/Vol3-2-1967-7.pdf>.

17. **Gabriel Ricardo Monti**. Desnutrición hospitalaria: una patología subdiagnosticada. MONTI (ama-med.org.ar). [En línea] 2008. https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/304/MONTI%2025-28.pdf.

18. **Elsevier**. Desnutrición. Boletín Médico del Hospital Infantil de México (elsevier.es). [En línea] 2021. <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-desnutricion-S1665114616300971#:~:text=Llamamos%20desnutrici%C3%B3n%20de%20primer%20grado%20a%20toda%20p%C3%A9rdida,de%20peso%20del%20organismo%20m%C3%A1s%20all%C3%A1%20d>.

19. **Karla Alejandra Ponce Vega y Ana Gabriela Campos Arroyo**. Estado nutricional en el paciente quirúrgico. Estado nutricional en el paciente quirúrgico (umich.mx). [En línea] 2016. <https://www.sabermas.umich.mx/secciones/articulos/646-estado-nutricional-en-el-paciente-quirurgico.html>.

20. **Juan Carlos Montejo González, Jesús M Culebras-Fernández, Abelardo García de Lorenzo y Mateos**. Recomendaciones para la valoración. RevMedNoviembre 2004 (scielo.cl). [En línea] 2006. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n8/art16.pdf>.

21. **Leidy Carolina Pulido Mora**. Prevalencia Del Riesgo Nutricional Mediante Valoración . PulidoMoraLeidyCarolina2012.pdf (javeriana.edu.co). [En línea] 2012. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/11982/PulidoMoraLeidyCarolina2012.pdf?sequence=1>.

22. **Anghy Daniela Aponte Borda, Olga Lucia Pinzón Espitia, Paula Andrea Aguilera Otalvaro** . Tamizaje nutricional en paciente pediátrico hospitalizado: revisión sistemática. Tamizaje nutricional en paciente pediátrico hospitalizado: revisión sistemática (isciii.es). [En línea] 2018.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000900031.
23. **Fundación SENPE 2021** . Métodos de Cribado - MNA (Mini Nutritional Assessment) . Métodos de cribado | Más Nutridos (alianzamasnutridos.es). [En línea] 2016. <https://www.alianzamasnutridos.es/metodos-de-cribado/>.
24. **Mery Cristy Núñez Sánchez y Rossy María Elena Reyes Huarcaya**. Importancia de diferenciar puntos de corte del IMC de acuerdo a la edad. Importancia de diferenciar puntos de corte del IMC de acuerdo a la edad (isciii.es). [En línea] 2017.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000500033.
25. **Hugo Francisco Rostagno**. Historia del CIE 10. ¿Qué es el CIE 10? – Estructplan. [En línea] 2011. <https://estructplan.com.ar/que-es-el-cie10/>.
26. **Gerardo Weisstaub, Laura Arce, Victoria Brennan, Gabriela Aello**, . Estudio piloto: riesgo nutricional al ingreso de la internación pediátrica. Estudio piloto: riesgo nutricional al ingreso de la internación pediátrica – DOAJ. [En línea] 2019.
<https://doaj.org/article/92d4ac7e6c9e48d8b675602a83f53ab5>.
27. **Apaza Yupanqui, Judith Vilma**. Asociación entre la valoración nutricional según “STRONGkids” y el diagnóstico nutricional antropométrico en pacientes pediátricos del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca, 2018.
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3276532>. [En línea] 2018.
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3276532>.
28. **ALVAREZ-ALTAMIRANO, Karolina** . Prevalencia de riesgo de desnutrición evaluada con NRS-2002 en población oncológica mexicana. Prevalencia de riesgo de desnutrición evaluada con NRS-2002 en población oncológica mexicana (isciii.es). [En línea] 2014. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112014000800022#:~:text=Resultados%3A%20El%20riesgo%20nutricional%20se%](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112014000800022#:~:text=Resultados%3A%20El%20riesgo%20nutricional%20se%20)

20present%C3%B3%20en%20el,alimentos%20y%20el%20c%C3%A1ncer%20hematol%C3%B3gico%20%28p%20%3C%200%2C05%29.

29. **Marta Pérez Domènech, Jose Miguel Soriano, Juan Francisco Merino Torres.** Desarrollo, validación e implementación de un programa de detección de desnutrición con herramienta de cribado NRS-2002 en pacientes del servicio de oncología y hematología. <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/82>. [En línea] 2021. <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/82>.

30. **Marta Milla Tobarra, Sara López Oliva, Míriam Alía Moreno, Ana Cecilia Marín Guerrero, Benito Blanco Samper.** Prevalencia de la desnutrición al ingreso en los pacientes del Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. Prevalencia de la desnutrición al ingreso en los pacientes del Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (isciii.es). [En línea] Mayo de 2021. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000200298.

31. **Cali, Nicole Vanessa; Robles, Julieta; Centeno, María Laura; Pazmiño.** Riesgo de desnutrición en adultos mayores hospitalizados: estudio transversal en un hospital de Quito-Ecuador. <https://pesquisa.bvsalud.org/brisa/resource/es/biblio-998130>. [En línea] 2018. <https://pesquisa.bvsalud.org/brisa/resource/es/biblio-998130>.

32. **Sara Celaya Cifuentes, Francisco Botella Romero, Paloma Sánchez Sáez, Matilde León Ortiz, Marta Mas Romero, Laura Plaza Carmona, Almudena Avendaño Céspedes y Pedro Abizanda Soler.** Estado nutricional de ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. 06_OR_3005.indd (isciii.es). [En línea] enero de 2020. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37n2/1699-5198-nh-37-02-260.pdf>.

33. **Caja de Salud de la Banca Privada,**. Publicación de su "memoria institucional gestión 2021". [En línea] 2021. <https://drive.google.com/file/d/1v8edooyqcla63bhizvvanzlypenwjkg/view>.

34. **Miguel Ángel García Pérez.** Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica | Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI (elsevier.es). [En línea] abril de 2006.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-los-principios-bioetica-insercion-social-13091842>.

35. **C., Choque A. Olmos.** Estado Nutricional y Riesgo de Desnutrición en Adultos Mayores Atendidos en Consultorio Externo del Policonsultorio de la Caja de Salud de la Banca Privada, Regional La Paz.

<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/14949>. [En línea] 2017.

<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/14949>.

XII. ANEXOS

ANEXO 1 CARTA DE ACEPTACION POR LA CSBP PARA REALIZAR EL ESTUDIO



CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA
www.csbp.com.bo

Línea Gratuita
800-10-3929
comunicate@csbp.com.bo

OFICINA NACIONAL
Calle Reyes Ortiz
Ed. Torres Gundersch
Torre Oeste, piso 22
Teléfono: 2192395 - 2117018
Fax: 2113889
Casilla: 13930
e-mail: nacional@csbp.com.bo

LA PAZ
Calle Capitán Ravelo s/n
esq. Miraflores
Teléfono: 2317282 - 2312392
Fax: 2317274
Casilla: 6750

COCHABAMBA
Calle Humaraya N° 356
entre Jordán y Santiviago
Teléfono: 4582230 - 4582234
Fax: 4582234 int. 4146

SANTA CRUZ
Calle España N° 688
entre Andrés Bóveda y Rafael Peña
Teléfono: 3373131 - 3335183
Fax: 3371554 int. 3158

ORURO
Calle Adolfo Mier N° 1027
esq. Camacho
Teléfono: 5250580 - 5250750
Fax: 5250750 int. 102

POTOSÍ
Calle Perrodota N° 132
esq. Potosí
Teléfono: 6227663
Fax: 6227663

SUCRE
Calle Arzobispo N° 89
esq. Bolívar
Teléfono: 6435227
Fax: 6454937

TARJA
Calle 15 de Abril N° 432
entre Delgadillo e Isaac Aliste
Teléfono: 6645562 - 6664968
Fax: 6113592

TRINIDAD
Calle Mameñé s/n
esq. 27 de Mayo
Teléfono: 4641441 - 4641442
Fax: 4622548 int. 102

COBLEN
Calle Beni N° 56
Teléfono: 8420290



La Paz, 1 de Julio de 2022
CITE: CSBP-JEN/B-73/22

Señora:
Lic. Maricruz Villanueva Castro
Nutricionista-Dietista
CSBP
Presente.-

Ref.: AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE TESIS DE GRADO

Mediante la presente se le comunica que su solicitud para el estudio preliminar, dentro de la Clínica Caja de Salud de la Banca Privada ha sido **AUTORIZADA** para la obtención de información en su TESIS DE GRADO "RIESGO DE DESNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA REGIONAL DE LA PAZ DE LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA-GESTIÓN 2022". Por lo tanto puede usted comenzar con dicha actividad a partir de la fecha, **Y SÓLO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022** solicitando a secretaría de Dirección el formulario respectivo que la Institución exige que usted complete, para los fines académicos.

Exhortamos a su persona manejar toda la información recolectada con la mayor discreción y utilizarla solamente con fines académicos, así mismo debe presentar una copia de su investigación a Jefatura de Enseñanza, una vez concluida su Tesis.

Deseándole éxito me despido.

DRA. LUCÍA BLANCO AUTILIO

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CLINICA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA



Consentimiento Informado Verbal para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por la Lic. Maricruz Villanueva, Nutricionista Dietista de la CSBP Regional La Paz, y Tesista de la Especialidad de alimentación y Nutrición Clínica de la Carrera de Nutrición y Dietética, El Objetivo del estudio es determinar el **Riesgo de Desnutrición Intrahospitalaria en Pacientes Hospitalizados en la Clínica de la Caja de Salud de Banca Privada Regional La Paz**, esta se realizara con la evaluación global subjetiva, el cual estima el estado nutricional a través de la entrevista y los instrumentos de recolección de datos según edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista. Esto tomara aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

Desde ya le agradecemos su participación.

Doy mi consentimiento Verbal y acepto participar en esta investigación, conducida por la Lic. Maricruz Villanueva, quien me ha informado ampliamente sobre el estudio y la confidencialidad de los datos que proporcione. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Lic. Maricruz Villanueva. Al teléfono 77756939

ANEXO 3 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES (SEMANAS)															
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Recolección de datos	■	■	■	■	■	■	■									
Tabulación de datos									■	■	■	■				
Análisis e interpretación Conclusiones y recomendaciones													■	■	■	■
Elaboración del informe final															■	■
Presentación																■

FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 4 FINANCIEROS

	ITEM	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL Bs.
1	Hojas de papel tamaño carta	5 paquetes de 500 hojas	45	225.00
2	Fotocopias de las encuestas	500	0.30	150.00
3	Bolígrafos	3 unidades	3	9.00
4	Marcadores	3 unidades	12	48.00
5	Tintas	4 unidades	80	320.00
6	Impresión de trabajo	500	0.6	360.00
7	Empastados y anillados	13 unidades	15	195.00
8	Otros	Pasajes y gastos administrativos	4	1500.00
TOTAL				2.807.00

ANEXO 5 STRONGKIDS: NUTRITIONAL RISK SCREENING TOOL FOR CHILDREN AGED MONTH – 18 YEARS ON ADMISSION TO THE HOSPITAL

Detección del riesgo de nutrición <i>Evalúe los siguientes elementos < 24 h después de la admisión y una vez por semana a partir de entonces.</i>	PUNTAJE	
1. ¿Existe una enfermedad subyacente con riesgo de desnutrición (ver ítem 1) o se espera una cirugía mayor?	NO	SÍ (2)
2. ¿Está el paciente en un estado nutricional deficiente juzgado por evaluación subjetiva clínica: (pérdida de grasa subcutánea y/o pérdida de masa muscular y/o cara hundida)?	NO	SÍ (1)
3. ¿Está presente uno de los siguientes elementos? - Diarrea excesiva (≥ 5 por día) y/o vómitos (> 3 veces/día) durante los últimos 1 - 3 días. - Intervención nutricional preexistente (p. ej. ONS o alimentación por sonda). - Reducción de la ingesta de alimentos durante los últimos 1 - 3 días. - Incapacidad para consumir una ingesta nutricional adecuada debido al dolor.	NO	SÍ (1)
4. ¿Hay pérdida de peso (todas las edades) y/o ningún aumento de peso/talla (lactantes < 1 año) durante los últimos meses - semana?	NO	SÍ (1)

Puntuación total máxima: 5 puntos.

ENFERMEDADES CON RIESGO DE DESNUTRICION (ITEM 1)	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno alimentario psiquiátrico. • Quemaduras • Displasia broncopulmonar (hasta los dos años). • Enfermedad celíaca (activa). • Fibrosis Quística • Dismadurez/prematuridad (hasta la edad corregida de 6 meses). • Enfermedad cardíaca crónica. • Enfermedad infecciosa. • Enfermedad inflamatoria intestinal. • Cáncer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad del hígado, crónica. • Enfermedad renal crónica. • Pancreatitis. • Síndrome del intestino corto. • Enfermedad muscular. • Enfermedad metabólica. • Traumatismos. • Discapacidad/retraso mental. • Cirugía mayor esperada. • No especificado (clasificado por el médico).

Riesgo de nutrición y necesidad de intervención		
Puntaje	Riesgo	Intervención y Seguimiento
4 – 5 puntos	Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> • Consulte al médico y al dietista para obtener un diagnóstico completo y asesoramiento nutricional individual y seguimiento. • Controle el peso dos veces por semana y evalúe el estado nutricional el estado nutricional. • Evaluar el riesgo nutricional semanalmente.
1 – 3 puntos	Riesgo medio	<ul style="list-style-type: none"> • Considere la intervención nutricional. • Controlar el peso dos veces por semana. • Evaluar el riesgo nutricional semanalmente.
0 puntos	Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesaria una intervención nutricional. • Controlar el peso regularmente (según la política hospitalaria). • Evaluar el riesgo nutricional semanalmente.

Reference:

Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children.

Clin Nutr. 2010;29(1532-1983; 0261-5614; 1):106-111.

ANEXO 6 NRS 2002 (NUTRITIONAL RISC SCREENING 2002)

Screening inicial		SI	NO
1	¿El IMC < 20.5?		
2	¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
3	¿Ha reducido la ingesta durante la última semana?		
4	¿Está gravemente enfermo?		
Si la respuesta es SI a cualquiera de las preguntas , realizar el screening final Si la respuesta es NO a todas , volver a evaluar semanalmente.			

Screenig final			
Estado Nutricional		Severidad de la enfermedad	
Ausencia Score = 0	Estado de nutrición normal	Ausencia Score = 0	Necesidades nutricionales normales
Leve Score = 1	Pérdida de peso > 5 % en 3 meses o Ingesta de comida menor del 50 – 75 % de las necesidades normales en la semana precedente	Leve Score = 1	Fractura de cadera Paciente con enfermedad crónica con complicaciones agudas (cirrosis, EPOC, hemodiálisis crónica, diabetes, oncología)
Moderado Score = 2	Pérdida de peso > 5 % en 2 meses o IMC 18.5 – 20.5 + mal estado general o Ingesta de comida del 25 – 50 % de las necesidades normales en la semana precedente	Moderado Score = 2	Cirugía abdominal mayor Accidente vascular encefálico Neumonía severa Neoplasia hematológica
Grave Score = 3	Pérdida de peso > 5 % en 1 mes (>15% en 3 meses) o IMC < 18.5 + mal estado general o Ingesta de comida del 0 – 25 % de las necesidades normales en la semana precedente	Grave Score = 3	Injuria encefálica Trasplante de médula ósea Pacientes en cuidados intensivos (Apache>10)
Score:		Score:	
Edad: Si el paciente es > 70 años, sumar 1 punto al score obtenido = Score ajustado por edad:			
Score ≥ 3 el paciente está nutricionalmente en riesgo y es necesario iniciar soporte nutricional Score ≤ 3 reevaluar al paciente semanalmente. Si el paciente va a ser sometido a una cirugía mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio			

ANEXO 7 MINI NUTRITIONAL ASSESTMENT (MNA-SF)

Nombre y Apellido				Fecha:		Edad:		Sexo: M F	
Peso: Kg		Talla: cm		Envergadura: cm		Circunf. Cintura: cm		IMC: kg/m ²	
Circunf. Braquial: cm			Circunf. Pantorrilla: cm			Observaciones			
Dx									
A. ¿Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual					J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas				
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso					K. Consume el paciente • Productos lácteos al menos una vez al día? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Carne, pescado o aves, ¿diariamente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 respuestas afirmativas 0.5 = Si hay 2 respuestas afirmativas 1.0 = Si hay 3 respuestas afirmativas				
C. Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio					L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = NO 1 = SÍ				
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 1 = no					M. Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza.....) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos				
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos					N. Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad				
F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23					O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = Desnutrición grave 1 = No lo sabe o desnutrición moderada 2 = Sin problemas de nutrición				
A B C D E F: Evaluación del CRIBAJE (subtotal máx. 14 puntos) 12-14 puntos : Estado nutricional normal 8-11 puntos : Riesgo de desnutrición 0-7 puntos : Desnutrición					G. El paciente vive independiente en su domicilio? Si= 1 No =0				
H. Toma más de 3 medicamentos al día? Si= 0 No= 1					P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor				
I. Úlceras o lesiones cutáneas? Si = 0 No= 1					Q. Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22				
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31					CRIBAJE - EVALUACIÓN GLOBAL (máx. 30 puntos) De 24 a 30 puntos : Estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos : Riesgo a Desnutrición Menos de 17 puntos : Desnutrición				

ANEXO 8 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (NIÑOS DE CERO A 4 AÑOS 11 MESES DE EDAD)

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (Niños de cero a 4 años 11 meses de edad)															
N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
1	STk 006	314	F	STRONG-K	0	7	8,66	67		+2,7	+1,45	Normal / talla alta	Labio Leporino	Riesgo bajo	EAN
2	STk 036	313	F	STRONG-K	0	4	6,3	81		-4,44	8,59	Desnutricion severa talla alta para la edad	Deshidracion secundaria	RIESGO MEDIO	EAN - CE Nut
3	STk 058	303	M	STRONG-K	0	10	8,7	69	18,3			Delgadez Aceptable o Tipo I	Sf. Coqueluchoide	R/BAJO	EAN - CE NUT
4	STk 068	311	M	STRONG-K	0	10	7,6	72		-1,25	0,20	ENN/talla adecuada para la edad	prematura de 35 semanas - fiebre	R/BAJO	Obs y seguimiento * prematuridad,
5	STk 074	312	F	STRONG-K	0	2	4,5	54		3,00	-3,00	Obesidad/Talla baja para la edad	Absceso cutaneo - varicela a dc	R/Bajo	EAN - CE NUT
6	STk 001	307	F	STRONG-K	1	3	10,13	78		-1,0	0,19	NORMAL	GAE AG.	Riesgo medio	EAN - CE Nut
7	STk 004	301	M	STRONG-K	1	8	8,8	79		-2,25	-1,28	Peso bajo para la edad / talla adecuada para la edad	Dolor abdominal	Riesgo medio	EAN - CE Nut
8	STk 016	325	F	STRONG-K	1	6	11,4	74	20,8	3,0	-2,31	Obesidad //baja para la edad	Osteotomia de pelvis	Riesgo medio	EAN - CE Nut
9	STk 027	301	F	STRONG-K	1	6	9,3	74		0,37	-2,31	Normal/talla baja para la edad	Laringitis aguda media	RIESGO BAJO	CE NUT
10	STk 045	303	F	STRONG-K	1	3	7,3	66		0,0	-3,9	Normal/Talla baja para la edad	Diarrea aguda	R/MEDIO	EAN - CE NUT
11	STk 050	320	F	STRONG-K	1	10	12,6	Sin dato					Diarrea Aguda	R/BAJO	EAN - CE NUT
12	STk 051	326	F	STRONG-K	1	9	10,7	81					Diarrea aguda	R/bajo	EAN - CE NUT
13	STk 063	322	M	STRONG-K	1	10	13,1	87		1,10	0,65	Normal/Talla adecuada para la edad	Diarrea aguda Emesis	R/BAJO	EAN - CE NUT
14	STk 042	314	F	STRONG-K	1	11	10,5	82		0,00	-1,09	Normal/Talla adecuada para la edad	Diarrea aguda	Riesgo bajo	EAN - CE NUT
15	STk 019	303	M	STRONG-K	2	9	16,8	100		1,07	1,68	Sobrepeso / Talla adecuada para la edad	Frenillo Sublingual	RIESGO BAJO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
16	STk 030	314	F	STRONG-K	2	9	12	93		-1,3	0,0	Riesgo a desn/talla adecuada para la edad	Sd. Emerico - diarrea	RIESGO MEDIO	EAN - CE NUT - IC
17	STk 059	304	F	STRONG-K	2	8	12	88	15,5			Delgadez Severa o Tipo III	Sd. Emetico	R/MEDIO	EAN - CE NUT
18	STk 014	314	M	STRONG-K	3	8	13,2	99	13,5	-1,6	-0,5	RIESGO DE DESNUTRICION	Faringitis	Riesgo medio	EAN - CE Nut
19	STk 028	303	M	STRONG-K	3	0	16,5	103	15,6	0,20	1,86	Normal /talla adecuada para la edad	Urticaria y angioedema agudo	RIESGO BAJO	CE NUT
20	STk 031	309	M	STRONG-K	3	3	15,3	87		3,10	-2,89	Obesidad grave / talla baja para la edad	Retiro de material	R/BAJO	EAN - CE Nut
21	STk 035	307	M	STRONG-K	3	10	18	101		1,71	-0,29	Sobrepeso /talla adecuada para la edad	Costipaccion	RIESGO MEDIO	EAN - CE Nut realiza controles con nut
22	STk 049	302	M	STRONG-K	3	7	15,2	110	12,6	-2,20	2,34	Desnutricion aguda/talla adecuada para edad	Neumonia	R/BAJO	EAN - CE NUT
23	STk 055	320	M	STRONG-K	3	1	15,2	101		0,53	1,13	ENN/talla adecuada para la edad	Testiculo no descendido derecho	R/bajo	EAN
24	STk 060	311	F	STRONG-K	3	0	12	91	14,5			Delgadez Severa o Tipo III	Transgresion alimentaria	R/BAJO	EAN - CE NUT
25	STk 062	312	M	STRONG-K	3	2	15	100		-0,33	0,68	Normal/Talla adecuada para la edad	Fx de huesos propios de la nariz	R/BAJO	EAN - CE NUT
26	STk 070	324	M	STRONG-K	3	5	17,4	102	16,7	1,07	0,70	ENN/talla adecuada para la edad	Laringitis	R/BAJO	EAN CE NUT
27	STk 041	311	F	STRONG-K	4	7	16,8	106		-0,02	-0,04	Normal/Talla adecuada para la edad	adenitis mesenterica	Riesgo bajo	EAN - CE NUT
28	STk 057	301	F	STRONG-K	4	9	17,5	108	15,0	-0,2	0,4	ENN/Talla adecuada para la edad	Broquitis Ag.	R/medio	EAN - CE NUT
29	STk 066	305	F	STRONG-K	4	2	20,6	112		0,6	1,7	ENN/talla adecuada para la edad	Infeccion urinaria	R/BAJO	EAN CE NUT
30	STk 067	310	M	STRONG-K	4	6	20,4	113		0,42	1,43	ENN/talla adecuada para la edad	Diarrea aguda	R/MEDIO	EAN CE NUT
31	STk 069	316	F	STRONG-K	4	1	17	110	14,0	-1,0	1,5	ENN/talla adecuada para la edad	TEC	R/BAJO	EAN CE NUT

ANEXO 9 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 5 A 18 AÑOS DE EDAD)

(Niños y adolescentes de 5 a 18 años de edad)															
N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Mesese									
1	Stk 008	311	M	STRONk	5	3	27	132	15,5	0,14	4,40	Normal /talla muy alta	APENDICECTOMIA	Riesgo bajo	EAN
2	Stk 020	307	M	STRONG-K	5	9	18	112	14,3	-0,79	-0,51	Normal - talla adecuada para la edad	Diente supernumerario	RIESGO BAJO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
3	Stk 023	302	F	STRONG-K	5	10	23,2	116	17,2	0,36	1,14	Sobrepeso / Talla adecuada para la edad	Otitis - Estreñimiento	Riesgo bajo	EAN - CE NUT
4	Stk 012	321	F	STRONG-K	6	9	22,3	123	14,7	-1,3	1,7	Riesgo de desnutrición /talla adecuada para la edad	amigdalitis	Riesgo bajo	EAN
5	Stk 021	310	M	STRONG-K	6	3	25,5	103	24,0	5,8	-2,82	Obesidad/T alla baja para la edad	Criptorquidea	RIESGO BAJO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
6	Stk 022	313	M	STRONG-K	6	9	20	119	14,1	-1,06	-0,50	Riesgo de desnutrición/talla adecuada para la edad	Sd. Febril	RIESGO BAJO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
7	Stk 025	311	F	STRONG-K	6	6	22,5	119	15,9	0,21	0,18	Normal - talla adecuada para la edad	itu	Riesgo medio	EAN - CE NUT
8	Stk 037	304	M	STRONG-K	6	8	26,4	128	16,1	0,47	1,57	Normal - talla adecuada para la edad	Sd. Infeccioso	Riesgo bajo	EAN
9	Stk 003	312	F	STRONG-K	7	11	27,109	130	16,0	0,9	0,2	NORMAL	Dolor abdominal - constipación	Riesgo bajo	EAN - CE Nut
10	Stk 052	314	F	STRONG-K	7	3	24,3	141	12,22	-2,18	3,35	Emaciacion moderada /talla alta para la edad	Purpura a DC	R/bajo	EAN - CE NUT
11	Stk 032	323	F	STRONG-K	8	1	24	137	12,8	-0,8	1,7	Normal - talla adecuada para la edad	Dolor abdominal	R/BAJO	EAN - CE Nut
12	Stk 005	313	M	STRONG-K	9	6	27,6	103	26,0	+4,9	-5,19	Obesidad /retardo severo	Fisura del paladar	Riesgo bajo	EAN - CE Nut
13	Stk 013	301	M	STRONG-K	9	5	40,4	134	22,5	+3,31	-0,1	Obesidad grave	Tumoración en tibia	Riesgo bajo	EAN - CE Nut
14	Stk 015	315	F	STRONG-K	9	0	36	127	22,3	+ 0,82	-0,9	Obesidad	Itu recurrente	Riesgo bajo	EAN - CE Nut
15	Stk 046	304	M	STRONG-K	9	9	28,1	130	16,6	0,2	-1,0	Normal - talla adecuada para la edad	Constipación	R/bajo	EAN - CE NUT
16	Stk 054	311	M	STRONG-K	9	7	41	137	21,8	2,97	0,14	Obesidad/talla adecuada para la edad	Tesículo no descendido derecho	R/bajo	EAN
17	Stk 064	225	M	STRONG-K	9	2	33,62	140	17,2	0,56	1,08	ENN/talla adecuada para la edad	Transgresión alimentaria	R/MEDIO	EAN CE NUT
18	Stk 010	315	M	STRONk	10	10	35,5	146	16,7	-0,11	0,56	Normal - talla adecuada para la edad	TRANSGRESION ALIMENTARIA	Riesgo medio	EAN - CE Nut
19	Stk 033	312	F	STRONG-K	10	11	52,3	152	22,6	2,92	1,13	Normal - talla adecuada para la edad	Dolor abdominal en estudio - Principios de Diab	R/BAJO	EAN - CE Nut
20	Stk 034	303	F	STRONG-K	10	11	30	139	15,5	-0,9	0,8	Normal - talla adecuada para la edad	Gastroenteris aguada - deshidratación	RIEGO MEDIO	EAN - CE Nut
21	Stk 040	310	M	STRONG-K	10	4	33,8	132	19,4	1,40	-1,09	Normal	Adenitis - transgresión alimentaria	Riesgo bajo	EAN - CE NUT
22	Stk 048	311	F	STRONG-K	10	5	25	140,3	12,7	-2,25	-0,15	Emacion/talla adecuada para la edad	Coxa Valga der	R/BAJO	EAN - CE NUT
23	Stk 002	308	F	STRONG-K	11	4	39,6	147	18,3	0,29	0,01	NORMAL	Dolor abdominal	Riesgo medio	EAN - CE Nut
24	Stk 024	305	M	STRONG-K	11	10	37,5	145	17,8	-0,02	-0,14	Normal - talla adecuada para la edad	Am igdalitis aguda	Riesgo bajo	EAN
25	Stk 043	320	M	STRONG-K	11	3	32,3	141	16,2	-0,46	-0,45	Normal - talla adecuada para la edad	Fiebre Tifoidea	Riesgo bajo	EAN

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
26	STk 053	310	M	STRONG-K	11	5	42	147	19,4	0,14	0,97	ENN/talla adecuada para la edad	Testículo no descendido unilateral	R/bajo	EAN
27	STk 061	323	M	STRONG-K	11	10	49	166	17,8			Delgadez Aceptable o Tipo I	Itu - Constipación	R/BAJO	EAN - CE NUT
28	STk 073	318	M	STRONG-K	11	5	39,7	130	23,5	2,73	-2,24	Obesidad/Talla baja para la edad	Dolor Abdominal Ag.	R/Bajo	EAN - CE NUT
29	STk 017	304	F	STRONG-K	12	8	51,32	154	21,6	1,04	-0,11	Normal - talla adecuada para la edad	Dolor abdominal - helicobacter pilori	S/BAJO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
30	STk 038	305	F	STRONG-K	12	5	35,2	138	18,5	0,06	-2,18	Normal/talla baja para la edad	Fiebre Tifoidea - cefalea	Riesgo bajo	EAN - CE NUT
31	STk 039	309	M	STRONG-K	12	8	37	148	16,9	-0,61	-0,76	Normal - talla adecuada para la edad	Apendicectomia	Riesgo medio	EAN - CE NUT
32	STk 056	326	M	STRONG-K	12	6	37	151	16,23	0,53	1,13	ENN/talla adecuada para la edad	CarcinomaNasofaringea de alto riesgo metastasico	R/medio	EAN - CE NUT
33	STk 011	302	F	STRONG-K	13	9	57	154	24,0	1,49	-0,72	Sobrepeso	Litiasis vesicular	Riesgo bajo	EAN
34	STk 026	315	F	STRONG-K	13	7	43	155	17,9	-0,6	-0,5	Normal - talla adecuada para la edad	Dolor abdominal	Riesgo medio	EAN - CE NUT
35	STk 029	313	M	STRONG-K	13	1	47	150	20,9	0,99	-0,89	Normal - talla adecuada para la edad	Cefalea	RIESGO BAJO	CE NUT
36	STk 044	322	F	STRONG-K	13	11	59	159	23,3	1,20	-0,68	Normal - talla adecuada para la edad	Sincope	Riesgo bajo	EAN
37	STk 072	313	F	STRONG-K	13	2	51,05	153	21,8	0,93	-0,58	Normal - talla adecuada para la edad	Escoliosis	R/MEDIO	EAN CE NUT
38	STk 009	313	M	STRONK	15	3	52,5	166	19,1	-0,40	-3,08	Normal /retardo en el crecimiento	TRANGRESION ALIMENTARIA	Riesgo bajo	EAN - CE Nut
39	STk 071	203	M	STRONG-K	15	1	52,2	175	17,0	-1,3	0,71	desn leve/talla adecuada para la edad	Tórax en quilla - constipación	R/BAJO	EAN CE NUT
40	STk 018	227	M	STRONG-K	16	0	73	170	25,3	-0,67	-0,37	Normal - talla adecuada para la edad	Quiste sinovial	RIESGO BAJO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
41	STk 047	208	F	STRONG-K	17	11	60	161	23,1	0,43	-0,30	Normal - talla adecuada para la edad	Fiebre tifoidea	R/BAJO	EAN - CE NUT
42	STk 065	232	F	NRS 2002	17	7	64	162	24,4			Normal	Deformidad Septopiramidal	R/BAJO	EAN CE NUT
43	STk 007	312	M	STRONG-K	18		80	180	24,7			Normal - talla adecuada para la edad	ANEMIA SEVERA	Riesgo bajo	EAN

ANEXO 10 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (ADULTOS DE 19 A 60 AÑOS DE EDAD)

(Adultos de 19 a 60 años de edad)

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
1	AD093	214	M	NRS 2002	21	6	85	161	32,8			Obesidad Leve o Tipo I	Sospecha miopericarditis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
2	AD050	207	M	NRS 2002	22	8	62	167	22,2			Normal	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
3	AD114	207	M	NRS 2002	22	6	87	171	29,8			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Apendicitis aguda	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
4	AD 005	228	F	NRS 2002	23		78,9	168	28,0			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Colecistitis cronica litiasica	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
5	AD085	227	M	NRS 2002	23		64	165	23,5			Normal	Colecistitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
6	AD112	326	M	NRS 2002	23	5	66	169	23,1			Normal	Desvio septal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
7	AD016	206	F	NRS 2002	25		52	155	21,6			Normal	Po. Apendicectomia	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
8	AD037	209	M	NRS 2002	27	11	100	169	35,0			Obesidad Moderada o Tipo II	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
9	AD097	203	F	NRS 2002	27	3	62,05	154	26,2			Sobrepeso Leve o Tipo I	Estenosis traqueal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
10	AD123	329	F	NRS 2002	27	1	55	163	20,7			Normal	Quieste oclusion vaginal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
11	AD154	318	F	NRS 2002	27	4	65	150	28,9			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Quiestectomia de ovario - lactancia materna	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
12	AD116	220	F	NRS 2002	28	11	61,5	155	25,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	Cefalea Hem Craneal paroxistica	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
13	AD057	206	M	NRS 2002	29	11	51	159	20,2			Normal	Vertigo Paxocito en resolucion	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
14	AD107	302	M	NRS 2002	29	3	66,7	150	29,6			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Hematometra - Endometritis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
15	AD133	230	F	NRS 2002	29	11	69	155	28,72			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Colecistitis - gastritis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
16	AD160	211	M	NRS 2002	29	2	69	169	24,2			Normal	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
17	AD 002	215	F	NRS 2002	30		68	154	28,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Lipoma	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
18	AD020	212	M	NRS 2002	30		73	175	23,8			Normal	Reño de material	Sin riesgo Nutricional	EAN
19	AD048	326	M	NRS 2002	30	11	65,6	169	23,0			Normal	COLELITIASIS	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
20	AD061	225	F	NRS 2002	30	11	56	145	26,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	Septoplastia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
21	AD064	310	F	NRS 2002	30	4	55	163	20,7			Normal	Lipoma en region dorsal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
22	AD040	227	M	NRS 2002	31	9	79	170	27,3			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
23	AD073	232	M	NRS 2002	31	11	76,5	167	27,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Hernia Umbilical	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
24	AD174	324	F	NRS 2002	31	3	56,2	160	22,0			Normal	Quieste de bartolino	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
25	AD072	231	F	NRS 2002	32	10	65	155	27,1			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
26	AD075	312	F	NRS 2002	32	5	61	154	25,7			Sobrepeso Leve o Tipo I	Nic 2	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
27	AD121	326	F	NRS 2002	32	4	48,5	156	19,9			Normal	Restos ovulares	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
28	AD 003	210	M	NRS 2002	33		107,25	175	35,0			Obesidad Moderada o Tipo II	Trombosis venosa profunda	Sin riesgo Nutricional	IC NUT -EAN - CE Nut
29	AD039	226	F	NRS 2002	33	5	66	160	25,8			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
30	AD065	320	M	NRS 2002	33	9	92	175	30,0			Obesidad Leve o Tipo I	fibroma perirectal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
31	AD130	205	F	NRS 2002	33	1	65	163	24,5			Normal	Gastritis cronica	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
32	AD139	327-C	M	NRS 2002	33	6	76,4	167	27,4			Obesidad Severa o Tipo III	Prepasio redundante	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
33	AD144	225	F	NRS 2002	33	5	61,8	150	27,5			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colecistitis Cronica	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
34	AD055	201	M	NRS 2002	34	4	68,8	159	27,2			Sobrepeso Leve o Tipo I	luxacion Acromioclavicular	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
35	AD092	208	M	NRS 2003	34	11	75	170	26,0			Sobrepeso Leve o Tipo I	Mordida abierta y cruzada	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
36	AD100	210	F	NRS 2002	34	11	60,5	139	31,3			Obesidad Leve o Tipo I	Sospecha de mixoma - insuficiencia cardiaca fevi preservada	CIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
37	AD143	224	F	NRS 2002	34	8	89	159	35,2			Obesidad Moderada o Tipo II	SIO Hepatitis a DC	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
38	AD145	212	M	NRS 2002	34	8	91,5	174	30,2			Obesidad Leve o Tipo I	Polidipsia	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
39	AD171	225	F	NRS 2002	34	0	70	170	24,2			Normal	Colecistitis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
40	AD172	301	M	NRS 2002	34	3	85,7	156	35,2			Obesidad Moderada o Tipo II	Colecistitis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
41	AD019	211	M	NRS 2002	35		78	168	27,6			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Fx de radio	Sin riesgo Nutricional	EAN
42	AD022	209	F	NRS 2002	35		57	150	25,3			Sobrepeso Leve o Tipo I	Apendicitis	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
43	AD025	205	M	NRS 2002	35		118,5	178	37,4			OBESIDAD TIPO II	OSTEOPOROSIS	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
44	AD044	319	F	NRS 2002	35	1	50	167	17,9			Delgadez Aceptable o Tipo I	Neuritis Fid	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
45	AD060	212	M	NRS 2002	35	6	86	173	28,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Cefalea en estudio - desprendimiento de cadera	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
46	AD070	210	M	NRS 2002	35	8	110	177	35,1			Obesidad Moderada o Tipo II	Hernia Epigastrica	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
47	AD090	234	F	NRS 2002	35		70,6	153	30,2			Obesidad Leve o Tipo I	Itu	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
48	AD168	208	M	NRS 2002	35	5	70,8	160	27,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Varicocele izquierda	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
49	AD170	224	M	NRS 2002	35	2	73,6	159	29,1			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Hernia Inguinal der.	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
50	AD175	203	F	NRS 2002	35	11	65	164	24,2			Normal	Diarrea - Colico Intestinal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
51	AD032	305	F	NRS 2002	36	8	58	153	24,8			Normal	Quiste de bartolino	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
52	AD086	228	M	NRS 2002	36	11	89	164	33,1			Obesidad Leve o Tipo I	Colecistitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
53	AD122	327 B	F	NRS 2002	36	3	69	153	29,5			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Lipoma brazo derecho	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
54	AD156	231	F	NRS 2002	36	1	69	165	25,3			Sobrepeso Leve o Tipo I	Dolor Abdominal - pancreatitis ag. Eret - cn hd	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
55	AD 011	304	F	NRS 2002	37		60	149	27,0			Sobrepeso Leve o Tipo I	Crg Hernia Inguinal	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
56	AD047	324	F	NRS 2002	37	7	77,5	157	31,4			Obesidad Leve o Tipo I	Colecistitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
57	AD052	309	F	NRS 2002	37		69,5	155	28,9			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Miomatosis uterina	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
58	AD124	326	M	NRS 2002	37		54	164,6	19,9			Normal	Ca gastrico	revaluar a px semanalmente perdida de peso 3%en un semana	EAN - CE NUT ic
59	AD131	206	F	NRS 2002	37	11	51,4	156	21,1			Normal	Ganglion	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN
60	AD158	308	F	NRS 2002	37		85	160	33,2			Obesidad Leve o Tipo I	TU de pared abdominal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
61	AD 007	205	M	NRS 2002	38		76,4	170	26,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Circuncision	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
62	AD024	211	F	NRS 2002	38		57,5	152	24,9			Normal	Lipoma Lumbar	Sin riesgo Nutricional	EAN
63	AD031	304	F	NRS 2002	38	6	68	163	25,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	SALPINGESTOMIA	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
64	AD051	307	F	NRS 2002	38	6	67,5	162	25,7			Sobrepeso Leve o Tipo I	Quiste hemorragico	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
65	AD063	227	M	NRS 2002	38	7	81	169	28,4			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Artroscopia de rodilla	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
66	AD067	324	F	NRS 2002	38	3	59	150	26,2			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colecistitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
67	AD098	206	M	NRS 2002	38	9	107	162	40,8			Obesidad Severa o Tipo III	Ruptura de LCA rodilla	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
68	AD150	207	F	NRS 2002	38	9	61	160	23,8			Normal	Peritonitis localizada	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN
69	AD165	323	F	NRS 2002	38	9	68,15	153	29,1			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Abscesos de mama	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
70	AD 008	208	M	NRS 2002	39		84	160	32,8			Obesidad Leve o Tipo I	Crg Cole Lap	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
71	AD023	310	M	NRS 2002	39		54,7	161,5	21,0			Normal	Displasia de cadera	Sin riesgo Nutricional	EAN
72	AD026	303	M	NRS 2002	39		86,1	169	30,1			OBESIDAD TIPO I	FX DE COLLES	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
73	AD038	225	F	NRS 2002	39	1	71	152	30,7			Obesidad Leve o Tipo I	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
74	AD042	233	M	NRS 2002	39	6	78	174	25,8			Sobrepeso Leve o Tipo I	Diabetes mellitus 2	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
75	AD054	228	F	NRS 2002	39	2	67	167	24,0			Delgadez Severa o Tipo III	Ganglion - dermagrafismo	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
76	AD104	226	F	NRS 2002	39	11	84,4	148	38,5			Obesidad Moderada o Tipo II	Urticaria - Alergia	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
77	AD115	214	F	NRS 2002	39	11	60	159	23,73			Normal	Dolor abdominal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN
78	AD125	HEM 03	F	NRS 2002	39		52	152	22,5			Normal	Enfermedad Cronica Renal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - USO DEL MIS
79	AD137	305	M	NRS 2002	39	7	72,45	160	28,3			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Varicocele	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
80	AD146	203	M	NRS 2002	39	2	100	169	35,0			Obesidad Moderada o Tipo II	Turbonoplastia	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
81	AD148	205	F	NRS 2002	39	0	50	157	20,3			Normal	Papila Hipertrofica	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN
82	AD159	326	F	NRS 2002	39		61,7	161	23,8			Normal	Ca de mama	C/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
83	AD029	210	M	NRS 2002	40	7	73	169	25,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	HERNIA DE DISCO	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
84	AD036	206	F	NRS 2002	40	3	50	161	19,3			Normal	artritis	C/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
85	AD045	204	M	NRS 2002	40	11	71	163	26,7			Sobrepeso Leve o Tipo I	Sind icterico	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
86	AD120	308	F	NRS 2002	40	6	52,25	153	22,3			Normal	Miomatosis uterina	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
87	AD151	208	F	NRS 2002	40	5	79	169	27,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Ganglion de muñeca derecha	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
88	AD041	232	M	NRS 2002	41	8	65	160	25,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Infeccion urinaria - vaginosis bacteriano	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
89	AD049	206	M	NRS 2002	41	4	73	168	25,9			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
90	AD066	321	M	NRS 2002	41	2	77	169	27,0			Sobrepeso Leve o Tipo I	Ganglion derecho	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
91	AD077	213	F	NRS 2002	41	7	51,1	145	24,3			Normal	Colecistitis cronica litiasica - anemia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
92	AD105	227	F	NRS 2002	41	1	80	168	28,3			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Pielonefritis Aguda	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
93	AD152	307	F	NRS 2002	41	7	74,3	161	28,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Miomatosis Uterina	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
94	AD161	204	F	NRS 2002	41	1	71,7	168	25,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Apendicitis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
95	AD167	316	F	NRS 2002	41	4	67,4	154	28,4			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	hiperplasia endometrial	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
96	AD 009	214	F	NRS 2002	42		60,2	154	25,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Crq Cole Lap	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
97	AD087	231	M	NRS 2002	42	8	69	163	26,0			Sobrepeso Leve o Tipo I	Varicocele - trigliciridemia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
98	AD089	313	F	NRS 2002	42	8	75	160	29,3			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Hiperplasia endometrial	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
99	AD099	209	F	NRS 2002	42	2	66,4	159	26,26			Sobrepeso Leve o Tipo I	Pielonefritis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
100	AD134	231	F	NRS 2002	42	6	67,1	158	26,88			Sobrepeso Leve o Tipo I	Lesion retroperitoneal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
101	AD141	215	M	NRS 2002	42	1	100	180	30,86			Obesidad Leve o Tipo I	Microlitiasis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
102	AD078	205	F	NRS 2002	43	4	55	151	24,1			Normal	varices bilateral	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
103	AD094	233	F	NRS 2002	43	9	57,9	150	25,7			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colecistectomia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
104	AD101	212	M	NRS 2002	43	1	79	169	27,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Erge	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
105	AD 013	303	F	NRS 2002	44		75	154	31,6			Obesidad Leve o Tipo I	Crq Cole Lap	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
106	AD033	307	M	NRS 2002	44	3	91,8	173	30,7			Obesidad Leve o Tipo I	Desvio septal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
107	AD108	307	M	NRS 2002	44	2	71	167	25,5			Sobrepeso Leve o Tipo I	Meñiscopatia	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
108	AD117	225	F	NRS 2002	44	1	53	152	22,94			Normal	ca de mama	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
109	AD135	303	F	NRS 2002	44	1	65	155	27,06			Sobrepeso Leve o Tipo I	Cistopexia vaginal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
110	AD142	234	F	NRS 2002	44	4	66,6	147	30,82			Obesidad Leve o Tipo I	Colecistitis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
111	AD176	227	F	NRS 2002	44	1	73	169	25,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	Derrame pleural	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
112	AD 004	301	M	NRS 2002	45		78,6	173	26,3			Sobrepeso Leve o Tipo I	Safectomia	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
113	AD015	321	F	NRS 2002	45		74	152	32,0			Obesidad Leve o Tipo I	Polipo endomerial	Sin riesgo Nutricional	EAN
114	AD017	207	M	NRS 2002	45		83	177	26,5			Sobrepeso Leve o Tipo I	Po. Apendicectomia	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
115	AD018	210	F	NRS 2002	45		55,95	154	23,6			Normal	Hernioplastia	Sin riesgo Nutricional	EAN
116	AD091	203	F	NRS 2002	45	11	63	148	28,8			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Colecistectomia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
117	AD126	223	M	NRS 2002	45		60,3	165	22,15			Normal	IRC - POS TRAMSLANTADO - CELULITIS PIERNA Y TOBILLO IZQ.	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - USO DEL MIS
118	AD059	208	F	NRS 2002	46	10	74,8	163	28,2			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Crq. De hernia de disco lumbar	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
119	AD080	204	M	NRS 2002	46	11	78	165	28,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Trombosis Venosa Profunda	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
120	AD106	231	M	NRS 2002	46	9	80	165	29,4			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Gastroenterocolitis	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
121	AD157	234	F	NRS 2002	46	8	70,6	154	29,8			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	CCL	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
122	AD014	232	M	NRS 2002	47		65	148	29,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Reparacion 3Er dedo Mano Der.	Sin riesgo Nutricional S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
123	AD058	207	M	NRS 2002	47	11	83	165	30,5			Obesidad Leve o Tipo I	Hemotorax traumatico	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
124	AD030	303	F	NRS 2002	48	3	75	155	31,2			Obesidad Leve o Tipo I	ESCLEROSIS MULTIPLE - MIOMATOSIS UTERINA	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
125	AD056	203	F	NRS 2002	48	11	52	153	22,2			Normal	Ureteroscopia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
126	AD069	209	F	NRS 2002	48	9	59	158	23,6			Normal	Celulitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN -
127	AD127	307	F	NRS 2002	48		59,3	150	26,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Histerectomia vaginal	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
128	AD155	227	M	NRS 2002	48		88	173	29,4			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Meniscopatia	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
129	AD173	327A	F	NRS 2002	48	0	60,6	154	25,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	Miomatosis uterina	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
130	AD046	223	F	NRS 2002	49	6	56	168	19,8			Normal	Apendicectomia	C/RIESGO NUTRICIONAL	CI - EAN - CE Nut
131	AD053	226	F	NRS 2002	49	9	91	160	35,5			Obesidad Moderada o Tipo II	Fx de meseta	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
132	AD111	324	F	NRS 2002	49	1	77,65	155	32,3			Obesidad Leve o Tipo I	Hernia discal resuelta	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
133	AD128	329	F	NRS 2002	49		74,2	165	27,25			Sobrepeso Leve o Tipo I	Polipectomia Histeroscopica	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
134	AD140	212	F	NRS 2002	49	10	77	158	30,8			Obesidad Leve o Tipo I	Mx. Facial 3er Molar	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
135	AD162	205	M	NRS 2002	49	3	84	163	31,6			Obesidad Leve o Tipo I	Hernia Umbilical	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
136	AD169	215	F	NRS 2002	49	5	63	146	29,6			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Colelitiasus	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
137	AD034	308	M	NRS 2002	50	6	85	175	27,8			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Fx. De cuerpo vertebral	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
138	AD079	302	F	NRS 2003	50	5	83	153	35,5			Obesidad Moderada o Tipo II	Tu anexial izquierdo	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
139	AD088	302	F	NRS 2002	50	5	83	153	35,5			Obesidad Moderada o Tipo II	Quiste de ovario	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
140	AD166	312	F	NRS 2002	50	11	59,5	158	23,8			Normal	hiperplasia endometrial	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
141	AD027	206	M	NRS 2002	51	4	75,7	180	23,4			Normal	HERNIA UMBILICAL	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
142	AD074	233	M	NRS 2002	51	1	77	167	27,6			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Desvio Septal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
143	AD084	219	F	NRS 2002	51	2	74	155	30,8			Obesidad Leve o Tipo I	Neopatia intercostal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
144	AD096	201	M	NRS 2002	51	9	72	156	29,6			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Tenorrafia de Aquiles derecho	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
145	AD110	315	M	NRS 2002	51	6	74	167	26,5			Sobrepeso Leve o Tipo I	Ruptura de barras de luque	SIRIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
146	AD 012	305	F	NRS 2002	52		68,4	159	27,1			Sobrepeso Leve o Tipo I	Po. Qx. ovario	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
147	AD035	309	M	NRS 2002	52	8	63	163	23,7			Normal	Fisura anal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN
148	AD043	318	F	NRS 2002	52	1	61,7	150	27,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Arteroesclerosis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
149	AD068	326	F	NRS 2002	52	10	62	146	29,1			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Nodulo pulmonar en estudio - Anemia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT

N°	COD	PIEZA	SEXO	INSTRUMENTO	EDAD		PESO	TALLA	IMC	P/T	T/E	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
					Años	Meses									
150	AD129	327 A	F	NRS 2002	52	11	62,5	146	29,3			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Nodulo pulmonara en estucio 8% de perdida de pezo	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
151	AD164	302	M	NRS 2002	52	5	75	166	27,2			Sobrepeso Leve o Tipo I	Hernia insicional	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
152	AD021	216	F	NRS 2002	53		60	157	24,3			Normal	IRC - Carcinomatosis	Con riesgo Nutricional - IC	EAN - CE Nut
153	AD062	226	M	NRS 2002	53	3	58	152	25,1			Sobrepeso Leve o Tipo I	Itu recurrente Sx Sjorgen c/corticoterapia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
154	AD071	211	F	NRS 2002	53	11	60,6	161	23,4			Normal	Coxartrosis izquierda	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
155	AD082	222	F	NRS 2002	53	5	60	157	24,3			Normal	Ascitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
156	AD102	214	F	NRS 2002	53	1	60	152	26,0			Sobrepeso Leve o Tipo I	Lipoma	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
157	AD 001	304	F	NRS 2002	54		68	148	31,0			Obesidad Leve o Tipo I	Colecistitis cronica litiasica	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
158	AD119	232	M	NRS 2002	54	5	62	153	26,5			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
159	AD028	208	M	NRS 2002	55	9	92	176	29,7			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	FX DE TIBIA	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
160	AD103	225	M	NRS 2002	55	5	92	175	30,0			Obesidad Leve o Tipo I	Hemorragia digestiva alta	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
161	AD109	308	M	NRS 2002	55	5	72,7	166	26,4			Sobrepeso Leve o Tipo I	Colecistitis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
162	AD149	206	F	NRS 2002	55	4	82	157	33,3			Obesidad Leve o Tipo I	Herniorrafia	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
163	AD 006	234	M	NRS 2002	56		77,3	172	26,1			Sobrepeso Leve o Tipo I	Resecion Trasurreteral de prostata	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
164	AD083	316	F	NRS 2002	56	4	65,6	152	28,4			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Incontinencia urinaria	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
165	AD118	226	F	NRS 2002	56	5	70,5	158	28,2			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Colelitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
166	AD113	201	F	NRS 2002	57	2	50,8	153	21,7			Normal	Sindrome miopatico	C/Riesgo nutricional	EAN - CE NUT IC
167	AD138	307	F	NRS 2002	57	3	72,2	148	33,0			Obesidad Severa o Tipo III	Cistopexia vaginal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
168	AD163	206	F	NRS 2002	57	11	70	152	30,3			Obesidad Leve o Tipo I	Raffi Rotula derecha	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
169	AD 010	226	M	NRS 2002	58		79,16	168	28,0			Sobrepeso Tipo II o Preobeso	Resecion Trasurreteral de prostata	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
170	AD076	203	M	NRS 2002	58	1	57,3	154	24,2			Normal	Derrame pleural izquierdo	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
171	AD081	206	M	NRS 2002	58	3	92	166	33,4			Obesidad Leve o Tipo I	Hernia Inguinal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
172	AD132	213	F	NRS 2002	58	6	75	145	35,67			Obesidad Moderada o Tipo II	Trombosis Venosa profunda	C/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT - IC
173	AD147	204	M	NRS 2002	58	7	68	160	26,6			Sobrepeso Leve o Tipo I	Fistula Anal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
174	AD095	233	F	NRS 2002	59	9	62	156	25,5			Sobrepeso Leve o Tipo I	coledocolitiasis	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE Nut
175	AD136	304	M	NRS 2002	59	1	59,8	158	24,0			Normal	Hernirrafia inguinal	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
176	AD153	313	F	NRS 2002	59	5	59	150	26,2			Sobrepeso Leve o Tipo I	Hiperplasia endometrial	S/RIESGO NUTRICIONAL	EAN - CE NUT
177	AM006	322	F	MNA	60		78,3	153	33,4			Obesidad	Hiperplasia endometrial	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
178	AM045	228	F	MNA	60	1	59,4	144	28,6			Sobrepeso	AVC isquemico multiple disfagia	ENN	EAN - CE NUT

ANEXO 11 DATOS DE DESNUTRICIÓN GLOBAL SUBJETIVA (ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD)

(Adultos mayores de 60 años)

N°	PIEZA	SEXO	RESUMEN	EDAD	PESO	TALLA	IMC	DX NUT	DX MEDICO	RESULTADO	INTERVENCION
1	322	F	MNA	60	78,3	153	33,4	Obesidad	Hiperplasia endometrial	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
2	228	F	MNA	60	59,4	144	28,6	Sobrepeso	AVC isquemico multiple disfagia	ENN	EAN - CE NUT
3	203	F	MNA	61	48	155	19,98	Desnutricion	Infeccion urinaria - hamturia franca	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT IC
4	231	F	MNA	61	95,8	165	35,2	obesidad	Diarrea aguda	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
5	233	M	MNA	62	64,5	165	23,7	Normal	Reseccion Trasurreteral de prostata	Con riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
6	227	M	MNA	62	84	162	32,0	Obesidad	Reseccion Transureteral de prostata	Estado nutricional normal	EAN
7	214	F	MNA	62	44	145	20,9	Desnutricion	MICROLITIASIS VESICULAR	Riesgo de desnutricion	EAN - CE Nut
8	211	F	MNA	62	52	155	21,6	Desnutricion	fx de tobillo	Con riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
9	320	M	MNA	62	76	150	33,8	Obesidad	Safectomia	Con riesgo Nutricional	CI - EAN - CE Nut
10	213	M	MNA	62	80	169	28,0	Sobrepeso	Ca de prostata	Estado nutricional normal	EAN - CE Nut
11	219	M	MNA	62	61	164	22,7	Desnutricion	Pielonefritis aguda	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT - IC
12	225	M	MNA	63	75	170	26,0	Normal	Reseccion Transureteral de prostata	Estado nutricional normal	EAN
13	209	F	MNA	63	68	159	26,9	Normal	Carcinoma basocelular	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
14	212	F	MNA	63	68	160	26,6	Normal	incontinencia Urinaria	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
15	322	F	MNA	63	64,9	150	28,8	Sobrepeso	Colecistitis	Estado nutricional normal	EAN - CE NUT
16	225	M	MNA	63	78	167	27,97	Sobrepeso	Hernioplastia	ENN	EAN - CE Nut
17	315	F	MNA	63	68	159	26,9	Normal	Carcinoma basocelular	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
18	210	F	MNA	63	67	148	30,59	Obesidad	Hernia Umbilical	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
19	HEM 02	F	MNA	63	71,5	150	31,8	obesidad	Varices pierna izquierda	ENN	EAN - CE NUT
20	215	F	MNA	64	57	148	26,0	Normal	Colelitiasis	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
21	223	M	MNA	65	65,1	162	24,8	Normal	LUXACION DE PROTESIS DE CADERA	Riesgo de desnutricion	EAN - CE Nut
22	216	M	MNA	65	60	171	20,6	Desnutricion	Itu CA de prostata diabetes mellitus 2	Riesgo de desnutricion	IC - EAN - CE Nut
23	308	F	MNA	65	46,7	148	21,3	Desnutricion	Engrosamiento endometrial	ENN	EAN - CE Nut
24	216	F	MNA	65	57	148	26,0	Normal	Codecololitiasis	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT IC
25	209	F	MNA	66	62	140	31,6	Obesidad	Protesis total de cadera	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
26	232	F	MNA	66	61	150	27,1	Normal	Fx de humero	ENN	EAN - CE NUT
27	320	M	MNA	66	90	172	30,4	Obesidad Leve o Tipo I	Sd.Lumbociatico	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE NUT
28	210	F	MNA	67	88	177	28,1	Sobrepeso	Estrechos de ureter	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
29	213	M	MNA	68	59,5	161	23,0	Desnutricion	Itu - Gota	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT - IC
30	214	F	MNA	68	54,6	153	23,3	Normal	Nodulos en mamas	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE NUT
31	217	F	MNA	69	41,85	150	18,6	Desnutricion	Abdomen agudo	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
32	231	F	MNA	69	81,6	141	41,0	OBESIDAD	Colecistitis	ENN	EAN - CE Nut
33	201	F	MNA	69	60,2	147	23,2	Normal	herniorrafia ventral portadora de calcinosis por CA de ceto.	Riesgo a desnutricion	IC - SOPORTE NUTRICIONAL
34	233	F	MNA	69	66	156	27,1	Normal	Luxo fractura de tobillo	ENN	EAN - CE NUT
35	207	F	MNA	70	48	158	19,2	Desnutricion	Tenorrafia 4to dedo Anemia Hemolitica	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
36	330	F	MNA	70	61	154	25,7	Normal	Polipo endometrial	ENN	EAN
37	233	F	MNA	71	56,9	157	23,1	Normal	Colelitiasis	ENN	EAN CE NUT
38	211	m	MNA	72	77	165	28,3	Sobrepeso	Colecistectomia	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT - IC
39	321	M	MNA	72	73	164	27,1	Normal	DM2 Hernia de disco L6 -S1	ENN	EAN - CE NUT
40	202	F	MNA	73	58,5	164	21,8	Desnutricion	Suboclusion intestinal	Estado nutricional normal	EAN
41	205	M	MNA	73	70	164	26,0	Normal	SIO	Sin riesgo Nutricional	EAN
42	212	F	MNA	73	68	149	30,6	Obesidad	Absceso de pared abdominal	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
43	219	M	MNA	73	66,6	161	25,7	Normal	Hernia Inguinal Der.	ENN	EAN - CE NUT
44	227	M	MNA	73	66,6	161	25,69	Normal	Herniorafia Inguinal	ENN	EAN - CE NUT
45	202	F	MNA	74	65	149	29,3	Sobrepeso	Pancreatitis Ag	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
46	223	M	MNA	75	56	154	23,6	Normal	fibrilacion auricular	Riesgo de desnutricion	IC - EAN - CE Nut
47	215	M	MNA	75	68	159	26,9	Sobrepeso Leve o Tipo I	Intoxicacion Alimentaria	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE NUT
48	211	F	MNA	76	56,1	148	25,6	Normal	Asma persistente - constipacion	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT
49	201	M	MNA	77	44,5	149	20,0	Desnutricion	Colangitis ag. Pancreatiria leve	Con riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
50	226	M	MNA	78	73,5	170	25,4	Normal	Disfagia - Portador de gastro	Sin riesgo Nutricional	IC - SOPORTE NUTRICIONAL
51	307	F	MNA	78	63,9	160	25,0	Normal	Coxartrosis	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE NUT
52	219	F	MNA	79	56,5	157	22,9	Desnutricion	DM2 Descompensada	Sin riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
53	306	F	MNA	83	76	150	33,8	Sobrepeso	Quiste de ovario der. UCF, HTA, Hipertension Arterial, Diabetes Mellitus.	ENN	EAN CE NUT
54	228	F	MNA	88	56,7	138	29,8	Sobrepeso	ECV isquemico multiple secuelar	Riesgo a desnutricion	EAN - CE NUT - IC
55	220	F	MNA	89	48,8	150	21,7	Desnutricion	Coagulation de Morfina	Riesgo de desnutricion	EAN - CE Nut
56	218	F	MNA	99	57,48	146	27,0	Normal	Pielonefritis - artrosis - senilidad	Con riesgo Nutricional	EAN - CE Nut
57	223	F	MNA	102	34,8	148	15,9	Desnutricion	Neumonia cistername pleurat, ulceras por decubito.	Riesgo a desnutricion	IC - SOPORTE NUTRICIONAL